

HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang Soziale Arbeit Hildesheim
Wintersemester 2004/2005

Schriftliche Hausarbeit zur Diplomprüfung
zur Erlangung des Grades einer Diplom– Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH)

**Safer Use – Botschaften
für intravenös konsumierende Drogengebraucher
in Anlaufstellen der niedrigschwelligen Drogenhilfe**

Erstprüfer:
Dr. phil., Soz.-Päd., grad/Jurist
Torsten Schmidt

Zweitprüferin:
Prof., Dipl.-Päd.
Rosemarie Meyer

Eingereicht am: 28.02.2005
von: Claudia Gütter, Matr. Nr.: 314929
Arthur-Hoffmann-Str. 112
04275 Leipzig

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einleitung	6
1 <u>Drogen, insbesondere Heroin und die gesellschaftlichen</u>	
<u>Diskussionsansätze.....</u>	8
1.1 Drogen.....	8
1.2 Heroin.....	9
1.2.1 Was ist Heroin?.....	9
1.2.2 Seit wann gibt es Heroin?.....	10
1.2.3 Welche Wirkung hat Heroin?.....	11
1.2.4 Was passiert beim Entzug?	13
1.3 Die drei Ansätze der Drogenpolitischen Diskussion	14
1.3.1 Kriminalisierung	15
a) Unkontrollierte Beimengungen durch unkontrollierte Transportwege.....	16
b) Unhygienische Konsumbedingungen durch ordnungspolitische Verdrängung	18
1.3.2 Pathologisierung.....	19
1.3.3 Akzeptanz	21
a) Beginn der akzeptierenden Bewegung	21
b) Akzeptanzorientierte Forderungen	22
c) Strafrechtliche Novellen.....	24
1.4 Prävention in niedrigschwelligen Drogenhilfs-	
einrichtungen.....	25
1.4.1 Der Begriff Prävention.....	25
a) In der Kriminologie	26
b) In der Medizin	26
c) In der Sozialarbeit	26
1.4.2 Prävention des gesundheitsschädigenden	
Drogengebrauchs.....	27
a) Primäre Prävention.....	27
b) Sekundärprävention	28
c) Tertiärprävention.....	29
1.4.3 Anlaufstellen der niedrigschwelligen Drogenhilfe	
30	

2	<u>Safer Use - Strategien gegen gesundheitliche Folgen des illegalisierten Drogenkonsums</u>	33
2.1	Gesundheitliche Folgen durch illegalisierten Drogenkonsum	33
2.1.1	Überdosierung und Vergiftung infolge des unbekanntem Reinheitsgehaltes	34
2.1.2	Infektionskrankheiten	35
	a) Gewebsentzündungen	35
	b) Venenentzündungen	36
	c) AIDS und der HI-Virus	37
	d) Hepatitis	38
	e) Epidemiologie unter Drogengebern	42
	f) Besonderheiten der Hepatitis C	44
2.1.3	Schutz vor Infektionen beim Drogengebrauch	45
	a) Impfschutz und Immunisierung	45
	b) Verletzungen vermeiden	46
	c) Hygieneregeln einhalten	47
2.2	Konsumtechniken und damit verbundene Risiken	48
2.2.1	Intravenöse Injektion	49
	a) Der Vorgang	49
	b) Die Utensilien und damit verbundene Risiken	50
2.2.2	Subcutane/Intramuskuläre Injektion	55
2.2.3	Inhalieren/Rauchen einer Folie	56
	a) Der Vorgang	56
	b) Vergleich der Risiken gegenüber der Intravenösen Injektion	56
2.2.4	Sniefen/Nasal	57
	a) Der Vorgang	57
	b) Vergleich der Risiken gegenüber der Intravenösen Injektion	57
2.2.5	Anal-/Rektal-Injektion	58
2.3	Safer Use / Harm Reduction	58
2.3.1	„Safer use“-Regeln	59
	a) Konsum an öffentlichen Plätzen vermeiden	59
	b) Impfschutz und Immunsystemaufbau	60
	c) Konsumpausen einplanen	61
	d) Drogennotfallverhalten	61
	e) Konsumform	62
	f) Verletzungen vermeiden	62
	g) Einstichstelle sorgfältig auswählen	62
	h) Hygiene - Blutbewusstsein	63
	i) Desinfektion im Notfall	68
2.3.2	Methoden und Hilfsmittel zur Vermittlung von „Safer Use“-Botschaften	69

3	<u>Das „Safer Use“-Spiel</u>	72
3.1	Die Idee zum Spiel.....	72
3.1.1	Unwissenheit der Konsumenten.....	72
3.1.2	Begrenzte Möglichkeiten der Hilfseinrichtung.....	72
3.1.3	Eigene Überlegungen.....	73
3.1.4	Erste Fragestellung.....	73
3.2	Ist ein Spiel eine sinnvolle Unterstützung in der Vermittlung von Safer use – Botschaften?.....	74
3.2.1	Kann man reale Themen im Spiel aufgreifen?..	74
3.2.2	Welchen Kriterien eines Spiels kann entsprochen werden?.....	75
3.3	Spielanleitung.....	76
3.3.1	„Safer use“ – Das Spiel.....	76
3.3.2	Vorwort.....	76
3.3.3	Spielvorbereitung.....	77
3.3.4	Der Spielverlauf.....	78
3.3.5	Die Spielfelder.....	78
	a) Die ‚ROTEN‘ – FELDER.....	78
	b) Die ‚X‘ – FELDER.....	79
	c) Die ‚BEHÖRDEN‘ – FELDER.....	79
	d) Die ‚POLIZEI‘-FELDER.....	79
	e) Die ‚KNAST‘ – FELDER.....	79
	f) Die ‚KARTEN‘ - FELDER.....	80
	g) Das ‚ZIEL‘ – FELD.....	80
3.3.6	Die Kärtchen und Karten.....	80
	a) Die ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN.....	80
	b) Die ‚AKTIONS‘ – KARTEN.....	81
3.3.7	Das Ziel des Spiels.....	82
3.3.8	Eventuelle Störfaktoren im Spielverlauf.....	82
	Schlusswort.....	84
	Abkürzungsverzeichnis.....	85
	Adressenliste.....	86
	Literaturverzeichnis.....	87
	Internetquellen.....	90
	Ehrenwörtliche Erklärung.....	91

Vorwort

Während des Grundstudiums im Studiengang Soziale Arbeit in Hildesheim absolvierte ich mein Praktikum im „Zentrum für Alternative Drogenhilfe“, welches dem Städtischen Klinikum der Stadt Leipzig angegliedert ist. Die Einrichtung ist ein ambulantes Krisenzentrum für Konsumenten illegaler Drogen. Im Praktikum erlebte ich erstmalig die offensichtliche Notwendigkeit überlebenssichernder Angebote für Drogenkonsumenten, erkannte jedoch auch, dass unter anderem interdisziplinäre Differenzen auf kommunal-, landes- und bundespolitischer Ebene den Erfolg der Angebote beeinflusst.

Sowohl im Grund-, als auch im Hauptstudium besuchte ich verschiedene Seminare, in denen Soziale Arbeit im europäischen Ausland betrachtet wurde. Darüber hinaus nahm ich auch an Austauschprojekten mit Studenten der ERASMUS-Partnerhochschulen unseres Fachbereiches teil. In diesen Veranstaltungen und speziell in Seminaren zu Rechtgrundlagen der Drogenhilfe in Deutschland und den Niederlanden, erkannte ich erneut, welchen Einfluss politische Entscheidungen auf die Struktur überlebenssichernder Maßnahmen für Drogenkonsumenten haben können.

Um diese theoretischen Erkenntnisse mit praktischen Erfahrungen zu verknüpfen, nahm ich das Praktikum im Hauptstudium zum Anlass, um drei Monate bei „AMOC/DHV“¹ in Amsterdam mitzuarbeiten. Ein großer Teil der Angebote richtet sich an Drogenkonsumenten aus dem europäischen Ausland, welche in Amsterdam leben, jedoch keinen festen Wohnsitz haben. Im Konsumraum, welcher im Haus integriert ist, kam ich mehrmals in die Situation, die Vorbereitung und Durchführung des komplizierten Vorgangs einer intravenösen Drogeninjektion zu beobachten. Ich erkannte, dass jeder Konsument seine eigene Art und Weise entwickelt hatte, „sich einen Schuss zu setzen“. Schadensminimierung war in den meisten Fällen ein ernsthaftes Anliegen der Konsumenten, welches sich jedoch nicht in allen Konsumpraktiken widerspiegelte. Häufig war Unwissenheit die Ursache gesundheitsgefährdender Handlungsweisen.

¹ Amsterdam Oecumenische Centrum/Deutscher Hilfsverein

Einleitung

Die im Vorwort beschriebenen Erfahrungen haben mich veranlasst zu überlegen, welchen Beitrag ich im Rahmen meiner Diplomarbeit zum schadensminimierenden Umgang mit illegalen Drogen leisten kann.

Einerseits sind politische Veränderungen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen notwendig, andererseits bestimmen vorhandene und nicht vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten der Drogenkonsumenten den gesundheitsbewussten Umgang mit Drogen. Die Arbeit soll einen Teil dazu beitragen, dass Drogenkonsumenten ihre Kenntnisse über schadensminimierende Konsumpraktiken erweitern können, um in Zukunft sich und andere besser vor gesundheits- und lebensgefährlichen Begleiterscheinungen schützen zu können. Daher kam ich zu dem Entschluss ein Spiel zur Vermittlung von ‚Safer use‘-Regeln zu entwerfen und in diese Arbeit einfließen zu lassen.

Aus Gründen der Einfachheit verwende ich in dieser Arbeit ausschließlich die männliche Schreibweise, betone aber ausdrücklich, dass immer sowohl männliche, als auch weibliche Konsumenten illegaler Drogen gemeint sind.

Gesundheitliche Risiken durch Sexualpraktiken werden in anderer Literatur sehr häufig in Zusammenhang mit schadensminimierenden Botschaften erwähnt, sollen in dieser Arbeit jedoch nur am Rande erwähnt werden, da es mir wichtig ist, die mit der intravenösen Konsumtechnik verbundenen Risiken hervorzuheben. Für eine andere Arbeit kann es allerdings eine Idee sein, ‚Safer Sex‘ – Botschaften in der Form eines Spiels zu präsentieren.

Im 1. Kapitel dieser Arbeit werde ich zu Beginn den Begriff Drogen und besonders Heroin näher erläutern. Andere Substanzen werden nicht weiter vorgestellt, da diese meist in Zusammenhang mit Heroin intravenös konsumiert werden. Es wird deutlich, dass die Droge nur einen geringen Teil zum gesundheitlichen Verfall der Konsumenten beiträgt. Vielmehr sind es die Lebensumstände der Drogenkonsumenten, die wesentliche von der Drogenpolitik bestimmt werden.

Daher werde ich in Abschnitt 1.3 die Entwicklung der drei grundlegenden drogenpolitischen Diskussionsansätze in Deutschland vorstellen, die kriminalisierende, pathologisierende und akzeptierende Sichtweise. Diese

drogenpolitischen Ansätze bilden die Grundlage zur Gestaltung präventiver Angebotsstrukturen zur Verhinderung drogenbedingter Problemsituationen für den Einzelnen oder die Gesellschaft.

Der letzte Teil in Kapitel 1 wird die verschiedenen Ansätze des Präventionsnetzwerkes beschreiben, die von dem Verbot der Droge bis hin zur Überlebenssicherung von langjährigen Konsumenten reichen. Niedrigschwellige Anlaufstellen, welche die Angebote der Schadensminimierung an die Drogenkonsumenten herantragen, werde ich dabei näher vorstellen.

Im 2. Kapitel dieser Arbeit werde ich verschiedene Grundlagen für schadensminimierende ‚Safer use‘²-Strategien vorstellen, welche in den, zuvor beschriebenen, niedrigschwelligen Anlaufstellen vermittelt werden. Ich werde die gesundheitlichen Folgen, wie Verletzungen und Infektionskrankheiten, sowie Übertragungswege und Risiken der einzelnen Konsumpraktiken näher untersuchen, um anschließend ‚Safer use‘-Regeln zu formulieren. Abschließend zeige ich auf, welche Methoden und Hilfsmittel mir zur Vermittlung schadensminimierender Inhalte bekannt sind. Es wird dabei deutlich, dass trotz Methodenvielfalt und verschiedener Hilfsmittel kein ausreichender Austausch über gesundheitserhaltende Maßnahmen stattfindet.

Kapitel 3 stellt meinen Beitrag zur Vermittlung von ‚Safer use‘-Botschaften vor. Ich habe mir ein Spiel überlegt, welches die Kommunikation über schadensminimierende Inhalte anregen soll, um die Kenntnisse von Drogenkonsumenten über risikominimierenden Umgang mit Drogen zu erweitern. Die Idee zum Spiel sowie erste Überlegungen zur Spielgestaltung sind in jeweils einem Abschnitt beschrieben, bevor ich in Abschnitt 3.3 das Spiel beschreiben und die Spielregeln vorstellen werde.

² Safer use – Fachbegriff aus dem englischen für ‚Sauberen Gebrauch‘ von Spritzenutensilien

1 Drogen, insbesondere Heroin und die gesellschaftlichen Diskussionsansätze

´Intravenös konsumierende Drogengebraucher´ bezeichnet Menschen, die Drogen konsumieren, in dem sie sich diese Drogen mit Hilfe einer Injektionsspritze intravenös, das heißt direkt in die Blutbahn, injizieren.

Um ein Verständnis für diese Zielgruppe Sozialer Arbeit zu entwickeln, wird zunächst der Begriff ´Drogen´ erläutert. In den Berichten der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wird besonders auf Heroin³ als die am häufigsten intravenös konsumierte Droge hingewiesen. Daher wird ein Teil in diesem Kapitel die Herkunft und Wirkungsweise von Heroin beleuchten. Dabei wird die Bedeutung der Wirkung einer Droge und die damit verbundene Bedeutung der intravenösen Konsumtechnik besonders hervorgehoben.

In gesellschaftspolitischen Diskussionen wird der Umgang mit Drogen und Drogengebrauchern sehr unterschiedlich bewertet. Im Wesentlichen gibt es in den Argumentationen drei verschiedene Ansätze. Daher wird ein Abschnitt dieses Kapitels die Entwicklung der deutschen Gesetzeslage anhand der drei drogenpolitischen Argumentationsansätze (Kriminalisierung, Pathologisierung, Akzeptanz) aufzeigen. Entscheidend ist dabei der jeweilige Einfluss der Argumentationsansätze auf die Lebenssituationen von Drogengebrauchern.

Der letzte Abschnitt wird die verschiedenen Präventionsstrategien zur Verhinderung gesundheitlicher Risiken aufgezeigt.

1.1 Drogen

Im ‚Fachlexikon der Sozialen Arbeit‘ von 1997 (BECKER et al. 1997) werden Drogen als Substanzen bezeichnet, die aufgrund ihrer chemischen Struktur eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem und dadurch auf den menschlichen Organismus ausüben. Sie können natürlich gewonnen oder synthetisch hergestellt sein. Je nach Art der Droge werden unterschiedliche physische und psychische Reaktionen im menschlichen Organismus ausgelöst. Kontrolliert verabreicht dienen Drogen als Medikament oder Genussmittel. (ebd.) In früher Apothekenliteratur wurde der Begriff ´Drogen` für getrocknete Arzneipflanzen verwendet. (HOLZER 2002 S.25) Bis heute ist der

³Beschreibungen zu weiteren Drogen wie Cannabis, Kokain, LSD, Ecstasy, Alkohol etc. sind u.a. nachzulesen bei HEUDTLASS, STÖVER 2000

Begriff `Drogerie` im Sprachgebrauch erhalten. Inzwischen werden mit `Drogen` weitläufig Substanzen wie Heroin, Cannabis, Kokain oder Ecstasy zusammengefasst. (ebd.) In aktuellen drogenpolitischen Debatten werden Nikotin und Alkohol als legale Drogen einbezogen. (CASPER-S-MERK 2004)

Ein Teil der Drogen, sowohl natürlichen als auch synthetischen Ursprungs unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Die Drogen werden in drei Kategorien nach Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit eingeordnet.⁴ Damit werden bestimmte Drogen als legale, verschreibungsfähige Drogen eingeordnet (z.B. Schlaf- und Schmerzmedikamente), andere Drogen hingegen werden illegalisiert (z.B. Cannabis oder Heroin). Das bedeutet, dass Anbau, Herstellung, Erwerb, Handel, Ein- und Ausfuhr, Abgabe, Veräußerung und sonstige Tätigkeiten in Zusammenhang mit der jeweiligen Droge unter Strafe gestellt werden. (WETH 1997) Nach BtMG §1 Abs.1 wird auch die „... Gewährung von Gelegenheiten zum Verbrauch“ bestimmter Drogen unter Strafe gestellt.

Durch deren Bewertung im BtMG werden Konsumenten dieser illegalisierten Drogen mit verschiedenen Hürden konfrontiert, welche vielfältige Probleme verursachen können. Die häufigsten Probleme verschiedener Art, juristisch, wirtschaftlich, sozial, physisch oder psychisch sind in der Gruppe der Heroinkonsumenten zu beobachten. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 40)

Im Sucht- und Drogenbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, des Jahres 2003 steht dazu mit gleichem Wortlaut wie im Bericht 2000: „Obwohl Opiatkonsum in der Bevölkerung sehr wenig verbreitet ist, verursacht er nach wie vor die meisten gesundheitlichen und sozialen Probleme.“ (CASPER-S-MERK 2001 S. 45 2004 S. 60)

1.2 Heroin

1.2.1 Was ist Heroin?

Heroin ist ein halbsynthetisches Opiat. Unter Anreicherung von Essigsäureanhydrid wird Heroin aus Morphin hergestellt. Morphin ist ein Opiat, welches aus Opium extrahiert wird. Opium wiederum ist der getrocknete Milchsaft aus den Kapseln des Schlafmohns, der verschiedene

⁴vgl. Anhang 1, BtMG Anlagen 1-3

Wirkstoffe beinhaltet. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 66) Der Wirkstoff Morphin ist in der Heroinherstellung das bedeutendste Opiat, mit bis zu 23% ist Morphinum (ebd. S. 75), neben weiteren über 20 Alkaloiden, einer der Hauptwirkstoffe im Opium. (vgl. ZURHOLD 2002 S. 7) Neben dem halbsynthetischen Heroin und dem natürlichem Morphinum sind weitere natürliche, halbsynthetische und vollsynthetische Opiate bekannt. (vgl. BRÜHL 1992 S. 23, ZURHOLD 2002 S. 7) Einige Beispiele sind in *Tabelle 1* zusammengefasst.

Tabelle 1

Einteilung der Opiate

Natürlich	Halbsynthetisch	Vollsynthetisch
Morphin, Codein, Noscabin, Narcotin...	Heroin, Diacetylmorphin, Diamorphin...	Methadon, Polamidon, Tilidin, Phethidin...

Quelle: ZURHOLD 2002, S. 7

Einige dieser natürlichen, halb- und vollsynthetischen Opiate finden in der Substitutionsbehandlung von Heroinkonsumenten Bedeutung. (vgl. JES-Osnabrück 2002)

1.2.2 Seit wann gibt es Heroin?

Bereits im 9. Jahrhundert v. Chr. wurde die leicht betäubende Wirkung des Opium erwähnt. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 66) Seit dem wurde es in verschiedenen Teilen der Erde immer wieder zu medizinischen Zwecken oder als Rauschmittel verwendet.

Morphium ist einer der Hauptwirkstoffe im Opium. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 65) Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde Morphin erstmalig in Deutschland extrahiert. Damit stand der betäubende Wirkstoff in konzentrierter Form zur Verfügung. Die Konzentration des Wirkstoffes wurde von der Erfindung der Injektionsspritze begleitet, so dass der schmerzstillende Charakter der Substanz durch die neue Injektionsform unterstützt wurde. (FROMBERG 1996 S. 53) Im deutsch-französischen Krieg 1870/71 galt besonders der schmerzstillenden Eigenschaft des Morphinum viel

Aufmerksamkeit und es wurde in großen Umfang eingesetzt. Viele Kriegsversehrte kehrten als Morphiumsüchtige zurück. (vgl. BRÜHL 1992 S. 27)

Ende des 19. Jahrhunderts wurde Morphinum weiter synthetisiert. Man erhoffte sich den schmerzstillenden Charakter des Morphinum zu erhalten und die suchterzeugende Wirkung zu minimieren. (ebd.) Schließlich brachte die Firma Bayer im Jahr 1898 ein Medikament mit dem Namen ‚Heroin‘ auf den Markt, welches bis 1920 in allen Apotheken frei verkäuflich war. Ab da regelte eine Verordnung den Verkehr mit Opium, welche internationalen Richtlinien unterlag. (vgl. NOB 2001 S. 24). Der Einsatz von Morphinum und Heroin zu Kriegszwecken im 1. Weltkrieg hatte jedoch langfristige Folgen hinterlassen. 1931 waren immer noch 1% der Kriegsversehrten wegen Morphiumsucht registriert worden. Das Gesetz von 1920 hatte deren Versorgung jedoch nicht bedacht. (de RIDDER 2000 S. 93) Die ehemaligen Soldaten wurden dadurch zu illegalisierten Morphinum- bzw. Heroinkonsumenten und seit dem von der Öffentlichkeit verstoßen.

1.2.3 Welche Wirkung hat Heroin?

Heroin besitzt sehr starke analgetische⁵ und beruhigende Eigenschaften. (ZURHOLD 2002 S. 12) Durch die Synthetisierung aus Opium über Morphinum hin zum Heroin wurde die Wirkung immer mehr verstärkt und die Konsumeinheit immer kleiner. Wird eine Konsumeinheit beim Opium mit 1 bis 50 **g** (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 67) angegeben, sind es beim Morphinum nur noch 5 bis 15 **mg**. (FROMBERG 1996, S. 57) Heroin ist, im Gegensatz zu Morphinum, fettlöslicher und kann daher 3 bis 6 Mal stärker seine Wirkung entfalten. (EBERT 2003).

Heroin entfaltet seine Wirkung durch Aufnahme über den Magen-Darm-Trakt, über die Atemwege oder parenteral⁶. (de RIDDER 2000 S.154) Wegen der höheren Fettlöslichkeit und deshalb sehr niedrigen Infusionsmenge des Heroins, gegenüber dem Morphinum, wurde der Einsatz subkutaner und intramuskulärer Injektionen gegen Tumorschmerzen noch bis in die 80er als erfolgreich eingeschätzt. (ebd. S.157) Neben pulverförmigen Heroin für Injektionslösungen wurde es zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch in Form

⁵analgetisch: schmerzstillend (LEISERING 1999 S. 36)

⁶parenteral: Aufnahme durch Einführen einer Hohlnadel in den Körper (LEISERING 1999 S. 355)

von Trinklösungen, Zäpfchen, Mixturen, Tinkturen und Tabletten angeboten. (ebd. S. 68) Die rein analgetische Wirkung von allen natürlichen und synthetischen Opiaten, somit auch Morphinum und Heroin, ist auf die so genannten Opiatrezeptoren im menschlichen Gehirn zurückzuführen. Diese Rezeptoren befinden sich in bestimmten Regionen des Zentralen Nervensystems und anderer Organe und beeinflussen daher den Magen-Darm-Trakt, das Herz-Kreislaufsystem (insbesondere die Atmung) und die Libido sowie die Pupillenmotorik. (ebd. S. 175) Entsprechende medizinische Anwendungsgebiete liegen in der Behandlung von Atemwegserkrankungen, in der Schmerztherapie vor und nach operativen Eingriffen, bei Tumoren, Wehenschmerz oder Erkrankungen der Sexualorgane, der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Senkung des Blutdrucks, sowie bei Durchfall (ebd. S. 79ff.) In allen Behandlungsgebieten, in denen bereits Erfahrungen mit Morphinum existierten, behauptete sich Heroin als effektiveres Mittel. Der besondere Vorteil wurde zusätzlich in den nicht vorhandenen Nebenwirkungen gesehen. So wirkt Heroin zum Beispiel Schmerzen entgegen, ohne dabei andere Sinne zu trüben. Innere Organe wie die Leber oder die Niere werden beim Abbau von Heroin nicht angegriffen. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 70)

Die Bluthirnschranke am menschlichen Gehirn wird von Heroin aufgrund seiner Fettlöslichkeit schneller übertreten als von Morphinum. Hinter der Bluthirnschranke spaltet sich Heroin in seine Bestandteile und Wirkstoffe. Somit kann sich der freigesetzte Wirkstoff, das Opiat Morphinum, in einer höheren Konzentration pro Zeiteinheit an die Opiatrezeptoren binden und entsprechend schneller seine Wirkung entfalten. Dieser Ansturm von Wirkstoff auf die Opiatrezeptoren kann eine euphorische Stimmung beim Konsumenten hervorrufen. (de RIDDER S. 155) Im Vergleich zu allen anderen Konsumformen ist die Intensität der Wirkstoffflut auf die Rezeptoren bei der intravenösen Injektion am stärksten. (ebd. S. 175) Hierin liegt die Bedeutung für Drogenkonsumenten in der Szene.⁷ Die intravenöse Injektion von Heroin verursacht für viele Konsumenten ein tiefes Gefühl höchster Euphorie mit anschließender Entspannung und Ruhe, die bei anderen Konsumformen nur

⁷Konsumenten anderer Drogen (z.B. Kokain oder Schmerztabletten) wenden die intravenöse Injektion ebenfalls wegen der intensiveren Wirkung der Droge an. Der häufigste intravenöse Drogenkonsum ist jedoch bei Heroinkonsumenten bekannt. (vgl. dazu CASPERS-MERK 2004 S.60)

vermindert zur Geltung kommen. Konsumenten bezeichnen den Moment der Euphorie als ‚Flash‘ und das Gefühl danach wie ‚in Watte gepackt zu sein‘. (ZURHOLD 2002 S. 12)

Die Injektion von Heroin kann nicht nur zu der euphorischen Stimmung führen, es ist auch möglich eine Überdosis zu verabreichen. Aufgrund des direkten Transportes über die Blutbahn und den ‚verkapselten‘ Eintritt des Wirkstoffs durch die Bluthirnschranke kann eine unkontrolliert große Menge an den Rezeptoren angreifen, so dass das Kreislaufsystem so sehr gedämpft wird, dass es zum Atemstillstand kommt. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 72) Der Mengenunterschied zwischen verträglicher und tödlicher Dosis ist bei Heroin sehr gering. (ebd. 72) Dies ist der Grund, warum Konsumenten bei unbekanntem Stoffmengen leicht an einer Überdosis sterben können. Sehr hohe Dosierungen, die noch nicht zum Tod führen, schwächen jedoch sehr stark den Kreislauf, den Puls, die Atmung und die Herzfrequenz, so dass der Konsument sehr ermüdet, niedergeschlagen und abgestumpft wirken kann.

1.2.4 Was passiert beim Entzug?

Das Suchtpotential von Heroin wird in Abhängigkeit vom Morphintyp laut WHO als außerordentlich hoch eingestuft. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 71) Es treten sowohl psychische (Angst vor dem Entzug) als auch körperliche Abhängigkeiten auf. Erste körperliche Symptome treten 5-7h nach dem letzten Konsum auf. Daher konsumieren regelmäßige Heroinkonsumenten 3-4 Mal täglich. Besonders häufig wird von einer schnellen Dosissteigerung berichtet. (PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000 S. 71) Verantwortlich dafür ist die abnehmende Empfindlichkeit der Opiatrezeptoren sowie die verminderte Bildung körpereigener Endorphine. Es wird mehr Wirkstoff benötigt, um gleiche Reaktionen des Körpers zu aktivieren. Da die Opiatrezeptoren an verschiedenen Stellen im Nervensystem konzentriert sind, kommt es zu vielfältigen Veränderungen im Körperempfinden einhergehend mit Schmerzen und Ausfallerscheinungen, so z.B. Kreislaufzusammenbruch, Schlafstörungen, kolikartige Krämpfe oder Schmerzen in Gliedmaßen, Bauch und Muskeln sowie Übelkeit und Zittern, wenn die entsprechenden Rezeptoren plötzlich nicht mehr bedient werden. Allgemeine Empfindungen werden nach dem Entzug sensibilisiert, so dass körperliche Mangelerscheinungen und Erkrankungen wieder gespürt werden, denen bisher vom schmerzstillenden Charakter des

Morphiums begegnet wurde. (ZURHOLD 2002 S. 13) Wegen des Bewusstseins über den Zustand während des Entzugs, wird häufig versucht zunächst die Dosis zu verringern, um die Intensität der Entzugerscheinungen über einen längeren Zeitraum aber in abgeschwächter Form zu ertragen. (BRÜHL 1992 S. 26f.) Um der Angst vor den Entzugssymptomen zu begegnen, werden stationäre Entgiftungen angeboten, in denen medizinische Versorgung gewährleistet wird. Die Substitutionsbehandlung stellt eine weitere Möglichkeit dar, in der die körperlichen Entzugssymptome medikamentös behandelt werden. Der Vorteil für den Konsumenten liegt in der qualitativ und quantitativ kontrollierten, hygienisch reinen Dosierung der Substanz. Der Nachteil der Substitutionsmittel ist, dass sie die berauschende Wirkung des Heroins nicht erzeugen können. Der Entzug von Substitutionsmitteln wird häufig als noch unangenehmer als der von Heroin empfunden. Daher befinden sich viele über mehrere Jahre im Substitutionsprogramm.

Dem körperlichen Entzug folgen psychische Reaktionen auf die veränderte Wahrnehmung. Die dämpfende Wirkung der Droge hat nachgelassen und somit wird die eigene Lebenssituation bewusster wahrgenommen als während der Konsumphase. Symptome wie Depressionen, Ängste und vermindertes Selbstwertgefühl können auftreten. (EBERT 2003) War die Konsumphase mit dem Leben in der Szene stark verbunden, müssen danach häufig viele Lebensbereiche reorganisiert werden. Wohnraum, Ausbildung und Arbeit, soziale Kontakte zu Nichtkonsumenten, der Kontakt zur Familie sind einige Beispiele der sozialen Bedürfnisse, die nach dem körperlichen Entzug neu- oder umgestaltet werden müssen. Das Vorhandensein von Maßnahmen, die diese Resozialisierungsprozesse unterstützen, hat dabei besonders viel Einfluss auf den Erfolg der erreichten Abstinenzphase. (ZURHOLD 2002 S. 14) „Manchen Leuten gelingt es auf Anhieb. Manchen gelingt es erst nach zahllosen Versuchen. Manche geben es auf.“ (POSMA 1998 S. 7)

1.3 Die drei Ansätze der Drogenpolitischen Diskussion

Im Umgang mit Konsumenten von Drogen gibt es in unserer Gesellschaft verschiedene Auffassungen. Einerseits werden Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit häufig als ‚Kriminelle‘ Menschen bezeichnet, vor denen die Gesellschaft geschützt werden muss, andererseits werden sie als ‚Kranke‘ Menschen betrachtet, denen therapeutisch geholfen werden muss. (KETTNER

2002 S. 13) Beide drogenpolitischen Ansätze, der Kriminalisierende und der Pathologisierende führten und führen immer noch dazu, dass Menschen entmündigt und gedemütigt werden oder gegen sie psychische und physische Gewalt ausgeübt wird. (AKZEPT e.V. 1999 S. 11) Im Folgenden sollen die beiden Sichtweisen näher betrachtet werden. Im Anschluss wird eine weitere Position dargestellt, in der Drogenkonsumenten als ‚selbstbestimmte‘ Menschen betrachtet werden, die in der Lage sind, „eigenverantwortlichen, risikominimierenden und genußorientierten Umgang mit Drogen zu entwickeln“ (AKZEPT e.V. 1999 S. 16) Da dieser dritte Ansatz der drogenpolitischen Diskussionslinien, der ‚akzeptierende‘ Ansatz, die Grundlage für ‚Safer use‘-Angebote bildet, wird dieser Teil besonders detailliert dargestellt.

1.3.1 Kriminalisierung

„Drogen werden weltweit in legale und illegale Drogen eingeteilt.“

(HOLZER 2002, S.17)

Im Zeitraum von 1909 bis 1931 fanden verschiedene internationale Kommissionen und Konferenzen statt, die internationale Handels- und Steuerbestimmungen für verschiedene Güter regeln sollte. Eines dieser Güter war Opium, welches zu dieser Zeit hauptsächlich aus China exportiert wurde. (HOLZER 2002 S. 65ff.) Die Notwendigkeit internationaler Regelungen über den Handel mit Opium lag auch im Interesse an den Schmerzmitteln Morphium und Heroin, welche in verschiedenen Kriegen zur Versorgung verwundeter Soldaten eingesetzt wurden, „...wie im Krim-Krieg, im amerikanischen Bürgerkrieg, im deutsch-österreichischen Krieg und im deutsch-französischen Krieg.“ (ebd. S. 87) Als Ergebnis der getroffenen internationalen Abkommen trat, zur Regelung des Handels mit Opiaten in Deutschland 1920, das Opiumgesetz in Kraft. Im Jahre 1972 trat an dessen Stelle das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), als Nebengesetz des Allgemeinen Strafrechts, in Kraft. (ebd. S. 17) Hier wird in der Hauptsache der strafrechtliche Umgang mit Drogen und Personen, die in Zusammenhang mit Drogen erscheinen, geregelt. Neben Opium sind heute die verschiedensten Substanzen im BtMG aufgeführt.⁸

Kriminalisierung und repressive Maßnahmen bilden daher eine traditionelle ‚Säule‘ der Drogenpolitik. (CASPER-SMERK 2003 S. 43) Der Anspruch des BtMG

⁸vgl. Anhang 1, BtMG Anlagen 1-3

ist es, jeglichen Verkehr mit Betäubungsmitteln zu kontrollieren, zu regulieren und wenn notwendig zu vermeiden. Die Kriminalisierung des Umgangs mit Drogen soll dazu führen, dass Menschen im Umgang mit der Droge verunsichert werden und vom Konsum der Droge absehen.⁹ Absolute Abstinenz ist demnach die Forderung, die sich aus der Strafandrohung ergibt. Die Auswertung der FDR¹⁰ zeigen jedoch, dass diese Maßnahmen nicht ausreichend sind, um einerseits die Nachfrage und andererseits das Angebot zu reduzieren. Trotzdem gibt es Menschen, die aus verschiedensten Gründen die illegalisierten Substanzen konsumieren.¹¹ Ich habe zwei Beispiele gewählt, um die sozialen und gesundheitlichen Folgen, die sich für die Konsumenten von Heroin aus dem BtMG ergeben, zu verdeutlichen.

a) Unkontrollierte Beimengungen durch unkontrollierte Transportwege

Opiate und somit Heroin sind im BtMG in Anlage 1 als „nicht verkehrsfähig“ eingestuft. Damit macht sich gemäß § 29 Abs. 1 jeder strafbar, der diese Substanzen „...anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft...“ (BtMG § 29 Abs. 1). Für Konsumenten stellt damit die Beschaffung der Substanz die Gefahr der strafrechtlichen Verfolgung dar, wobei Abs. 5 im BtMG § 29 die Möglichkeit der Straffreiheit einräumt, wenn der Besitz und die Beschaffung illegaler Drogen dem Eigenbedarf dienen. Die Verkäufer werden strafrechtlich härter zur Verantwortung gezogen. Das erhöhte Risiko juristisch verfolgt und verurteilt zu werden macht sich bei der Preisgestaltung der einzelnen Substanzen bemerkbar. Auf dem Weg vom Anbaugebiet bis zum Endverbraucher geht beispielsweise Heroin einen langen Weg durch viele Hände. Jeder, der es auf diesem Weg ein Stück begleitet, möchte daran verdienen und schlägt etwas auf den Einkaufspreis drauf. (NOB 2001)

Diese Preisspirale nach oben bedeutet für den Konsumenten einen erhöhten Bedarf an finanziellen Mitteln. Eine Frankfurter Szenestudie, die 1995 und

⁹„Repressive Maßnahmen, insbesondere das Strafrecht, bilden eine traditionelle Säule der Drogenpolitik, mit der einerseits das Angebot an Suchtmitteln, andererseits die Nachfrage reduziert werden sollen.“ (CASPER-S-MERCK 2003 S. 43)

¹⁰FDR: Falldatei Rauschgift des Bundeskriminalamtes im Anhang bei CASPER-S-MERCK 2004 S.148 ff.

¹¹ebd.

wiederholend 2002 (KEMMESIES 2002) durchgeführt wurde, hat ermittelt, dass die wöchentlichen Aufwendungen für Drogen seit 1995 um ca. 20% auf durchschnittlich 481 € gestiegen sind. (ebd. S. 32) Gründe dafür liegen unter anderem in der enormen Preissteigerung des Heroins im Zeitraum von 1995 bis 2002. Ein Gramm Heroin kostete 1995 durchschnittlich noch 25€, während es 2002 schon 70€ waren. (ebd. S. 43) Im Gegensatz zum erhöhten Bedarf für die tägliche Drogenration nimmt der Betrag zur Finanzierung des eigentlichen Lebensunterhaltes ab. Die Frankfurter Szenestudie (ebd.) hat ergeben, dass 2002 durchschnittlich nur 71 € wöchentlich zur Finanzierung des Lebens zur Verfügung standen, 1995 waren es im Schnitt noch 163 €. (ebd. S. 32) Trotz der wenigen finanziellen Mittel, die zur Alltagsbewältigung zur Verfügung stehen, sind kriminelle Beschaffungsmaßnahmen wie Drogendealerei, Prostitution oder andere illegale Aktivitäten zurückgegangen. Der Anteil derer, die durch Arbeit oder staatliche Unterstützungen ihr Leben finanzieren, hat hingegen zugenommen. Dennoch geben ca. 50% der Befragten an, auf kriminellen Wege das Geld zum Drogenkonsum und täglichen Leben zu beschaffen. (ebd., Tab. 18) Das damit verbundene Risiko strafrechtlich verfolgt zu werden und eine Haftstrafe antreten zu müssen bringt für Heroinkonsumenten weitere soziale, psychische und physische Probleme mit sich.¹²

Neben dem Preisaufschlag wird der Grundstoff auf dem Weg zum Endverbraucher mit verschiedenen Strecksubstanzen versetzt, wodurch die Gewinnspanne weiter erhöht wird. Diese Beimengungen machen beim Endverbraucher bis zu 97% der Gesamtmenge aus. (STADT LEIPZIG 2001 S.8) Die Verfügbarkeit von Strecksubstanzen, das Streben nach Gewinnmaximierung und unkontrollierte Wege des Drogenhandels führen dazu, dass alle möglichen (gesundheitlich verträglich) und unmöglichen (gesundheitsschädigend) Substanzen im Endprodukt ‚Straßenheroin‘ nachgewiesen werden können.¹³ Einige der Verschnittsubstanzen sind hier in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet:

¹²vgl. MAY 1998, S. 33

¹³vgl. PÜSCHEL/IWERTSEN-BERGMANN 2000 S. 68. ZURHOLD 2001 S.7

- Acetylsalicylsäure,
- Acetyprocain,
- Ascorbinsäure,
- Chinin
- Gips,
- Glukose
- Kalk,
- Kalziumcarbonat,
- Koffein
- Laktose,
- Lidocain,
- Mehl,
- Milchzucker
- Paracetamol,
- Procain,
- Puderzucker
- Strychnin
- Vitamin C

Die staatliche Verbotspolitik und die nicht stattfindenden Qualitätskontrollen tragen dazu bei, dass Konsumenten unkontrollierte Substanzen in unbekannter Konzentration gebrauchen, wodurch eine Vielzahl von gesundheitlichen Schäden verursacht werden können. Reines Heroin ist pharmakologisch nicht gesundheitsschädlich, wie in Kapitel 1.2.3 gezeigt wurde. Verunreinigungen, wechselnde Wirkstoffkonzentration und die kriminalisierten Lebensbedingungen machen einen maßvollen Gebrauch qualitätsgeprüfter Substanzen unter hygienischen Bedingungen kaum möglich und tragen zu physischen und psychischen Verfall der Konsumenten bei. Im Extremfall kann die Kriminalisierung des Drogenhandels und die damit verursachte Unkenntnis der Konsumenten über die Strecksubstanzen und den Wirkstoffgehalt zu einer ungewollten Vergiftung, Infektion oder Überdosierung führen. Die Drogenpolitischen Leitlinien der STADT LEIPZIG (1998) ziehen dazu die traurige Bilanz: „Nur ca. 5% der tödlichen Zwischenfälle werden bewusst herbeigeführt.“ (STADT LEIPZIG 1998 S. 7) Das bedeutet umgekehrt, dass 95% der Drogentoten an einer ungewollten Überdosierung oder anderen vermeidbaren Drogennotfällen sterben.

b) Unhygienische Konsumbedingungen durch ordnungspolitische Verdrängung

„Die Bekämpfung des gewerbsmäßigen Straßen- und Kleinhandels sowie die Erschwerung des Erwerbs von illegalen Suchtstoffen fallen in die primäre Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden der Länder“

(CASPER MERK 2003, S. 50)

Ordnungspolitische Maßnahmen werden zur Unterbindung und Verhütung von Verstößen gegen das BtMG durch gezielte Einsätze der Polizeikräfte durchgeführt und durch den Einsatz technischer Hilfsmittel, wie der

Videüberwachung öffentlicher Plätze, unterstützt. Diese sollen dazu führen, dass die Bildung fester Treffpunkte der Konsumenten- und Dealerszene unterbunden wird, was jedoch lediglich einen Verdrängungseffekt zu anderen Orten und Plätzen nach sich zieht. (STADT LEIPZIG 1998 S. 7) Die Folge ist, dass Konsumenten täglich neue Orte ansteuern müssen, um die notwendige Substanz zu kaufen. Die Umgebung der neuen Orte ist weniger gut bekannt als die bisherigen Treffpunkte. Häufig ist der Weg zur nächsten Drogenhilfe sehr weit, so dass auf Spritzentausch verzichtet werden muss. Entsprechende Stellen, an denen sauberes Wasser zur Verfügung steht oder einfach nur ein ruhiger Ort zum Konsumieren sind ebenfalls unbekannt, so dass Infektionen und Verletzungen unvermeidbar werden. Beim fluchtartigen Verlassen des Konsumorts werden Utensilien zurückgelassen, die wiederum infiziert sein können und bei spielenden Kindern oder Hunden von Spaziergängern entsprechende Verletzungen und Infektionen verursachen. Sozialarbeitern der Drogenhilfe wird die nachgehende Sozialarbeit erschwert, da die entsprechenden Angebote an mehreren Orten gleichzeitig notwendig werden, jedoch nur begrenzte personelle und räumliche Mittel zur Verfügung stehen. Die Frankfurter Szenestudie von 2002 (KEMMESIES 2002 S. 37) bemerkt, dass das Leben der Szene in den letzten Jahren „...hektischer, aggressiver und von mehr Respektlosigkeit gekennzeichnet“ ist.

Die genannten Beispiele zeigen, dass der repressive Umgang mit Drogen und die damit verbundene Strafandrohung kein ausreichendes Mittel darstellt, um Drogenkonsum tatsächlich zu unterbinden. Allein die Umstände unter denen die Drogen konsumiert werden, werden durch deren Kriminalisierung immer menschenunwürdiger.

1.3.2 Pathologisierung

Schon in der Fassung von 1972 war im BtMG der Opportunitätsgrundsatz verankert. Dieser räumt dem Gericht die Möglichkeit ein auf die strafrechtliche Verfolgung zu verzichten, wenn die Substanz zum Eigenkonsum bestimmt ist. Seit dem gab es immer wieder Novellen, die Alternativen zu strafrechtlichen Sanktionen rechtlich ermöglichen sollten¹⁴ .

¹⁴1982 – Möglichkeit zur Strafaussetzung auf Ebene der Staatsanwaltschaft bei erfolgreicher Langzeittherapie; 1992 – Möglichkeit zur Strafaussetzung auf Ebene der Staatsanwaltschaft ohne Therapieantritt; 2000 – Möglichkeit zur Errichtung von Konsumräumen (HÜSGEN 2003 S.4) vgl. dazu Kapitel 1.3.3 c) Strafrechtliche Novellen

Im Laufe der 70er Jahre entwickelte sich aus der Forschung mit Alkoholabhängigen der Gedanke, dass nicht der Konsument der Substanz für sein Handeln verantwortlich gemacht werden kann, sondern „seine defizitäre Persönlichkeitsstruktur“ (Gerlach 1992 S. 5) den Konsumenten als „willenloses Opfer der pharmakologischen Eigenwirkungen der Droge“ (ebd.) sehen lässt. Die einseitige drogenpolitische Diskussion wurde dadurch um die pathologisierende Sichtweise erweitert. 1982 wurde das BtMG entsprechend erweitert. (HÜSGEN 2003 S.4) Wer im Sinne des BtMG´s eine Straftat begangen hatte und für diese verurteilt werden soll, kann, wenn die strafbare Handlung im Eigenkonsum (hier: Hinweis auf defizitäre Persönlichkeit) begründet liegt, eine „...Unterbringung in einer Erziehungsanstalt...“ (BtMG § 35 Abs. 1) der Haftstrafe vorziehen. Sollte der Aufenthalt in der „Erziehungsanstalt“ (ebd.)¹⁵, frühzeitig abgebrochen werden, muss der Rest der verhängten Strafe in einer Haftanstalt angetreten werden. (BtMG § 35 Abs. 5) Die Sichtweise auf die Drogenthematik, kriminelles Handeln durch kranke Persönlichkeit zu erklären, hat sich heute fest etabliert. Im Vergleich zu den frühen 80ern des 20. Jahrhunderts, in denen es nur stationäre Unterbringung in „Erziehungsanstalten“¹⁶ gab, findet sich heute eine Vielfalt von stationären und teilstationären suchttherapeutischen Angebote der „ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe“ (STADT LEIPZIG 1998, S. 5) Auch im Aktionsplan Drogen und Sucht wird 2003 der „...Ausbau der ambulanten Behandlung“ (CASPER-MERK 2003 S. 35) und die „Weiterentwicklung der stationären Abstinenztherapie für Suchtkranke“ (ebd.) geplant. Während der kriminalisierende Ansatz nur die Haftstrafe als Mittel gegen Drogenkonsumenten kannte, ist mit dem pathologischen Ansatz die Therapie zum Erreichen der Abstinenz hinzugekommen. Das Ziel der Abstinenz soll erreicht werden, in dem während der Therapie das krankhafte Verlangen nach der Droge gestillt wird. Das Ziel der Einführung des Siebten Abschnitts im BtMG, Drogenkonsumenten nicht weiterhin zu inhaftieren und anschließend erneut auf die Szene zu schicken, sondern sie zu therapieren und ohne Drogenhunger zurück ins Leben zu schicken, blieb ohne Erfolg. Die Therapieeinrichtungen wurden überfüllt mit Drogenkonsumenten, die der Haftstrafe entgehen wollten. Entsprechend unmotiviert traten sie die Therapie

¹⁵Anmerkung: Anderer Ausdruck für „Erziehungsanstalt“ - Therapieeinrichtung

¹⁶ebd.

an, entsprechend niedrig war die Quote der regulären Absolventen. GERLACH (1992 S. 6) gibt an, dass ca. 1-2% der bekannten Konsumenten „harter“ (ebd.) Drogen erfolgreich im damaligen System der Drogenhilfe untergebracht waren. Umgekehrt bedeutet das, dass 98% der Konsumenten weiterhin dem kranken Verlangen nach Drogen nachgehen.

1.3.3 Akzeptanz

In den bisherigen Betrachtungen wurden die zwei Hauptsäulen der drogenpolitischen Diskussion in Deutschland, die kriminalisierende und die pathologisierende Sichtweise auf Drogenkonsumenten, geschildert. Beide Ansätze sprechen dem Konsumenten „jegliche Fähigkeit zur Eigenverantwortlichkeit und jegliches Selbstbestimmungsrecht“ (ebd.) ab. Sowohl die Unterbringung in einer Haftanstalt, als auch die Aufnahme in einer stationären Langzeittherapie sind mit Einschränkungen der freien Persönlichkeitsentfaltung verbunden. Die fest vorgegebene Tagesstruktur, die Entscheidung über Häufigkeit und Intensität des Kontaktes zu Familienangehörigen und Freunden und der sofortige Therapieausschluss bei wiederholtem Konsum seien hier nur als Beispiele zu nennen. Hintergrund dieser Herangehensweise war der defizitäre Blick auf die Persönlichkeit des Konsumenten. Dieser Blick ließ es nicht zu, dass suchtbegleitende Hilfen zugelassen wurden. Es herrschte die Überzeugung der Leidensdrucktheorie, nach der es dem Konsumenten erst sehr schlecht gehen muss, bevor er abstinenz- und therapiebereit ist. (GERLACH 1992 S. 6). Jegliche Unterstützung in der Konsumphase wurde als Unterstützung der Krankheit und damit für weitere kriminelle Handlungen gewertet. Dieser allein auf Abstinenz orientierte Ansatz der Drogenpolitik ließ die gesellschaftlichen Folgekosten durch zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung der Drogenabhängigen und die Zahl der Drogentoten ständig steigen. (SCHNEIDER 2001 S. 7)

a) Beginn der akzeptierenden Bewegung

Bereits in den späten 60ern und frühen 70ern des 20. Jahrhunderts entstanden die so genannten Release-Bewegungen. Diese Initiative verstand sich als Alternative zur repressiven Drogenpolitik und klassischen Suchthilfe. (KLEE 2004 S.107f.) Es sollte gezielt gegen das existierende Verständnis von

Entstehung und Verlauf der Drogenkonsumphase sowie gegen gesellschaftliche Ausgrenzung, Kriminalisierung und Stigmatisierung der Drogenkonsumenten gearbeitet werden. (vgl. AKZEPT e.V. 1999 S. 17) Aufgrund der existierenden Leidensdrucktheorie konnte sich dieser Ansatz zunächst nicht gegen Kriminalisierung und Pathologisierung durchsetzen.

Anfang der 80er Jahre kam der HI-Virus und die damit verbundene Krankheit Aids nach Europa.¹⁷ Zunächst wurde erkannt, dass intravenöser Drogenkonsum die Übertragung von HIV besonders unterstützt. Die Möglichkeit, beispielsweise saubere Spritzen zu besorgen, war für intravenös konsumierende Drogengebraucher nicht gegeben, so dass die Anzahl der Infektionen, Erkrankungen und Todesfälle unter Drogenkonsumenten sehr schnell stieg. (ebd.) Vom damals existierenden Hilfesystem¹⁸ wurden nur 2% der Konsumenten erfolgreich erreicht.¹⁹ Daher wurde Mitte der 80er eine Umorientierung der drogenpolitischen Diskussionen in Deutschland unumgänglich. Um eine befürchtete Epidemie unter der Allgemeinbevölkerung zu verhindern und das Überleben der Einzelnen zu sichern, rückte neben den Abstinenzanspruch das Interesse der Schadensminimierung.

Als Zeichen starker Abgrenzung gegen die Leidensdrucktheorie und die Abstinenzforderungen, wurde der Begriff „Akzeptierende Drogenarbeit“ entworfen, der mit Forderungen nach einer „Humanen Drogenpolitik“ verbunden war. (vgl. KLEE 2004 S. 109)

b) Akzeptanzorientierte Forderungen

Der akzeptanzorientierte Ansatz vertritt die These: „Der gesellschaftliche Umgang mit Drogen und DrogenkonsumentInnen trägt zum Entstehen des Drogenproblems bei, das durch das Hilfesystem gemanagt werden soll.“ (AKZEPT e.V. 1999 S. 17) Zunächst wurde erkannt, dass Drogenkonsum kein Verhalten darstellt, welches unweigerlich mit dem Tod endet, wenn keine Therapie in Anspruch genommen wird. (SCHNEIDER 1994 S.145) Konsumenten zeigen während der Drogenkonsumphase verschiedene Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Wirkung der Droge und den kriminalisierten Umständen, die mit wechselnden Verfügbarkeitsstrukturen

¹⁷vgl. Kapitel 2.3.1 a) AIDS und das HI-Virus

¹⁸Resozialisierung durch Haft oder Langzeittherapie

¹⁹GERLACH in: Materialien zur Heimerziehung, Heft 3, IGfH 1992, S. 6

und unmenschlichen Konsumbedingungen verbunden sind. Vom kompulsiven²⁰ Gebrauch bis hin zum selbstkontrollierten und regelorientierten Konsum werden unterschiedliche Gebrauchsmuster praktiziert. Das Risikoverhalten während der Konsumphase ist „...durch ein komplexes Gefüge subjektiver und sozio-kultureller Faktoren mitbestimmt...“²¹.

Es wurde beobachtet, dass es Menschen gelingt sich ohne therapeutische Hilfe aus der zwanghaften und exzessiven Konsumphase zu lösen und nach verschiedenen Anläufen allein die Abstinenz zu erreichen.²² Drogenkonsum wird daher als eine Lebensphase betrachtet, deren Verlauf durch subjektspezifische Überwindungsprozesse gekennzeichnet ist und daher mehr Angebotsstrukturen bedarf, als dem therapeutischen Aufenthalt in Krankenhaus, Psychiatrie oder Gefängniszelle.

Nicht die pharmakologische Wirkung des Heroins oder die defizitäre Persönlichkeits- oder Sozialisationsstruktur des Konsumenten führen zur physischen und psychischen Verelendung, sondern die Lebensumstände während der Konsumphase bestimmen die Gebrauchsmuster und damit den gesundheitlichen Zustand des Drogenkonsumenten. Die Tatsache, ob jemand eine Wohnung oder eine Arbeit hat oder nicht, ob jemand bis zur sechsten oder dreizehnten Klasse in der Schule war, ob jemand Familie und Freunde außerhalb der Drogenszene hat oder nicht, ob jemand Zugang zu Informationen und sauberen Spritzen hat oder nicht, wirkt sich dabei in verschiedener Art und Weise auf den sozialen und somit den gesundheitlichen Zustand des Konsumenten aus.

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich die politischen Forderungen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Es wird die ‚Normalisierung des Umgangs mit illegalisierten Drogen‘²³ gefordert, mit der Begründung, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen, wie z.B. Alkohol, Kaffee und Medikamente soziokulturell verankert ist und damit ein normales Verhalten ermöglicht, welches nur in Ausnahmefällen zu sozialer und gesundheitlicher Verelendung führt, wenn andere destabilisierende soziale Faktoren hinzu kommen. Der

²⁰ kompulsiv = exzessiv, zwanghaft; hier für sozial auffällig, wobei die Drogenbeschaffung den Tagesablauf strukturiert (ebd. S. 143)

²¹ ebd. S.145

²² vgl. dazu „Genommene‘ Würde zurückgeholt – Subjektentwicklung am Beispiel der ‚Selbstheilung‘“ FISCHER in: AKZEPT e.V. 1994 S. 159-175 sowie „Ich habe es ohne Therapie geschafft!“ SCHMIDT 1996

²³ ‚Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit‘ AKZEPT e. V./DAH (Hrsg.) 1999 S.18

gesellschaftliche Umgang mit Drogenkonsumenten sollte nach akzeptanzorientierten Forderungen an folgenden Grundsätzen orientiert sein:

- „Verhinderung sozialer Ausgrenzung,
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung gesundheitsschädigender Gebrauchsmuster,
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitution oder ohne),
- Sicherung eines gesunden Lebens ohne irreversible Schäden,
- gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung,
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene,
- Überleben sichern“. SCHNEIDER 2001 (b) S.13

Zu den Angeboten zählen zum Beispiel Sprizentauschprogramme, ärztliche Akutversorgung, Konsumräume, Substitution und Safer-Use-Beratung. (ebd.)

Die Angebote werden in aktuellen Konsumphasen und ohne Anspruch an eine Abstinenzmotivation gewährleistet. (ebd.)

Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Konsumenten durch Vermittlung von Drogenwissen, Kritikfähigkeit und Risikomanagement-Strategien zu befähigen, in Alltagssituationen informiert und selbstbestimmt handeln zu können.

c) Strafrechtliche Novellen

Alternativen zum damals bestehenden Hilfesystem entstanden seit den achtziger Jahren zunächst durch Selbsthilfegruppen und Angehörigenorganisationen. Die rechtliche Situation, welche durch das BtMG bestimmt wird, ließ eine flächendeckende Einrichtung suchtbegleitender und akzeptanzorientierter Angebote jedoch nicht zu. Die politischen Forderungen, welche die Entkriminalisierung der Lebensumstände von Drogenkonsumenten forderten, wurden in verschiedene Gesetzesnovellen seit 1992 in Ansätzen umgesetzt.

Der Opportunitätsgedanke²⁴ wurde in der Ebene der Staatsanwaltschaft eingeführt, damit konnte bei Eigenbedarfsmengen das Verfahren eingestellt werden, bevor es zu einer Verhandlung kommt.

²⁴BtMG § 31a

Die Substitutionsbehandlung²⁵ als medikamentöse Alternative zum Straßenheroin wurde gesetzlich verankert.²⁶ Sehr hohe Anforderungen galten hier als Einstiegskriterien.²⁷

Die Vergabe von sterilen Einwegspritzen wurde gesondert geregelt und fiel damit nicht mehr unter den Tatbestand des Verschaffens und Gewährens einer Gelegenheit zum unbefugten Konsum.²⁸

In der Strafprozessordnung²⁹ wurde für Berater von Drogenberatungsstellen das Zeugnisverweigerungsrecht eingeräumt. Damit wurde das Vertrauensverhältnis zwischen Sozialarbeit und Klientel geschützt.

Im Jahr 2000 folgte eine weitere strafrechtliche Novelle. Das BtMG wurde um § 10a erweitert, damit wurde den Bundesländern die Einrichtung von Konsumräumen freigestellt. In Konsumräumen wird Drogenkonsumenten die Möglichkeit gegeben in einer hygienischen Umgebung mitgeführte Drogen zu konsumieren. Sollte eine Überdosis oder andere Komplikationen entstehen, ist medizinisches Personal anwesend, um entsprechend reagieren zu können.

Bisher haben jedoch nur vereinzelte Bundesländer diese Erlaubnis erteilt.³⁰ Begrenzte Öffnungszeiten sowie beschränkte räumliche und personelle Kapazitäten machen eine ausreichende Angebotsstruktur jedoch trotz Erlaubnis unmöglich.

1.4 Prävention in niedrigschwelligen Drogenhilfs-einrichtungen

Warum den Drogenkonsumenten zeigen, wie sie risikominimierend illegale Drogen konsumieren können, anstatt die sofortige Abstinenz zu fordern?

1.4.1 Der Begriff Prävention

Der Begriff Prävention ist vom lateinischen ‚praevenire‘ abgeleitet, welches ‚zuvorkommen‘ bedeutet. Die erste Silbe ‚prae‘ wird mit ‚vorher‘ übersetzt, die

²⁵Substitution: Medikamentöse Ersatzbehandlung für Drogenkonsumenten (vgl. JES 2002 (b))

²⁶vgl. BtMVV – Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und AUB-Richtlinien zur methadon-gestützten Behandlung der Ärzte und Krankenkassen (AUB – Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

²⁷vgl. GERLACH, R.: „Elend“ Methadon-Substitution (?) in: SCHNEIDER-I- 2001 S. 59-92

²⁸BtMG § 29 „...Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber sind kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch nach Satz 1 Nr. 11.“

²⁹StPo § 53 Abs. 3b

³⁰

zweite Silbe ‚venire‘ mit ‚kommen‘.³¹ Prävention bedeutet also einem Ereignis zu vor zu kommen, um es zu verhindern oder bewusst zu gestalten.

a) In der Kriminologie

In der Kriminologie³² beschreibt der Begriff Prävention Strategien zur Verhinderung allgemeiner Straftaten. Aus kriminologischer Sicht, sollen strafbare Verhaltensweisen durch die Androhung einer Strafe verhindert werden bzw. durch Bestrafung ein wiederholtes ‚Fehlverhalten‘ ausschließen.³³ Da mit dem Konsum und dem Handel von illegalisierten Drogen verschiedene strafbare Verhaltensweisen verbunden sind, werden Maßnahmen der Strafverfolgung weiterhin als präventive Strategie verfolgt, um zum einen das Angebot illegaler Substanzen und andererseits die Nachfrage zu minimieren.

b) In der Medizin

Aus medizinischer Sichtweise sollen präventive Maßnahmen der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten entgegen wirken. Im Gegensatz zum kriminologischen Ansatz gibt es in der Medizin drei Stufen der Prävention.³⁴ Die Primärprävention zielt darauf die Gesundheit zu erhalten. Gesundheitsgefährdende Faktoren der sozialen Umwelt sowie gesundheitsgefährdendes Verhalten jedes Einzelnen sind dabei Ziel verschiedener Maßnahmen. Die Sekundärprävention zielt darauf Erkrankungen oder gesundheitsschädigendes Verhalten im Frühstadium zu erkennen und einen akuten bzw. chronischen Verlauf der Krankheit zu verhindern. Haben die Maßnahmen der primären und sekundären Prävention die Entstehung einer Erkrankung nicht verhindern können, werden im tertiären Bereich Rehabilitationsmaßnahmen bzw. begleitende Behandlungen bei chronischen Erkrankungen angeboten.

c) In der Sozialarbeit

In der Sozialarbeit richten sich präventive Maßnahmen gegen die Entstehung und die Weiterentwicklung sozialer Notlagen. Gesundheitliche Stabilität und

³¹vgl. dazu ‚Herkunftswörterbuch‘ area Velag GmbH, Erfstadt 2004

³²s.o.

³³vgl. dazu FALTERMEIER 1997 in: ‚Fachlexikon der sozialen Arbeit‘ Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Ffm 1997, S.730

³⁴vgl. dazu VIEFHUES 1997 in: ‚Fachlexikon der sozialen Arbeit‘ Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Ffm 1997, S.731

die Verhinderung strafrechtlicher Verfolgung werden dabei als Voraussetzung zur Verhinderung einer Notlage betrachtet. Daher spiegeln sich sowohl kriminologische, als auch medizinische Präventionsansätze in sozialarbeiterischen Präventionsstrategien wieder.³⁵

1.4.2 Prävention des gesundheitsschädigenden Drogengebrauchs

a) Primäre Prävention

Primärpräventive Angebote sollen die Gefahren des illegalisierten Drogenkonsums verhindern, in dem der Konsum von Drogen an sich verhindert wird.

Repression und Abschreckung

Um die gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums zu verhindern, sollen am Besten keine Drogen konsumiert werden. Daher gelten repressive und strafrechtliche Maßnahmen gegen Drogenhandel und Drogenkonsumenten immer noch als Teil der Primärprävention in der Drogenpolitik. (CASPERMEREK 2003 S. 25) Lange Zeit galt diese Form der Abschreckung als einzige Strategie gegen den Konsum von Drogen. Nicht nur die Polizei propagierte mit dem Bild des verelendeten Junkies, um Jugendliche vom Konsum illegaler Drogen abzuhalten. (PÜSCHEL/SCHLÖMER 2002 S.120) Auch Eltern, Lehrer und Sozialarbeiter versuchten Kinder und Jugendliche allein durch Abschreckung zu schützen. Konsumenten von Drogen wurden stigmatisiert oder pauschal als kriminell oder zum sterben krank verurteilt. (SCHMIDT 1998 S.16)

Stärkung von Lebenskompetenzen

Abschreckung alleine hilft jedoch nicht, um die ‚Lust auf Abenteuer‘ von Jugendlichen zu verhindern. Es wurde erkannt, dass verschiedene Faktoren der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung von Jugendlichen die Entscheidung zum Drogenkonsum mitbestimmen.³⁶ Entsprechend wurden primärpräventive Angebote geschaffen, in denen Jugendlichen

³⁵vgl. dazu: FALTERMEIER 1997 in: ‚Fachlexikon der sozialen Arbeit‘ Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Ffm 1997, S.730

³⁶vgl. dazu BZgA (Hrsg.) 1998 ‚Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung‘, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 4, BZgA, Köln 1998

Bewältigungsstrategien im Umgang mit altersspezifischen Alltagssituationen vermittelt werden sollen. Zielgruppe dieser Angebote sind Kinder und Jugendliche bevor sie in das Alter kommen, in dem die Entscheidung für oder gegen den Konsum von Drogen relevant wird. Daher wenden sich diese Angebote an Kinder unter 12 Jahren. Schulen, Sportvereine und Jugendzentren werden zur Unterstützung der primärpräventiven Angebote einbezogen.³⁷ Hier werden die Ansätze der akzeptanzorientierten und humanistischen Forderungen in präventive Maßnahmen eingebunden, in dem die Neugier sowie die Abenteuer- und Erlebnislust von Jugendlichen nicht als Fehlverhalten betrachtet wird, sondern entsprechende Strukturen zur Befriedigung dieser Bedürfnisse geschaffen werden.

b) Sekundärprävention

Primärpräventive Ansätze erreichen jedoch nicht immer jeden und können nicht auf alle Situationen im Leben vorbereiten, so dass weiterhin Menschen Drogen gebrauchen. Durch sekundärpräventive Angebote soll verhindert werden, dass der Gebrauch von Drogen riskante oder missbräuchliche Strukturen annimmt. (SCHMIDT 1998 S.17)

Sekundärprävention geht davon aus, dass nicht jeder Drogenkonsum schädlich ist, es kann auch sozial integrierbaren Konsum von Drogen geben. So ist zum Beispiel der Konsum legaler Drogen, wie Alkohol und Medikamenten in der Bevölkerung durchaus weit verbreitet und in verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens integriert. (ebd. S.18) Der Kaffee am Morgen, die Zigarette in der Pause, die Kopfschmerztablette vor dem Geschäftstermin oder das Bier zum Essen seien hier nur als vereinzelte Beispiele genannt, in denen legale Drogen problemlos zur Alltagsbewältigung und zum Genuss eingesetzt werden. Auch bei Konsumenten illegalisierter Drogen wurde die Fähigkeit zu sozial integriertem und gesellschaftlich unauffälligen Konsumverhalten erkannt.³⁸ Die Erkenntnisse, die aus den Beobachtungen und Erfahrungen mit

³⁷vgl. dazu BZgA (Hrsg.) 2001 ‚Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten, Perspektiven für die Zukunft‘, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 12, BZgA, Köln 2001

³⁸vgl. dazu SCHNEIDER 1994 ‚Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen und Selbstausstieg Ergebnisse und praktische Konsequenzen aus einem Forschungsprojekt‘ in: AKZEPT e.V.(Hrsg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik! – Ohne Legalisierung geht es nicht, ...Materialband zum 2. Akzept-Bundeskongress, Akzept e.V., Berlin 1994 S. 143-158

selbstkontrollierten Drogengebern gewonnen wurden, werden mit dem Begriff der ‚Drogenmündigkeit‘³⁹ zusammengefasst. Drogenmündigkeit soll nicht das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung gegenüber der Wirkung der Droge verharmlosen, sondern in vielfältigen Alltagssituationen zu eigenständig, orientiertem Handeln und angemessenen Formen im Umgang mit Drogen anregen. (BARSCH 2004 S.32)

Sekundärpräventive Ansätze haben daher das Ziel „...die Entwicklung individueller und kollektiver Ressourcen zu unterstützen, um das Entstehen von Problemen zu verhindern oder bereits vorhandene Probleme zu lindern – womit auch bei den Arbeitsmethoden eine Wendung hin zu ressourcenorientierten („salutogenetischen“⁴⁰) Ansätzen erfolgen muss.“ (ebd. S.31) Die Entwicklung der Ressourcen hin zur Drogenmündigkeit wird von verschiedenen Komponenten mitbestimmt. Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Genussfähigkeit und Drogenwissen schaffen die Grundlage für informiertes und autonomes Handeln. Inhalte der Sekundärprävention sind neben der Aufklärung über positive und negative, kurz- und langzeitliche Wirkungen und Nebenwirkungen von Drogen auch Alternativen zum Drogenkonsum. Damit soll gewährleistet werden, dass unbewusste Verhaltensweisen durch informiertes und differenziertes Handeln abgelöst werden.

c) Tertiärprävention

Trotz der bisher beschriebenen Präventionsansätze gibt es weiterhin eine Gruppe von Drogenkonsumenten, die verschiedene gesundheitliche und soziale Probleme haben bzw. schädliche Konsummuster entwickelt haben. Tertiärprävention soll dazu dienen entweder die verlorene Lebensqualität zurück zu gewinnen oder die aktuelle Situation erträglich zu gestalten. Belastungen reduzieren und Schädigungen minimieren wird hier zum Ziel der Maßnahmen. (SCHMIDT 1998 S.19) Im Gegensatz zur Sekundärprävention, bei der hauptsächlich die Risikominimierung im Vordergrund stand, spielen hier besonders schadensminimierende Angebote zur Verhinderung von gesundheitlichen Risiken, die durch illegalisierten und übermäßigen Drogenkonsum entstehen können, eine wesentliche Rolle.

³⁹vgl. dazu BARSCH 2004 ‚Entwicklung von Drogenmündigkeit‘ in: KLEE, J./STÖVER, H. (Hrsg.): Drogen-HIV/Aids-Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 26-39

⁴⁰Salutogenese: Entstehung von Gesundheit, vgl. dazu BZgA 2001 ‚Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese‘ BZgA Köln 2001

Schadensminimierung bedeutet hier, die Folgen eines eingetretenen Schadens zu begrenzen. Als Schaden wird in diesem Zusammenhang das gesundheitsgefährdende Konsumverhalten betrachtet. (LEICHT et.al. S.90) Praktische Hilfen und Unterstützung zur Vermeidung bzw. Minimierung riskanter oder schädlicher Verhaltensweisen werden im Rahmen niedrigschwelliger Angebote vermittelt und sollen als Beitrag zur sozialen (Re-)Integration von Drogenkonsumenten dienen.

1.4.3 Anlaufstellen der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Damit Drogenkonsumenten durch präventive Botschaften erreicht werden können, wurden die Angebote für Drogenkonsumenten verändert. Während in den 80er Jahren die Angebote sehr hochschwellig waren, das heißt der Hilfesuchende musste eine Reihe an Voraussetzungen⁴¹ erfüllen, um das Hilfsangebot in Anspruch nehmen zu können, stieg die Anzahl der sozial auffälligen Drogenkonsumenten und Drogentoten immer mehr an.⁴² Um vor allem HIV-präventive Botschaften zu vermitteln, mussten die Angebote anders gestaltet werden. Die ausschließlich abstinenzorientierte Drogenhilfe öffnete sich hin zu einer zielgruppenorientierten Angebotsstruktur. Die Drogenhilfepraxis begann die Schwellen herab zu setzen. (SCHNEIDER 2001b S.7) Das heißt Menschen konnten auch in akuten Drogenkonsumphasen Hilfe in Anspruch nehmen.

Niedrigschwellige Angebote sollen damit den Zugang zu risiko- und schadensminimierenden Strukturen erleichtern. Sozial unauffällige Konsumenten sollen befähigt werden, gegebene Ressourcen weiterhin zu nutzen oder auszubauen und Infektionskrankheiten zu verhindern. Die Angebote werden aufsuchend und szenenah gestaltet. Nachgehende Sozialarbeit in Form von Streetwork oder mobilen bzw. örtlichen Kontaktläden sollen Konsumenten den ersten Schritt ins Hilfesystem erleichtern. (AKZEPT e.V. 1999 S.28) Die Zielsetzungen der akzeptanzorientierten Forderungen spiegeln sich in den Angeboten der niedrigschwelligen Anlaufstellen wieder. Das allgemeine Ziel, körperliche, psychische und soziale Folgen des

⁴¹z.B. Bereitschaft zur Abstinenz; keine Hilfe in aktuellen Konsumphasen; Mindestalter als Voraussetzung; nur stationäre Hilfsangebote etc.

⁴²vgl. dazu Tabelle 218 ‚Sicherstellungen und Drogentote (Falldatei Rauschgift) 1973-2003‘ in: PKS Berichtsjahr 2003 S.229 Über die Homepage des BKA - www.bka.de

illegalisierten Drogenkonsums zu minimieren oder zu verhindern soll durch die folgenden Komponenten erreicht werden:

- -Gesundheitsförderung durch Information, Aufklärung und Bildung,
- -das Gewähren von Hilfen der Überlebenssicherung,
- -die Förderung und Aktivierung der Selbsthilfepotentiale und
- -Stabilisierung der psychosozialen Lebenssituation durch
- sozialarbeiterische Hilfen. (ebd. S.29)

Verschiedene Maßnahmen und materielle Voraussetzungen müssen geschaffen sein, um die oben formulierten Ziele zu erreichen. Die Leistungsspektren der Einrichtungen reichen von der Essenvergabe, dem Angebot zu duschen, der Möglichkeit zum Ausruhen bis hin zur Vergabe von sterilen Spritzen und ‚Safer use‘-Beratung. (JOST 2002 S.375f.) Niedrigschwellige Kontaktläden sind offene Bereiche, die als Schutz- und Ruheraum abseits der Szene als Kommunikationsort zur Vermittlung schadensminimierender Botschaften dienen. (KLEE 2004 S.109)

Seit 2001 gibt es zusätzlich die ‚Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen⁴³. Die Erlaubniserteilung wird in die Entscheidungsgewalt der Landesregierungen gelegt. In vereinzelt deutschen Großstädten wie z.B. Berlin, Frankfurt und Hannover sind Konsumräume als ergänzende Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe geschaffen worden, so dass Konsumenten dort in hygienischer Umgebung Drogen gebrauchen können. (KLEE 2004 S.114) Nur so kann auch stark verletzten Drogenkonsumenten die Möglichkeit gegeben werden weitere Erkrankungen zu verhindern. Das Angebot des Konsumraums ist zwar suchtbegleitend, jedoch existieren verschiedene Eingangskriterien (z.B. Alter, Dauer der Konsumphase usw.)⁴⁴, daher ist der Begriff ‚niedrigschwellig‘ hier nur differenziert zutreffend. Es ist nicht auszuschließen, dass sowohl Kontaktläden, als auch Konsumräume als Vorstufe für weitere Hilfsangebote wie z.B. Entgiftung, Substitution oder Abstinenztherapie dienen können. Der Hilfesuchende sollte diese Entscheidung selbstverantwortlich entwickeln, und nicht von Sozialarbeitern zur nächsten Stufe gedrängt werden.

Die aktuelle Situation zeigt jedoch, dass niedrigschwellige Angebote immer mehr gefährdet sind. Kommunale Sparmaßnahmen gefährden

⁴³BtMG § 10a in Kraft seit dem 3. BtMÄG vom 1. April 2000

⁴⁴vgl. dazu KLEE 2004 ‚Zugangsbedingungen und Ausschlusskriterien‘ S.117-119

schadensminimierende Angebote, indem Gelder für Projekte und Einrichtungen gekürzt oder ganz gestrichen werden. (ebd. S.120)

2 Safer Use - Strategien gegen gesundheitliche Folgen des illegalisierten Drogenkonsums

Der immer noch vorherrschende Prohibitionsgedanke⁴⁵ in der Gesellschaft führt dazu, dass Drogenkonsum weiterhin mit vielfältigen Risiken für Individuum und Gesellschaft verbunden ist. ‚Safer Use‘-Strategien können aus gesundheitsrelevanten Aspekten verschiedenen Präventionsansätzen gerecht werden. Die Sekundär- und Tertiärprävention, das heißt Risiko- und Schadensminimierung sind das wesentliche Ziel bei der Vermittlung von ‚Safer use‘-Botschaften. Gesundheit zu erhalten bzw. wiederzuerlangen wird als wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und in manchen Fällen auch der Ausstiegsbereitschaft erkannt. (CASPER-S-MERK 2004 S.63)

In diesem Kapitel sollen die gesundheitlichen Risiken vorgestellt werden, die mit dem Konsum illegalisierter Drogen, insbesondere Heroin, verbunden sein können. Diese Risiken können verschiedene Erkrankungen und andere Folgen von unbekanntem Beimengungen und unhygienischen Verhältnissen verursachen.

Nachdem die häufigsten Erkrankungen vorgestellt werden, wird die Rolle der einzelnen Konsumtechniken bei der Übertragung der zuvor beschriebenen Erkrankungen untersucht. Dabei wird deutlich, dass der intravenöse Konsumvorgang die meisten Risiken mit sich bringt.

2.1 Gesundheitliche Folgen durch illegalisierten Drogenkonsum

Die kriminalisierten Lebensbedingungen von Drogenkonsumenten, das Leben auf der Straße, Mangelernährung und permanenter Beschaffungsstress sorgen für einen allgemein schlechten Gesundheitszustand. Hinzu kommen stark verunreinigte Substanzen unter äußerst unhygienischen Konsumbedingungen.⁴⁶ Diese Missstände tragen zum gesundheitlichen und

⁴⁵Prohibition: Verbot und Kriminalisierung von Drogen und Alkohol (LEISERING 1999 S. 397) vgl. auch Kapitel 1.3.1

⁴⁶genauere Ausführungen zu diesen Lebensbedingungen und Umständen sind unter anderem evaluiert in: KEMMESIES 2002; Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main sowie: von KNONAU 1999; Intravenöser Drogenkonsum: Genau betrachtete Praktiken des Injektionsverhaltens. Eine detaillierte Befragung der MethadonbezüglerInnen

sozialen Elend von Drogenkonsumenten bei. Im Folgenden sollen die häufigsten gesundheitlichen Folgen beschrieben werden.

2.1.1 Überdosierung und Vergiftung infolge des unbekanntem Reinheitsgehaltes

Unkontrollierter Drogenhandel führt dazu, dass Konsumenten immer wieder Stoffe mit unbekanntem Wirkstoffgehalt und unbekanntem Beimengungen konsumieren. In Folge dieser Unwissenheit kann es zu einem so genannten ‚Drogennotfall‘⁴⁷ kommen. Dies ist entweder eine ungewollte Überdosierung mit dem gewünschten Wirkstoff oder eine Vergiftung durch unbekannte Strecksubstanzen.

Eine Überdosis mit Heroin führt zum Erschlaffen der Atemmuskulatur, bis hin zum Atemstillstand. Die Herzfrequenz kann ebenfalls so stark reduziert werden, dass es zum Herzstillstand kommt. (ZURHOLD 2002 S.62) Es ist wichtig, dass Konsumenten in einem solchen Moment nicht alleine sind, so dass bei Bedarf Erste-Hilfe-Maßnahmen⁴⁸ angewandt werden können bzw. ein Notruf gesendet werden kann. Studien haben gezeigt, dass aus Angst vor strafrechtlicher Verfolgung häufig auf einen lebensrettenden Notruf verzichtet wird.⁴⁹ Als genereller Hinweis zur Vermeidung einer Überdosis ist die Änderung der Konsumtechnik zu empfehlen, da eine Überdosis hauptsächlich beim intravenösen Konsum vorkommt. Wird das Heroin z.B. geraucht, treffen nicht genug Wirkstoffträger zur gleichen Zeit auf die Opiatrezeptoren, so dass eine Überdosierung kaum möglich ist.

Im Falle einer Vergiftung durch unbekanntem Beimengungen können alle möglichen Abwehrreaktionen des Körpers erfolgen. Übelkeit und Erbrechen, Hautausschlag und starker Juckreiz, Zittern und Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit oder Schockzustände können hier auftreten. (van TREECK 1998, S.15ff) Ebenso wie bei der Überdosierung ist es wichtig, dass Konsumenten in solchen Momenten nicht allein sind, sondern entsprechende Hilfe gegeben werden kann.

Die Kontrolle des Reinheitsgehaltes ist für Drogenkonsumenten kaum möglich. Ausreichende Anzeichen, die dabei helfen die Qualität zu erkennen gibt es nur

⁴⁷Umfangreiche Informationen zum ‚Drogennotfall‘ nachzulesen bei van TREECK 1998

⁴⁸themenbezogen nachzulesen bei WINKLER 2000

⁴⁹vgl. dazu LEICHT et al. ‚Befragung zum Drogennotfallverhalten von OpiatkonsumentInnen auf offenen Drogenszenetreffpunkten Berlins - Auswertung‘, Fixpunkt e.V. Berlin 2002

wenige. Bei HEUDTLASS 2002 (S.116) werden die folgenden Qualitätstests beschrieben. Die *Wasserlöslichkeit* ist zunächst ein Indiz. Reines Heroin löst sich in Wasser ganz und gar. Je mehr Beimengungen enthalten sind, umso mehr Säure wird nötig, um das Pulver aufzulösen. Der Geschmacks- und Farbttest ist ungeeignet, da der bittere Geschmack und die braune Farbe des Heroins ebenso durch Strecksubstanzen hervorgerufen werden kann. Der Folientest ist beim Inhalieren des Heroinrauches zu empfehlen. Beim Erhitzen muss das Pulver zu einer öligen Flüssigkeit werden, die beim Erkalten einem Glastropfen ähnlich sieht. Injizierenden Konsumenten ist zu empfehlen bei unbekanntem Substanzen zunächst eine kleine Menge zu spritzen, um Überreaktionen des Körpers zu vermeiden.

2.1.2 Infektionskrankheiten

Bakterien, Pilze und Viren können auf verschiedene Wege in den Körper gelangen. Bei der Injektion von Drogen können Bakterien durch die Verwendung unsauberer Injektionslösungen und Utensilien direkt in Vene, Haut, Muskel oder sonstiges Gewebe gelangen. Minimale Risse in den Schleimhäuten können den Eintritt erleichtern. Als Folge dieser Infektionen können verschiedene Krankheiten auftreten. Die häufigsten Erkrankungen sollen hier vorgestellt werden. Die folgenden Fakten über Gewebs- und Venenentzündungen durch Bakterien beziehen sich im Wesentlichen auf die Beschreibung ‚Injektionsbedingter Erkrankungen‘ bei WINKLER 2000⁵⁰ Die Informationen zu HIV und Hepatitis wurden bei verschiedenen Autoren recherchiert.

a) Gewebsentzündungen

Abszess

Ein Abszess ist eine abgekapselte Entzündung, bei der sich Eiter ansammelt, der ein hartes, schmerzhaftes Geschwür verursacht und mit überwärmter Schwellung und Rötung des betroffenen Gewebes einhergeht. Wird der Abszess nicht von medizinischem Fachpersonal entfernt, kann das betroffene Gewebe absterben.

⁵⁰in: HEUDTLASS, J.-H./STÖVER H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch, Band 37, 2.Auflage, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2000, S. 253-273

Phlegmone – Entzündung des Zellgewebes

Phlegmone bezeichnet eine flächige, weit ausgedehnte und eitrige Entzündung. Schwellungen und Rötungen werden hier von Wassereinlagerungen begleitet. Die Symptome können entsprechend einer Allgemeininfektion bis hin zum Schüttelfrost ausgedehnt sein.

Nekrose – Örtlicher Gewebetod

Als Folge von unbehandelten Phlegmonen und Abszessen kann es zum örtlichen Absterben von Gewebe, Organen oder Organteilen kommen. Andere Ursachen für diesen örtlichen Gewebeuntergang können unzureichende Durchblutung der Gebiete oder schädigende Beimengungen im Straßenheroin sein.

Gangrän – ‚fressendes‘ Geschwür

Wird das abgestorbene Gewebe der Nekrose nicht fachgerecht entfernt, entsteht eine trockene oder eine feuchte Gangrän, in der sich das Gewebe schwarz-braun verfärbt. Der trockene Verlauf zeichnet sich durch die Schrumpfung des Gewebes aus. Die feuchte Gangrän wird durch Fäulnisbakterien auf dem abgestorbenen Gewebe verursacht.

b) Venenentzündungen

Thrombophlebitis - Venenentzündung

Thrombophlebitis beschreibt die Entzündung einer Vene, welche direkt unter der Haut als verdickter, geröteter, überwärmter und schmerzender Strang zu spüren ist.

Thrombose – Blutpfropfbildung

Venenentzündungen und damit verbundene Schwellungen der Gefäße hindern den Blutrücklauf. Dadurch bilden sich Blutpfropfen, die zur teilweisen oder vollständigen Verstopfung der Gefäße führen kann. Typische Regionen zum Entstehen einer Thrombose sind die Bein- oder Beckenvenen. Durchblutungsstörungen der unterschiedlichsten Körperregionen können dadurch verursacht werden.

Embolie – Lungeninfarkt

Blutpfropfen, die in die Arterie der Lunge gelangen, verursachen dort einen akuten Verschluss der Arterie, eine Embolie. Die Embolie, also der Verschluss der Arterie führt zu einem Lungeninfarkt. Das betroffene Gewebe, welches nicht mehr ausreichend durchblutet wird, stirbt ab. Je nach Größe des betroffenen Bereichs kann die Embolie, welche durch eine unbehandelte Venenentzündung verursacht wurde zum Tod führen.

c) AIDS und der HI-Virus

Was bedeutet AIDS oder HIV?

AIDS⁵¹ bezeichnet einen Immundefekt, der die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern schwächt. (DAH 2004 S.3) Hervorgerufen wird diese Schwäche des Immunsystems durch den HI-Virus⁵², der 1983 entdeckt wurde. (ebd.)

HIV besetzt die Helferzellen des Immunsystems und vermehrt sich in ihnen. Antikörper werden zwar gebildet, können aber nicht in die befallenen Zellen eindringen, um das HI-Virus unschädlich zu machen. Es gibt verschiedene Formen des HI-Virus, so dass bei einer Neu-Infektion die Gefahr besteht, dass Helferzellen eines anderen Typs zusätzlich angegriffen werden. Je mehr Helferzellen von HIV betroffen sind, umso schwächer werden die Abwehrkräfte gegen andere Krankheitserreger wie Bakterien oder Pilze. (ebd. S.5)

Von AIDS wird gesprochen, wenn die Immunschwäche das Entstehen bestimmter Krankheiten nicht verhindern konnte. Krankheiten dieser Art sind zum Beispiel eine spezielle Form der Lungenentzündung oder Infektionen an Speiseröhre oder anderen Organen, die bei HIV-Infizierten Menschen tödlich enden. (ebd. S.8) Das Immunsystem nicht infizierter Menschen reicht in der Regel aus, um Krankheiten dieser Art mit Unterstützung zu kurieren. Drogenkonsumenten sind aufgrund sozialer Ausgrenzung häufig mit Lebensumständen konfrontiert, welche die Entstehung von Krankheiten unterstützt.

⁵¹AIDS: (eng.) Acquired Immune Deficiency Syndrome = (dt.) Erworbenes Immundefekt

⁵²HI-Virus: (eng.) Human Immunodeficiency Virus = (dt.) Menschliches Immundefektvirus

Übertragungswege

Das HI -Virus wird übertragen, wenn infiziertes Blut direkt in die Blutbahn einer anderen Person gelangt oder andere infizierte Körperflüssigkeiten, wie z.B. Sperma, über minimale Risse in Schleimhäuten aufgenommen wird. (ebd. S.11)

Besonderes Risiko besteht daher beim Geschlechtsverkehr und beim intravenösen Drogenkonsum. Die Übertragung von der Mutter zum Kind während der Schwangerschaft, der Geburt oder Stillzeit ist ebenso möglich. Die Übertragung durch infizierte Blutkonserven ist in Deutschland weitestgehend auszuschließen, da entsprechende Kontrollen stattfinden.

d) Hepatitis

Von dem griechischen Wort ‚hepar‘ abgeleitet, welches für Leber steht, wird ‚Hepatitis‘ als medizinischer Begriff zur Beschreibung einer Leberentzündung verwendet. Die Ursachen für eine Leberentzündung können vielfältig sein. Bakterien, Alkohol, Arzneimittel, Eisen- und Kupferstoffwechselstörungen während der Schwangerschaft können eine Hepatitis verursachen. Die häufigste Ursache für Hepatitis sind jedoch Viren, die aus DNA-Partikeln und Eiweiß-Proteinen bestehen. Sie setzen sich in gesunde Leberzellen, verändern deren Struktur zu der eines weiteren Hepatitisvirus, der wiederum weitere Leberzellen angreift. Die Hepatitisviren werden aufgrund ihrer Verschiedenartigkeit in sieben Gruppen eingeteilt, sie werden mit Hepatitis A, B, C, D, E, F und G bezeichnet.

Hepatitis A und E

Infektionsverlauf

Sowohl die Hepatitis A, als auch die Hepatitis E werden in der Regel vollständig ausgeheilt, nachdem eine 3 bis 6 wöchige akute Infektionsphase abgeschlossen ist. Die Hepatitis A und E verlaufen also nicht chronisch. (DAH 2001 S.18)

Die Infektionsphase kann asymptomatisch⁵³ verlaufen. Es kann aber auch zu einem milden oder ausgeprägten Verlauf der Infektionsphase kommen. Der milde Verlauf wird von leichten grippeähnlichen Symptomen bestimmt und

⁵³asymptomatisch: die infizierte Person verspürt keine Veränderungen im Wohlempfinden

kann mit Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz und Übelkeit einhergehen. (DAH 2003 S. 25) Der ausgeprägte Verlauf wird von heftigeren Beschwerden begleitet. Fieber, Erbrechen, Durchfall und Schmerzen im Oberbauch sowie Symptome der Gelbsucht (dunkler Urin, heller Stuhl, Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten) sind hier typische Symptome. (DAH 2001 S. 14) In Ausnahmefällen (<0,1%) kommt es zu einem akuten Leberversagen. In der Regel ist die Krankheit nach einigen Wochen überstanden und der Virusträger ein Leben lang immun. Die Infektiösität⁵⁴ bleibt nach abklingen der Symptome noch einige Wochen erhalten. (ebd.)

Übertragungswege

Übertragen werden Hepatitis A- und E-Viren vor allem über ausgeschiedenen Stuhl (Kot). Unsaubere Toiletten, verunreinigtes Trinkwasser und Nahrungsmittel können daher Übertragungsmöglichkeiten der fäkal-oral-Infektion sein. Ungewaschene Hände nach dem Toilettengang oder anale Sexualpraktiken stellen im privaten Bereich die häufigsten Übertragungswege. Auch die Übertragung über direkten Blut-Blut-Kontakt ist möglich. Daher sind intravenös konsumierende Drogengebraucher besonders gefährdet. Das an der Injektionsnadel anhaftende Blut kann bei der Weitergabe der Nadel an andere Konsumenten übertragen werden.

Hepatitis B und D

Infektionsverlauf

Bei Menschen mit einem intakten Immunsystem kann eine Hepatitis B-Infektion in 90-95% der Fälle ausgeheilt werden, das heißt es kommt nach der akuten Phase nicht zum chronischen Verlauf. Anschließend besteht eine lebenslange Immunität gegen Hep-B-Viren. (DAH 2001 S.14) Bei Drogengebrauchern wird eine Hepatitis B-Infektion jedoch nur in ca. 75% der Fälle ausgeheilt, da hier häufig das Immunsystem durch HIV-Infektionen, unzureichende Ernährung o.a. zusätzlich geschwächt ist. (ebd.)

Die Infektion mit dem Hepatitis D-Virus ist nur möglich, wenn bereits eine Hep-B-Infektion vorliegt. Der Verlauf der Hep-D-Infektion ist davon abhängig, ob bereits eine chronische Hepatitis B vorliegt oder das Immunsystem bereits durch eine HIV-Infektion angegriffen ist. In beiden Fällen führt die Hepatitis D

⁵⁴Infektiösität: Gefahr andere Menschen zu infizieren

häufiger zu einer chronischen Leberentzündung, die mit einer Zirrhose⁵⁵ endet. Hep-D kann also nur als Koinfektion von Hep-B erfolgen. (DAH 2003 S. 46)

Der Verlauf der akuten Infektionsphase einer Hepatitis B-Infektion bzw. einer Hep-D-Koinfektion gleicht in der Symptomatik der Hepatitis A und E mit grippeähnlichen Beschwerden in milder oder ausgeprägter Form. Auch hier beträgt die akute Infektionsphase drei bis sechs Wochen. (DAH 2001 S.12ff)

Eine chronische Hepatitis B⁵⁶ kann asymptomatisch verlaufen, es kann jedoch auch zu ernsthaften Einschränkungen der Leberfunktionen sowie einer krankhaften Vermehrung des Bindegewebes (Fibrose) kommen. Bis zu 30% aller chronischen Hepatitis B-Infektionen enden mit dem vorzeitigen Tod durch eine Leberzirrhose oder Leberkrebs.

Die chronische Hepatitis B führt dazu, dass die Hep-D bei einer Koinfektion ebenfalls in 90% der Fälle chronisch verläuft. Liegt nur eine akute Infektionsphase der Hepatitis B-Viren vor, die noch nicht chronisch ist, kann auch die Hep-D-Infektion nach einer akuten Phase abgeschlossen sein. (ebd.)

Übertragungswege

Hepatitis B wird über alle Körperflüssigkeiten außer Schweiß (Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit, Speichel und Stuhl) vom Virusträger ausgeschieden. Außerhalb des Körpers ist das Virus noch einige Zeit überlebensfähig. Der Hep-B-Virus ist damit einfacher zu übertragen als HIV oder andere Hepatiten und damit für intravenös drogengebrauchende Menschen besonders gefährlich. Hepatitis D hingegen ist nur über direkten Blutkontakt zu übertragen und für den menschlichen Organismus nur bei einer bereits existierenden Hep-B-Infektion gefährlich.

Hepatitis C

Infektionsverlauf

Bis zu 80% aller Hepatitis C-Infektionen verlaufen ohne jegliche Beschwerden. Bei akuten Infektionsphasen bilden 10% eine chronische Leberentzündung, die mit dem Schrumpfen der Leber und anschließendem Leberversagen einhergehen kann. (DAH 2003 S.40)

⁵⁵Zirrhose = Schrumpfung der Leber als Folge einer langjährigen chronischen Leberentzündung

⁵⁶bei ca. 25% der drogengebrauchenden Hep B-Infizierten chronischer Verlauf

Die Dauer der akuten Infektionsphase beträgt bei HCV⁵⁷ nicht nur einige Wochen, wie bei den anderen Hepatiten, sondern dauert bis zu sechs Monaten. (ebd.) Die Symptome gleichen denen der anderen Hepatitis-Infektionen, Beschwerden wie Niedergeschlagenheit und Leistungsschwäche sind hier besonders markant. (DAH 2001 S.14) Für Drogengebraucher ist es ohne Test schwer zu erkennen, dass die Symptome der HCV-Infektion und nicht der Drogenwirkung zu zuschreiben sind. Das unwissentliche Weitergeben des Virus ist daher leicht möglich.

Der chronische Verlauf ist ebenso wie bei der Hep B-Infektion mit einer Veränderung der Bindegewebsstruktur sowie einer Leberzirrhose verbunden. In seltenen Fällen richtet sich das Immunsystem gegen das körpereigene Gewebe. Schilddrüse, Nieren und Blutgefäße können dadurch angegriffen werden. Eine zusätzliche oder bereits bestehende HIV-Infektion unterstützt den chronischen Verlauf der Hepatitis C durch die Zerstörung der notwendigen Helferzellen. Auch andere immunschwächende Faktoren spielen beim chronischen Verlauf der Hepatitis im Allgemeinen eine wesentliche Rolle. (DAH 2003 S.40f.)

Übertragungswege

HCV wird hauptsächlich über Blut übertragen, in anderen Körperflüssigkeiten ist die Konzentration des Virus sehr gering. Bei sexuellen Kontakten besteht dennoch die Gefahr über minimale Risse in der Schleimhaut eine Infektion zu übertragen. Wegen der enormen Überlebensfähigkeit außerhalb des Körpers ist die Infektion über getrocknete Blutreste noch eine Woche lang möglich. (DAH 2001 S.12)

Hepatitis F und G

Die Viren Hepatitis F und Hepatitis G sind zwar in der Virologie bekannt, jedoch wurden noch keine Symptome erkannt, die auf die Viruslast im menschlichen Körper zurückzuführen sind. Aufgrund dieser nicht erkennbaren Auswirkungen auf die Lebensqualität von Virusträgern, soll hier auf weitere Erläuterungen verzichtet werden.⁵⁸

⁵⁷HCV = **H**epatitis **C**-Virus

⁵⁸mehr dazu bei DAH 2003 S.50

e) **Epidemiologie unter Drogengebern**

HIV/AIDS

Seit 1987 gibt es in Deutschland eine Labormeldepflicht für positiv bestätigte HIV-Testergebnisse. Wegen der völligen Anonymität der Testpersonen kam es jedoch zu Mehrfachregistrierungen, so dass ab 1993 ein Vermerk über Erst- oder Wiederholungsdiagnose hinzukam. (MARCUS 2004 S.53f.) Im Zeitraum von 1993 bis 2001 wurden in Deutschland 18.429 Erstdiagnosen einer HIV-Infektion registriert, ca. 10,4% der registrierten Fälle sind durch intravenösen Drogenkonsum übertragen worden. (ebd. S.60f.) Zu bemerken sei an dieser Stelle, dass ca. 14% aller erstdiagnostizierten HIV-Fälle im Ausland infiziert wurden und ca. 25% der Übertragungswege nicht bekannt sind. Der weitaus höchste Anteil der bekannten Erstdiagnosen (ca. 37%) wird auf homosexuelle Praktiken unter Männern zurückgeführt. (ebd. S. 61) Die Infektionsraten zeigen, dass Drogenkonsum in Deutschland nicht als die hauptsächliche HIV-Infektionsquelle zu bewerten ist. Zuzuschreiben ist dieser Erfolg unter anderem den nachhaltig wirksamen Präventionsangeboten der Drogen- und Aidshilfen, die seit Bekannt werden des HI-Virus und der Erkenntnis über die Übertragungswege entstanden sind.

Hepatitis

A: Etwa die Hälfte aller Lebererkrankungen in Deutschland sind auf eine Hepatitis A-Infektion zurückzuführen. (DAH 2003 S.22) Jährlich werden ca. 50.000 Neuinfektionen registriert. (ebd.) Da die Hep-A niemals chronisch verläuft, ist die Infektion nach einigen Wochen ausgeheilt. Der Anteil der Personen in der Allgemeinbevölkerung, der bisher eine Hep-A ausgeheilt hat, wird mit 5% angegeben. (ebd.) Unter Drogengebern wird der Anteil der akuten oder durchgestandenen Hepatitis A-Infektionen mit bis zu 80% angegeben. (DAH 2001 S.12) Unhygienische Lebensumstände zur Unterstützung der ‚fäkal-oral‘-Übertragung und geringe Impfzeiten unter Drogenkonsumenten sind als Ursache der hohen Infektionsrate zu sehen.

B: Hepatitis B wird für 30% aller Lebererkrankungen verantwortlich gemacht. (MAY 1998 S.9) Tödlicher Leberkrebs wird in 80% aller Fälle durch eine chronische Hep-B-Infektion ausgelöst. (ebd.) In der Allgemeinbevölkerung leiden ca. 0,6% an einer chronischen Hepatitis B, wohingegen

6% der Bevölkerung als Virusträger bekannt sind. (DAH 2003 S.26) In der Gruppe der Drogenkonsumenten geht man nach vereinzelt Studien von über 50% bis hin zu 90% Hepatitis B-Infektionen aus. (MAY 1998 S.11) Der chronische Verlauf wird bei Drogenkonsumenten häufig durch eine bestehende HIV-Infektion unterstützt. Dennoch ist eine chronische Hepatitis B relativ selten unter Drogengebrauchern. (LEICHT/STÖVER S.1) Der hohe Anteil der akuten Hep-B-Fälle unter Drogengebrauchern ist auf die geringe Impfquote und den Gebrauch unsteriler Utensilien (Filter, Löffel, Spritze) zurückzuführen. (ebd.) Hier besteht ein großer Bedarf an Informationen über Impfmöglichkeiten und die Bedeutung hygienischer Konsum- und Lebensbedingungen.

C: In Deutschland werden ca. 10% aller Lebererkrankungen auf eine Hepatitis C-Infektion zurückgeführt. (ROBERT KOCH-INSTITUT S.5) Etwa 0,6% der Allgemeinbevölkerung von Deutschland ist mit HCV infiziert. (ebd. S.8) Ein chronischer Verlauf ist häufig der Fall (70-80%). In ca. 60% aller HCV-Infektionen ist intravenöser Drogenkonsum als Ursache der Übertragung zu sehen. Entsprechend sind ca. 80% aller Drogenkonsumenten HCV-positiv, von denen wiederum 80% an einer chronischen Hepatitis C erkranken. (ebd.) Die Tatsache, dass HCV sehr resistent ist und damit eine Infektion leicht zu übertragen ist und der Umstand, dass es keinen Impfschutz gibt, sorgen für hohe Infektionsraten unter Drogenkonsumenten. Um ein Risikobewusstsein gegenüber Hepatitis C-Viren aufzubauen, ist es daher wichtig die Entwicklung des so genannten ‚Blutbewusstseins‘⁵⁹ zu unterstützen. Gemeint ist damit möglichst viele Übertragungswege im Alltag der Lebenswelt von Konsumenten zu erkennen, diese zu thematisieren und dadurch Aufmerksamkeit in alltäglichen Lebenssituationen (Körperhygiene, sexuelle Kontakte, intravenöser Drogenkonsum, blutverschmierte Gegenstände...) zu schaffen. Die hohe Rate der chronischen Verlaufsform der HCV-Infektion ist auf die mangelhafte Therapieeinbindung der Drogenkonsumenten zurückzuführen. Ursachen dafür sind nicht nur seitens der HCV-Infizierten zu erkennen, sondern auch auf der Seite des Hilfesystems. Die mangelnde Bereitschaft der niedergelassenen

⁵⁹vgl. dazu STÖVER 2004 ‚Hepatitis C – Prävention und psychosoziale Versorgung in Deutschland‘ in: AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.) 2004 S.48-60

Ärzte führt hier zu einem großen Behandlungsdefizit.⁶⁰ Unterstützende Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe ist hier notwendig, um die Therapiebereitschaft auf beiden Seiten (Arzt und Konsument) zu stärken.

D: Hepatitis D tritt nur als Ko-Infektion einer Hep-B-Infektion auf. Etwa 5% der Hepatitis B-Infizierten in Deutschland sind auch Hep-D-Träger. (DAH 2003 S.46) Aus der Gruppe der Drogenkonsumenten sind keine speziellen Untersuchungen bekannt. Es wird jedoch von einer sehr geringen Infektionsrate mit Hepatitis D ausgegangen. (DAH 2001 S.16)

E: Hepatitis E wird häufig durch Reisende aus südlichen Regionen der Erde mit nach Deutschland gebracht. Etwa 1% der Bevölkerung war bereits mit Hep-E infiziert. (DAH 2001 S.16) Die Infektion verläuft allerdings nie chronisch, stellt daher keine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit dar.

F&G: Der Hep-F-Erreger wird für die Gesundheit des Menschen als völlig irrelevant angesehen. (DAH 2003 S.50) Bei Hep-G ist der Zusammenhang mit Lebererkrankungen noch sehr umstritten. Bei Blutspendern wurde das Virus zunächst in 2% aller Fälle entdeckt. (ebd.)

f) Besonderheiten der Hepatitis C

Das Hepatitis C – Virus wurde erst 1988 entdeckt. (ROBERT KOCH-INSTITUT S. 5) Übertragungswege und Möglichkeiten zur Prävention mussten erst erforscht werden. Bis dahin konnte sich das Virus relativ ungehindert verbreiten. Zunächst ging man davon aus, dass präventive Maßnahmen gegen HIV (z.B. Verwenden einer eigenen sauberen Nadel) ausreichen, um auch Übertragungen mit HCV vorzubeugen. Hepatitis C ist allerdings wesentlich infektiöser und überlebensfähiger als HIV. Das Risiko einer Übertragung von HCV wird daher 15mal höher eingeschätzt als das Infektionsrisiko bei HIV. (LEICHT/STÖVER 2004 S.2) Während HIV innerhalb weniger Minuten an der Luft stirbt, ist HCV auch über eine Woche überlebensfähig. Hinzu kommt, dass zur Infektion mit Hepatitis C eine kleinere Blutmenge ausreicht, als bei der

⁶⁰vgl. dazu Götz 2004 , Therapie der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten' in AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.) 2004 S.36-41

Infektion mit HIV notwendig ist.⁶¹ (ebd.) Dies sind die Gründe, warum neben der Spritze auch alle anderen zur Drogenzubereitung notwendigen Utensilien als Virusträger in Frage kommen. Jeder dieser Gegenstände (Löffel, Filter, Wasser...) kann mit Blut in Kontakt kommen, so dass HCV weiter transportiert wird. Im Vergleich zur HIV-Übertragung kommen hier auch Hygieneartikel des täglichen Lebens (Zahnbürste, Nagelschere, Rasierer) als möglicher Virusträger in Betracht, da minimale Hautverletzungen ausreichen, um HCV zu übertragen.

2.1.3 Schutz vor Infektionen beim Drogengebrauch

Im Folgenden sollen die Möglichkeiten zur Vermeidung von den beschriebenen Begleiterkrankungen des Drogenkonsums vorgestellt werden. Es wird dabei deutlich, dass sehr viele Aspekte dazu gehören, um das Infektionsrisiko tatsächlich zu minimieren. Deshalb werden anschließend in Kapitel 2.2 die verschiedenen Konsumtechniken auf die Risiken einer Infektionsübertragung untersucht, um in Kapitel 2.3 entsprechende Safer Use –Regeln zum Schutz vor Infektionen beim intravenösen Drogenkonsum aufzuzeigen.

a) Impfschutz und Immunisierung

Einen Impfstoff gegen HIV gibt es bisher noch nicht, da das Virus sehr anpassungsfähig ist und relativ häufig seine Struktur verändert. Je nach Struktur werden verschiedene Helferzellen angegriffen. Daher ist eine erneute Infektion auch bei einer bereits bestehenden HIV-Infektion zusätzlich gesundheitsschädlich. Eine Immunisierung ist momentan also noch nicht möglich. (DAH 2004 S. 16)

Gegen Hepatitis-Viren gibt es nur einen eingeschränkten Impfschutz.

Eine Schutzimpfung mit entsprechenden Antikörpern ist nur gegen die Hepatitis A und B-Viren möglich. Da eine Hep-D-Infektion eine Infektion mit Hep-B voraussetzt, ist durch die Impfung auch ein Schutz gegen Hepatitis D gegeben. (DAH 2003 S.13f.)

Gegen Hep-E ist zwar keine Impfung möglich, jedoch geht von dieser Form nur eine geringe Gefahr aus, da eine Infektion nie chronisch wird. Eine

⁶¹HCV ist im Blut in einer höheren Konzentration vorhanden als HIV, daher ist in relativ wenig Blut genügend Viruslast vorhanden, um das Immunsystem zu überfordern und eine entsprechende Infektion hervorzurufen.

Immunisierung ist gegeben, nachdem eine akute Infektionsphase abgeschlossen ist. (DAH 2001 S.16)

Hepatitis C wurde erst 1989 entdeckt und es sind noch nicht alle einzelnen Bestandteile des Virus entschlüsselt. Daher konnte bisher noch kein Impfstoff entwickelt werden. (JES 2002 S. 15) Auch wenn die Infektion nicht chronisch wird, sondern nach einer akuten Phase abgeklungen ist, kann eine weitere gesundheitsgefährdende Infektion mit dem HC-Virus erfolgen. Eine Immunisierung ist hier also ebenso wie bei HIV nicht möglich. Hinzu kommt, dass Hepatitis C weitaus resistenter und dadurch leichter zu übertragen ist als HIV.

Gegen bakterielle Entzündungen geht in der Regel das Immunsystem vor, entstehen allerdings ganze Bakterienherde direkt in oder an einer Vene und ist der Körper zusätzlich durch erschwerende Lebensumstände geschwächt, reicht das Immunsystem nicht aus, um Infektionen vorzubeugen. Dies ist bei Drogenkonsumenten häufig der Fall, einerseits werden beim intravenösen Konsumvorgang mit unsterilen Utensilien Bakterien in die Blutbahn geleitet, andererseits ist das Immunsystem vom Leben auf der Straße sehr strapaziert, so dass Bakterien im Körper nur wenig entgegen gesetzt werden kann.

b) Verletzungen vermeiden

Um Eingangspforten für Bakterien, Viren und Pilze zu vermeiden, sollten Risse in Haut und Schleimhäuten vermieden werden. Schlechte Ernährung, unzureichende Körperpflege, umweltbedingte Stressfaktoren und bestehende Erkrankungen führen jedoch zu einer anfälligen Haut, die dazu neigt spröde und rissig zu sein. Für Drogengebraucher ist es ratsam andere als die intravenöse Konsumtechnik anzuwenden, da hier die meisten Krankheitserreger über die Einstichstelle direkt in die Blutbahn gelangen⁶². Generell wird empfohlen die Haut und besonders die Einstichstellen mit Cremes oder Gel zu pflegen und vor allem immer sauber zu halten.

⁶²vgl. dazu *Kapitel 2.2 Konsumtechniken und damit verbundene Risiken*

c) Hygieneregeln einhalten

Allgemein

In Blut, Speichel, Sperma etc. sind Krankheitserreger in sehr unterschiedlicher Konzentration vorhanden. Wegen ihrer guten Überlebensfähigkeit können Bakterien und Viren in verschiedenen Situationen des alltäglichen Lebens übertragen werden.

Gemeinsam benutzte Badezimmer und Toiletten, die Zubereitung von Speisen mit ungewaschenen Händen und verunreinigtem Wasser sowie sexuelle Kontakte können als Übertragungswege dienen. Das Einhalten allgemein üblicher Hygieneregeln⁶³ sowie die konsequente Anwendung von Kondomen können helfen diesen Gefahren aus dem Weg zu gehen.

Bezogen auf Drogenkonsum

Die Ansteckungsgefahr beim Drogengebrauch kann nur durch Einhalten entsprechender Gebrauchsregeln im Umgang mit der Droge und den zur Aufbereitung und zum Konsum notwendigen Utensilien verringert werden. Die Gefahr einer Übertragung von Viren, Bakterien und anderen Krankheitserregern, wie z. B. Pilzen, ist beim intravenösen Drogenkonsum auf drei Ebenen gegeben. Das größte Risiko ist mit dem so genannten NEEDLE-SHARING verbunden. Bluteiweißreste an der Nadel transportieren beim gemeinsamen Gebrauch Viren, Bakterien und Pilze direkt in die Blutbahn des anderen Konsumenten. (HEUDTLASS 2000 S. 140) Infektionen dieser Art können nur durch sterile Spritzbestecke verhindert werden. Spritzenvergabe und -tausch ist jedoch nur in vereinzelt Großstädten möglich. Eine 24h-Versorgung z.B. durch Automaten wird bisher nur vereinzelt ermöglicht. (ebd. S.112) Hinzu kommt, dass die bestehenden Angebote aufgrund ordnungspolitischer Maßnahmen teilweise nicht genutzt werden können.⁶⁴ Konsumenten wird daher empfohlen einen Spritzenvorrat anzulegen, um im Notfall unabhängig von den Öffnungszeiten saubere Spritzen zur Verfügung zu haben. (ZURHOLD 2002 S.59)

⁶³mehr dazu in Kapitel 2.3.1 g) Hygieneregeln - Blutbewusstsein

⁶⁴mehr dazu in Kapitel 1.3.1 b) Unhygienische Konsumbedingungen durch ordnungspolitische Verdrängung

Mit dem WORK-SHARING sind die meisten versteckten Risiken verbunden. Je nach Konsumtechnik sind verschiedene Hilfsmittel notwendig, um die Droge konsumieren zu können. (HEUDTLASS 2000 S.101ff) So wie bei der Zubereitung eines Salates verunreinigtes Wasser oder verschmutztes Salatbesteck Krankheiten übertragen kann, werden bei der Zubereitung von Drogen⁶⁵ durch Verwenden von unsterilen Utensilien Krankheitserreger übertragen. Vor allem beim intravenösen Konsum sind viele verschiedene Hilfsmittel notwendig, um die Injektion vorzubereiten. Ist nur einer dieser Gegenstände verunreinigt oder mit Blutspuren eines Virusträgers versehen, können Krankheitserreger in die Injektionslösung geraten. Gebrauchte Filter, schmutzige Löffel, verunreinigtes Wasser oder blutverschmierte Feuerzeuge⁶⁶ können hier als Träger von Krankheitserregern dienen. Auch ungewaschene Hände können die Utensilien und damit die Injektionslösung verunreinigen. (ebd. S.111ff)

Beim DRUG-SHARING wird die Droge in mehrere Konsumeinheiten geteilt und dabei durch die Anwendung unsaubere Hilfsmittel verunreinigt. Um das Heroin gerecht zu teilen, wird es als Injektionslösung vorbereitet und in eine Spritze aufgezogen. Anschließend wird es an Teilstrichen der Spritze abgemessen und in eine zweite Spritze verteilt. (ebd. S.141f.) Sind die Utensilien zur Vorbereitung nicht steril oder ist eine der beiden Spritzen verunreinigt, können Bakterien, Viren oder Pilze auf beide Konsumenten übertragen werden.

Es ist daher unbedingt notwendig, dass Drogengebraucher Kenntnisse über die Gefahren der einzelnen Praktiken⁶⁷ erlangen und Möglichkeiten zur Vermeidung dieser Risiken⁶⁸ aufgezeigt bekommen, um anschließend in der Lage zu sein selbstbestimmend, risikobewusst und schadensminimierend zu konsumieren.

2.2 Konsumtechniken und damit verbundene Risiken

Heroin und schon der Vorläufer Morphin wurden und werden auf verschiedene Weisen konsumiert. Bis zur Erfindung der Injektionsspritze wurden Opium und Morphin geraucht, gegessen oder getrunken. Heroin war

⁶⁵mehr zur Zubereitung von Drogen in Kapitel 2.2.1 a) Der Vorgang

⁶⁶mehr zu den Risiken im Umgang mit den einzelnen Utensilien in Kapitel 2.2.1 b) Die Utensilien und damit verbundene Risiken

⁶⁷vgl. dazu *Kapitel 2.2 Konsumtechniken und damit verbundene Risiken*

⁶⁸vgl. dazu *Kapitel 2.3.1 Safer Use - Regeln*

zunächst zu medizinischen Zwecken als Trinklösung (Hustensaft) oder Injektionslösung (Schmerzmedikation) in Umlauf. Auf der Straße wird Heroin meist als weißes oder bräunliches körnig-krümliges Pulver angeboten. Die Konsumenten wählen in der Regel die intravenöse Konsumform, um bei niedrigem Wirkstoffgehalt des Straßenheroins trotzdem eine Wirkung zu verspüren. Außerdem werden die folgenden Konsumtechniken angewandt:

- - Inhalieren/Rauchen einer Folie
- - Sniefen/Nasal

Andere, jedoch seltener angewandte Konsumtechniken sind:

- - Anal/Rektalinjektion
- - Subcutane/Intramuskuläre Injektion

Es wird im Folgenden aufgezeigt, welche Übertragungsrisiken mit den einzelnen Konsumtechniken verbunden sind und wie sich davor geschützt werden kann. Die Übertragung von Krankheitserregern wird besonders bei Injektionen in Venen, Haut und Gewebe unterstützt. Die Konsumtechniken der Analinjektion, des Inhalierens oder des ‚durch die Nase ziehen‘ sollen hier als weniger gesundheitsschädigende Varianten vorgestellt werden.

2.2.1 Intravenöse Injektion

Die Konzentration und Synthetisierung des Wirkstoffes Morphinum wurde im 19. Jahrhundert in Deutschland von der Erfindung der einfach zu handhabenden Injektionsspritze begleitet. Durch die schnellere und stärker zu spürende Wirkung beim intravenösen Konsum, verbreitete sich der intravenöse Gebrauch von Morphinum und später Heroin als Schmerzmittel. Mit dieser Konsumtechnik konnte durch die Heftigkeit der Injektion auch die euphorische Wirkung verstärkt werden.

a) Der Vorgang

Straßenheroin hat einen Reinheitsgrad von 5-30%. Das bedeutet, dass 70-95% andere Substanzen enthalten sind, die teilweise erhebliche gesundheitliche Schäden verursachen können, vor allem wenn sie direkt in die Blutbahn transportiert werden. Diese Substanzen sind zum Beispiel: Milchzucker, Mehl, Gips, Koffein, Chinin, Paracetamol u.a.

Das pulvrige Straßenheroin wird incl. aller sonstigen Substanzen mit Wasser und Ascorbinsäure auf einem Löffel innerhalb weniger Sekunden aufgekocht.

Dadurch entsteht eine injizierbare Flüssigkeit, die durch einen Filter in eine Spritze aufgezogen wird. Der Filter sortiert dabei jedoch nur grobkörnige Verunreinigungen heraus, nicht aber Viren, Bakterien oder sonstige gesundheitsschädliche Substanzen. Der Blutfluss an der gewählten Einstichstelle wird mit einem Gurt gestoppt und die Flüssigkeit, mit bis zu 95% unerwünschten Beimengungen, wird direkt in den Blutkreislauf injiziert.

Trotz verschiedener, unkalkulierbarer, gesundheitlicher Risiken überwiegen bei schlechter Qualität des Straßenheroins die Vorzüge des direkteren und intensiveren Rauscherlebnisses, die bei mit der Intravenösen Injektion verbunden sind. Vereinzelt wird bei sehr schlechter Qualität nur der Schmerz der Entzugserscheinungen gelindert, nicht aber die Euphorie erreicht. Es kommt auch vor, dass die Qualität unerwartet hoch ist, dann steigt die Gefahr einer Überdosierung, obwohl die scheinbar gleiche Menge konsumiert wird. (EBERT 2003. HEUDTLASS 2000, S. 111. PÜSCHEL/IWERSEN-BERGMANN 2000, S. 69f. ZURHOLD 2002, S. 9.)

b) Die Utensilien und damit verbundene Risiken

Die Intravenöse Injektion wird durch verschiedene Schritte vorbereitet, zu denen verschiedene Utensilien benötigt werden. Diese Utensilien sind:

- Heroin
- Wasser
- Ascorbinsäure
- Löffel
- Filter
- Spritze
- Staugurt
- Desinfektionsmittel

In der Folge der einzelnen Schritte zur Vorbereitung der Injektion werden die Utensilien kurz beschrieben.

Heroin

Das Pulver, welches auf der Straße als Heroin verkauft wird, weist in Deutschland einen sehr geringen Reinheitsgrad nach. Ein großer Anteil des Pulvers wird auf dem langen Weg zum Endverbraucher von vielen

verschiedenen Personen hinzugefügt. Daher ist es für den Konsumenten unmöglich alle Bestandteile des so genannten Heroins zu kennen.

Beim Intravenösen Konsum werden alle in Wasser oder Ascorbinsäure löslichen Substanzen direkt in die Blutbahn transportiert. Verschmutzungen, Krankheitserreger oder andere giftige Substanzen werden ungehindert und direkt vom Blutkreislauf aufgenommen.

In folge dessen können Infektionskrankheiten, Abszesse, Embolien oder Infarkte entstehen. Giftige Beimengungen können auch zum sofortigen Tod des Konsumenten führen.

Verschiedene Substitutionsmittel wie Methadon oder Subutex werden deshalb angeboten. Hier sind alle Inhaltsstoffe sowohl bekannt, als auch steril und medizinisch erprobt. Aus verschiedenen Gründen werden nicht alle Drogenkonsumenten von diesem Angebot erreicht, so dass weiterhin unsauberes Straßenheroin konsumiert wird.

Wasser

Das pulvrige Heroin muss mit 1-2 ml Wasser vermischt werden, damit es flüssig und injizierbar wird. Reines Heroin löst sich ohne weitere Hilfsmittel vollständig in Wasser auf.

Ebenso wie das Heroin wird das Wasser direkt in die Blutbahn injiziert. Entsprechend ist auch hier Vorsicht geboten, da sich in Wasser sehr schnell Keime und sonstige Krankheitserreger bilden. Nicht immer hat jeder Heroinkonsument überall eine Einweg-Ampulle mit Kochsalzlösung dabei. Im günstigen Fall kann frisches Wasser aus einer fließenden Leitung verwendet werden. Stilles Mineralwasser aus einer frisch geöffneten Flasche ist ebenso brauchbar. Häufig kommt es aber vor, dass diese Mittel nicht zur Verfügung stehen, daher wird in Notfällen auch Regenwasser oder Toilettenwasser benutzt. Das gemeinschaftliche Benutzen von scheinbar sauberem Wasser kann die Übertragung von Krankheitserregern unter den einzelnen Konsumenten bewirken. Infektionskrankheiten können somit problemlos übertragen werden.

Ascorbinsäure

Die Beschaffenheit des Straßenheroins macht die Beimengung von Ascorbinsäure zum Aufkochen der injizierbaren Flüssigkeit notwendig. Eine

Messerspitze voll Ascorbinsäure ist zur Aufbereitung einer injizierbaren Portion notwendig. In Apotheken, Drogerien oder Drogenhilfseinrichtungen werden Packungen mit bis zu 50 g vergeben bzw. verkauft. Ist Ascorbinsäure nicht verfügbar wird alternativ Weinessig oder Zitronensaft bzw. -konzentrat verwendet.

Die Risiken beim Einsatz der Säuren zum Aufkochen des Heroins sind vielseitig. Die Venen sowie das Gewebe um die Einstichstelle können sehr gereizt auf die Säure reagieren, vom brennenden Schmerz bis hin zum Absterben des Gewebes können die Reaktionen reichen. Bei Zitronensaft kommt hinzu, dass Fasern der Frucht ins Blut geraten können und somit Verstopfungen verursacht werden. Je nach Aufbewahrung und Lagerung der Säure können auch hier Krankheitserreger wie Pilze, Bakterien etc. übertragen werden.

Löffel

Das Heroin wird mit dem Wasser und der Ascorbinsäure auf einem Löffel aufgekocht. Durch das Aufkochen werden Anhaftungen des Löffels gelöst und vermengen sich dadurch mit der Injektionslösung, die anschließend in die Blutbahn gespritzt wird. Damit das Risiko des Übertragens von Viren, Bakterien oder Pilzen verhindert wird, sollte der Löffel immer desinfiziert werden. Auch ein sauberer Löffel kann beim Aufziehen der Flüssigkeit mit einer Nadel durch Anhaftungen der Nadel verunreinigt werden.

Filter

Filter werden zum Aufziehen der Injektionsflüssigkeit verwendet, damit grobe Verunreinigungen und nicht aufgelöste Bestandteile nicht mit konsumiert werden. Diese könnten zum einen die Nadel, zum anderen auch die Blutgefäße verstopfen oder von innen verletzen. Wird auf Filter verzichtet, steigt also die Gefahr ernsthafter Verletzungen, die zu lebensbedrohlichen Entzündungen oder Gefäßverstopfungen führen können.

Am besten geeignet sind unbenutzte Zigarettenfilter. Im Vergleich zu Watte sind diese nicht fasrig. Filter von Mentholzigaretten oder gerauchte Zigarettenfilter haben zu viele Schadstoffe, die in die Injektionsflüssigkeit geraten könnten. Filter, die bereits zur Vorbereitung einer Injektion benutzt wurden, werden häufig mehrmals benutzt oder aufbewahrt, um später das

wenige Heroin, welches im Filter zurück geblieben ist heraus zu kochen. Während der Aufbewahrung der Filter können sich Keime, Bakterien und Pilze in und auf diesen Filtern sammeln und vermehren, so dass mit dieser Variante sehr viele Risiken verbunden sind.

Spritze

Die Spritze ist das wichtigste durch nichts zu ersetzende Utensil beim Intravenösen Heroinkonsum. Zunächst gilt auch hier, dass beim gemeinsamen Verwenden der Spritze, noch mehr als beim Teilen der bisher beschriebenen Utensilien, ein erhöhtes Risiko des Übertragens verschiedener Infektionskrankheiten besteht. Die Blutrückstände an der Nadel und in der Spritze können Viren, Bakterien und Pilze an den folgenden Gebraucher weiter geben.

Die in Deutschland verwendeten Spritzen zeigen vereinzelte Unterschiede, mit denen wiederum verschiedene Risiken für den Nutzer verbunden sind. Sowohl die Spritzen als auch die Nadeln können unterschiedlich beschaffen sein. Grundsätzlich unterscheidet man ein- und zweiteilige Spritzen.

Die Nadel ist der Teil, der direkt in die Blutbahn geführt wird. Damit sind besonders viele Risiken verbunden. Unsterile Nadeln geraten in direkten Kontakt mit Blut und verursachen Infektionen oder Abszesse. Neben den hygienischen Aspekten geht von Nadeln auch ein Verletzungsrisiko aus. Die Länge, der Durchmesser, die Härte und der Schliff können sehr stark variieren, so dass verschiedene Probleme auftreten können.

Vielerorts besteht unter Konsumenten beispielsweise der Irrglaube, dass kurze, weiche Insulinnadeln besser für den Intravenösen Konsum geeignet sind. (HEUDTLASS 2000, S. 113. ZURHOLD 2002, S. 59) In meinem Praktikum in der 'Alternativen Drogenhilfe' zeigte mir eine Klientin ihre Armbeugen, diese hatten lange tiefe Wunden, da sie eigenhändig abgebrochene Insulinnadeln entfernt hatte. Beobachtungen haben gezeigt, je länger, dicker und schärfer die Nadel ist, umso weniger Kratzer, Blutergüsse und Venenrisse sind zu erwarten. Das mehrfache Benutzen einer Nadel stumpft diese ab, so dass die Venen und das Gewebe beschädigt werden können. Eine Schweizer Studie hat ergeben, dass Konsumenten aus diesem Grund öfter die Nadel erneuern, als die Spritze. Beide Utensilien werden jedoch nur von ca. 50% vor oder nach jedem Gebrauch gereinigt. (van KNONAU 1999, S. 44)

Staugurt

Der Staugurt dient dem Auffinden der Venen. Es ist eine Intravenöse Injektion, die vorbereitet werden soll, daher soll nicht die Arterie getroffen werden.

Durch an Anlegen des Gurtes am Oberarm treten die Venen auf dem Arm deutlicher hervor. Damit wird das Finden einer geeigneten Einstichstelle erleichtert. Als Staugurt werden verschiedene Dinge verwendet. Wenn der Gurt sich nicht von selbst löst (z.B. fest verknoteter Strumpf), kann das Blut nach einer Injektion zu lange gestaut bleiben, so dass entsprechende Komplikationen auftreten. Ist der Gurt nicht breit genug, sondern z.B. nur ein Strick besteht die Gefahr tiefer liegende Gefäße abzubinden, so dass es dort zu Stauungen oder Quetschungen kommen kann. Bis hin zu amputierten Armen können die Folgen reichen. Der Staugurt muss möglichst einfach zu lösen sein, so dass ein Ende mit den Zähnen gehalten werden kann. Bei Wirkungseintritt direkt nach der Injektion entspannt sich unter anderem die Kaumuskulatur, so dass der Gurt gelockert wird.

Es gibt Situationen, in denen der Staugurt nicht angelegt werden kann, um eine Vene zu finden. Dies ist der Fall, wenn die Einstichstellen an Armen und Beinen vorläufig nicht nutzbar sind und daher die Hals- und Leistengegend gewählt wird. In diesen Körperregionen ist ein Stauen der Blutzirkulation zum Zwecke des Findens einer Vene unmöglich. Hinzu kommt, dass hier sehr enge Verläufe und Überlagerungen von Venen, Arterien und Nervensträngen vorhanden sind, so dass das Treffen einer Vene zusätzlich erschwert wird.

Desinfektionsmittel

Auch wenn alle Utensilien steril sind und richtig verwendet werden, besteht der Bedarf an Desinfektionsmitteln in Zusammenhang mit der Intravenösen Injektion von Heroin. Vor allem die eigenen Hände als auch die Haut an der Einstichstelle müssen sauber sein. Die Hände können mit Wasser und Seife gereinigt werden. Für die Einstichstelle sollte jedoch ein hautverträgliches Desinfektionsmittel oder wenigstens ein Alkoholpad verwendet werden.

Sind die einzelnen Utensilien nicht neu aus einer sterilen Verpackung, wird es auch hier notwendig entsprechend zu desinfizieren. Das Feuerzeug zum Aufkochen des Heroins oder die Unterlage, auf der alles vorbereitet wird können ebenfalls keimbehaftet sein. Sowohl chemische Desinfektionsmittel,

als auch kochendes Wasser werden zur Reinigung der Utensilien genutzt. In deren Anwendung werden jedoch Fehler begangen. Die kurze Dauer und unzureichende Intensität der Desinfektion oder die unhygienische Umgebung wirken teilweise dem Erfolg entgegen.

Nahezu alle Heroinkonsumenten injizieren regelmäßig oder gelegentlich mit anderen Konsumenten in der Gruppe. Dabei werden häufig verschiedene oder alle Utensilien gemeinsam benutzt. Selten kennt jeder Beteiligte die Krankheitsakte des anderen, so dass hier ein hohes Risiko besteht Infektionen zu übertragen. Alle Utensilien, die mit Körperflüssigkeiten (Speichel, Schweiß, Blut etc.) in Berührung kommen, können infektiöse Partikel enthalten, die bei der Intravenösen Injektion in die Blutbahn geraten können. Auch der mehrfache Gebrauch der eigenen Utensilien kann entsprechende Risiken mit sich bringen, wenn beispielsweise abgestandenes Wasser, alte Filter, stumpfe Spritzen, schmutzige Löffel, gammelige Zitronen oder einfach nur schmutzige Hände die Injektionsflüssigkeit verunreinigen und somit verschiedene Reaktionen des Organismus hervorrufen können. (HEUDTLASS 2000 S. 111-124; ZURHOLD 2002 S. 58-61)

2.2.2 Subcutane/Intramuskuläre Injektion

Bei geschädigten Venen und Abszessen kommt es vor, dass trotz anderer Methoden weiterhin gespritzt wird, auch wenn die Venen nicht mehr zugänglich sind. In diesen Fällen wird einfach unter die Haut (subcutan, s.c.) oder in das Muskelgewebe (intramuskulär, i.m.) gespritzt. Da das Gewebe durchblutet wird, kommt der Wirkstoff früher oder später über die Blutbahn ins Gehirn. Der Weg über das Muskelgewebe (i.m.) zeigt dabei schneller eine Wirkung als der Weg über das Bindegewebe (s.c.).

Beide Gewebsarten reagieren sehr empfindlich auf Verunreinigungen durch schädliche Beimengungen in der Heroinaufbereitung. Abszesse und Entzündungen, die vom Muskel auch auf den Knochen übergehen können, sind Folgen dieser Verunreinigungen. Die geringe Wirkung im Vergleich mit den hohen Risiken lassen die subcutane und intramuskuläre Injektion als die am wenigsten geeignete, aber trotzdem praktizierte Variante erscheinen. (HEUDTLASS 2000, S 131-135)

2.2.3 Inhalieren/Rauchen einer Folie

Diese Konsumform hat ihren Ursprung vor allem in China, dort wurde das Rauchen in spirituelle Rituale eingebunden. In den 70ern des 20. Jahrhunderts kam diese Methode über Holland nach Europa, konnte sich bei immer schlechter werdender Qualität des Straßenheroins jedoch nicht durchsetzen. (HEUDTLASS 2000 S. 102) Eine niederländische Studie hat ergeben, dass 24 bis 67% des Wirkstoffs Heroin beim Erhitzen verloren geht. (ebd. S.106) Damit der ohnehin geringe Wirkstoffgehalt im Straßenheroin überhaupt eine Wirkung entfalten kann, wird in vielen Fällen doch zur Spritze gegriffen. Wenn der Körper an Einstichstellen und Venen für eine gewisse Zeit geschont werden soll oder um gezielt die Wirkung zu reduzieren, kann diese Methode eine entsprechende Alternative aufzeigen. (ebd. S. 104)

a) Der Vorgang

Beim Rauchen einer Folie wird das pulvrige oder klumpige Heroin auf einer Alufolie erhitzt. Diese Folie ist ein länglicher Streifen, der in der Mitte gefaltet wird, so dass eine längliche Rille als Laufbahn entsteht. Das Erhitzen der Folie verflüssigt das Heroin, so dass es auf der Folie entlang laufen kann, es beginnt schnell zu verdampfen. Der Dampf wird über ein Röhrchen tief eingeatmet und inhaliert. (EBERT 2003)

b) Vergleich der Risiken gegenüber der Intravenösen Injektion

Im Gegensatz zum Intravenösen Konsum werden beim Inhalieren keinerlei Schadstoffe ungehindert in die Blutbahn geleitet. Der Rauch wird zunächst in der Lunge gefiltert und geht dort über den Gasaustausch in die Blutbahn und wird zum Gehirn transportiert. (ZURHOLD 2002 S. 9) Damit sind verschiedene Gefäßverletzungen ausgeschlossen. Eine Infektion mit dem HIV-Virus ist auf diesem Wege nicht möglich. Hygienische Umstände spielen hier gegenüber dem Intravenösen Konsum eine unter geordnete Rolle. Die Belastung der Lunge geht über Bronchialbeschwerden nicht hinaus. Das bedeutet eine erhöhte Schleimproduktion. (ZURHOLD 2002 S.10) Wegen der Heroinwirkung wird der Hustenreiz jedoch nur vermindert wahrgenommen. Im Extremfall können die Lungen durch die Ablagerungen des Rauches verkleben. Im Vergleich zu Blutvergiftungen, Venenentzündungen und Embolien ist das jedoch ein kalkulierbares Risiko. Die Übertragung von Hepatitis C kann auf

diesem Wege aber nicht verhindert werden, solange das Röhrchen zum Inhalieren gemeinschaftlich benutzt wird. Dennoch ist diese Methode weniger riskant einzustufen als der Intravenöse Konsum.

2.2.4 Sniefen/Nasal

Mit Sniefen⁶⁹ ist das Schnüffeln einer Substanz durch die Nase gemeint. Diese nasale Konsumform kann bei gasförmigen, festen oder flüssigen Substanzen gewählt werden. Heroin wird gewöhnlich als Pulver in fester Form konsumiert. (HEUDTLASS 2000 S. 102)

a) Der Vorgang

Das zumeist grobkörnige Straßenheroin wird zunächst auf einer festen Unterlage zu feinem Puder zerkleinert, damit die Nasenscheidewände nicht von großen Partikeln zerstört werden. Zum Zerkleinern werden Rasierklingen, Plastikkarten oder ähnliche Utensilien verwendet. Anschließend wird das pulvrige Heroin zu einer Linie zusammen geschoben. Mit einem Röhrchen wird das Pulver der Länge nach in ein Nasenloch gezogen, während das andere Nasenloch mit dem Finger zugehalten wird. Die feine Membran an den Schleimhäuten sorgt dafür, dass das Blut der Kapillaren an diesen Stellen den Wirkstoff direkt zum nahe gelegenen Gehirn transportieren kann. Nach ca. 5 bis 15 Minuten setzt die erste Wirkung ein. (ebd.)

b) Vergleich der Risiken gegenüber der Intravenösen Injektion

Im Vergleich zur Intravenösen Injektion ist mit dem Sniefen ebenso wie mit dem Rauchen bzw. Inhalieren von Heroin ein weit aus geringeres Infektionsrisiko verbunden. Bevor die im Pulver enthaltenen Schadstoffe den Weg in das Blut passieren, werden von den Schleimhäuten viele Substanzen gefiltert und später über das Nase Putzen und Spülen entfernt. (ZURHOLD 2002 S. 21-22) Das trockene Pulver und vor allem gewisse Substanzen (z.B. Säuren) reizen die Schleimhäute und trocknen diese aus, so dass Risse entstehen können, über die wiederum Infektionen verursacht werden können. Ist die obere Kante des Röhrchens sehr scharf oder kantig können dadurch ebenso Verletzungen der Schleimhäute entstehen. (HEUDTLASS 2000 S. 102) Das gemeinsame Benutzen von Röhrchen ist auch ohne Verletzungen

⁶⁹sniefen: vom englischen ‚sniff‘ für ‚schnüffeln‘

gefährlich, da trotzdem die Möglichkeit der Übertragung von Viren besteht. Ist die Unterlage oder der Gegenstand zum Zerkleinern des Pulvers (z.B. Rasierklinge) verunreinigt, können auch auf diesem Weg Krankheitserreger übertragen werden. (ebd.)

2.2.5 Anal-/Rektal-Injektion

Selten angewendet aber sehr plausibel erscheint die Konsumtechnik der Analinjektion. Ohne Nadel wird das aufgezogene Heroin rektal in den After gespritzt.

Die Vorbereitungen der Analinjektion sind nahezu die gleichen wie bei der Intravenösen Injektion. Das Heroin wird mit Wasser und Säure auf einem Löffel aufgekocht. Die Flüssigkeit wird in eine Spritze ohne Nadel aufgezogen, die Nadel wird auch nicht später aufgesetzt. Die Öffnung der Spritze wird in die Afteröffnung hinein geschoben und das Heroin wird langsam hinein gedrückt. Der Schließmuskel sorgt dafür, dass nichts zurückläuft. Die gut durchbluteten Gefäße rings um den Schließmuskel nehmen den Wirkstoff über die dünnen Schleimhäute im After gut auf, so dass der Wirkstoff nach ca. 30 Sekunden vom Blut zum Gehirn transportiert ist und sich entfalten kann. (HEUDTLASS 1998 S. 106)

Auffallend ist, dass die Analinjektion ohne Nadel funktioniert. Im Gegensatz zur Intravenösen Injektion kommt hier kein direkter Kontakt zwischen verwendeten Utensilien, gespritzter Flüssigkeit und dem Blut zustande. Dadurch können Infektionen und Gefäßverletzungen vermieden werden. Diese Konsumform ist also eine Alternative zum Intravenösen Konsum, wenn keine sauber, nur stumpfe oder gar keine Nadel vorhanden ist. Dennoch ist auch hier Vorsicht geboten. Verschiedene Formen der Hepatitis können auch auf diesem Weg übertragen werden. Die Schleimhäute am Darmausgang sind sehr dünn und reißen schnell, dadurch besteht beim Einführen der Spritze eine Verletzungsgefahr. Diese Risse können gerade am Schließmuskel zu unangenehmen Entzündungen führen. (HEUDTLASS 2000 S.136)

2.3 Safer Use / Harm Reduction

In der Darstellung der einzelnen Konsumtechniken ist deutlich geworden, dass mit dem Gebrauch von Heroin verschiedene gesundheitliche Risiken verbunden sein können, wenn bestimmte Aspekte nicht beachtet werden. Die

Gefahr der Verbreitung von Infektionskrankheiten ist besonders beim Intravenösen Drogenkonsum gegeben, da hier der direkte Kontakt mit Blut unvermeidbar ist. Trotz dieses unvermeidbaren Kontaktes gibt es Verhaltensregeln, die bei Beachtung und Anwendung das Risiko der Übertragung von Viren und Bakterien enorm verringern können. Die Hintergründe und Bestandteile dieser Verhaltensregeln bilden die Grundlage für ‚Safer use‘-Botschaften. Damit sollen aktuellen Konsumenten Schutzmaßnahmen aufgezeigt werden, durch die sie selbst Risiken minimieren oder sogar ausschließen können.

2.3.1 ‚Safer use‘-Regeln

Die Inhalte der ‚Safer use‘-Regeln ergeben sich aus den Erkenntnissen über die Existenz der verschiedenen Begleiterkrankungen und der entsprechenden Übertragungswege. Ziel ist es, zusammenfassende Verhaltenstipps zu geben, um gesundheitsgefährdende Praktiken im Umgang mit Drogen zu vermeiden. Grundsätzlich gilt, dass Drogen immer in einer sauberen und ruhigen Umgebung konsumiert werden sollten, um Verletzungen und Unfälle zu verhindern. Die Inhalte der folgend aufgeführten ‚Safer use‘-Regeln ergeben sich aus den in dieser Arbeit bisher gewonnenen Erkenntnissen. Es gibt die verschiedensten Publikationen in denen diese ‚Safer use‘-Regeln thematisiert werden (vom einfachen Handzettel⁷⁰ bis hin zum mehrere hundert Seiten starken Fachbuch⁷¹). Hier beziehe ich mich auf die Veröffentlichungen von Jan-Hendrik HEUDTLASS⁷² sowie Heke ZURHOLD⁷³.

a) Konsum an öffentlichen Plätzen vermeiden

Der Konsum von Drogen an öffentlichen Plätzen (öff. Toiletten, Parks, Spielplätze, Hausflure etc.) ist für Konsumenten mit verschiedenen Risiken verbunden. Einerseits sind die hygienischen Bedingungen dieser Orte häufig sehr unzureichend (z.B. kein sauberes Wasser), andererseits besteht die

⁷⁰online-Versionen dieser Handzettel sind unter anderem zu finden bei: www.fixpunkt.org oder www.suchtzentrum.de

⁷¹vgl. dazu HEUDTLASS/STÖVER 2000 ‚Risikominimieren beim Drogengebrauch‘

⁷²HEUDTLASS 2000 ‚Safer Use – Gesundheitstipps für Drogengebraucher‘ in: HEUDTLASS/STÖVER 2000 ‚Risikominimieren beim Drogengebrauch‘ FH Verlag Ffm; HEUDTLASS/SAGRUDNY 2001 ‚Richtig spritzen leicht gemacht‘ in DAH 2001 (b) ‚Safer Use – Richtig spritzen leicht gemacht‘ Deutsche Aidshilfe e.V. Berlin

⁷³ZURHOLD 2002 ‚Safer-Use-Info zum i.v.Drogengebrauch‘ in: Drogen Konkret Indro e.V. Münster S. 58ff.

Gefahr ordnungspolitisch auffällig zu werden und aufgrund der Illegalität der Droge strafrechtlich verfolgt zu werden. Der Extremfall, ein Aufenthalt in einer Haftanstalt, hätte zur Folge, dass dort erst recht unhygienische Konsumbedingungen zu erwarten sind, da beispielsweise der Zugang zu sauberen Spritzen unmöglich ist.⁷⁴

Ein ruhiger und sauberer Konsumort im privaten Bereich oder in einem Konsumraum sind daher unbedingt empfehlenswert. Der Vorteil des Konsumraums liegt darin, dass hier stets alle Unterlagen und Utensilien steril sind und im Fall eines Notfalls immer medizinisch geschultes Personal anwesend ist. Die Nachteile liegen bei den eingeschränkten Öffnungszeiten, den begrenzten Zugangskriterien und der unzureichenden Angebotsstruktur im Bundesgebiet.⁷⁵

b) Impfschutz und Immunsystemaufbau

Verschiedene Schutzimpfungen können helfen bestimmten Infektionskrankheiten aus dem Weg zu gehen. Leider ist es nicht möglich gegen alle Infektionen eine Schutzimpfung zu erhalten, da diese noch nicht entwickelt sind. So ist es zum Beispiel nicht möglich sich gegen HIV oder Hepatitis C impfen zu lassen. Daher sind besonders beim Intravenösen Konsum von Drogen die sonstigen ‚Safer Use‘-Regeln unbedingt zu beachten. Die wichtigsten Impfungen, die ein Drogenkonsument haben sollte, sind die Tetanus-Schutzimpfung und die Hepatitis A- und B-Impfung. Dieser Impfschutz kann über die Krankenkasse abgerechnet werden, bei der Hepatitis-Impfung ist es jedoch empfehlenswert die Finanzierung kurz vor der Impfung bestätigen zu lassen. Vor allem, wenn bereits andere Erkrankungen oder Infektionen vorliegen, z.B. HIV/AIDS oder eine andere Hepatitisform, ist eine Impfung gegen Hep-A und B zur Stützung des Immunsystems unbedingt notwendig. In diesen Fällen empfiehlt sich auch eine medizinische Therapie zur Behandlung der HCV- der HIV-Infektion.

⁷⁴vgl. hierzu Untersuchungen unter Drogengebrauchern in Haftanstalten bei: JES 2002 S.14

⁷⁵vgl. hierzu KLEE 2004 ‚Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen‘; in STÖVER/KLEE 2004 S. 107-128

c) Konsumpausen einplanen

Eine Konsumpause kann aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein.

Bei länger anhaltendem regelmäßigem Konsum baut der Körper eine Toleranz gegenüber dem Wirkstoff der Droge auf, so dass eine Dosissteigerung die Folge ist. Wird der Konsum für einige Zeit minimiert, auf Rauchen bzw. Sniefen umgestellt oder gänzlich unterbrochen, wird die Toleranz wieder abgebaut. In der darauf folgenden Zeit ist dann weniger Heroin notwendig, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Somit werden Geldbeutel und Körper geschont und nebenbei ist noch mehr Geld für Lebensmittel übrig.

Es kommt vor, dass der Körper mit Abszessen und Vernarbungen förmlich übersäht ist, so dass nur eine schmerzhaft Injektion in geschädigte Venen oder Gewebe möglich ist. In diesen Situationen ist es unbedingt ratsam vorläufig auf den intravenösen Konsum zu verzichten. Eine generelle Pause für mehrere Tage sollte eingeplant werden, damit die Infektionsherde vorerst abheilen können, bevor dem Körper womöglich neue Krankheitserreger zugeführt werden. Ist der Verzicht auf die Droge nicht möglich, sollte zumindest eine schonendere Konsumform gewählt werden.

d) Drogennotfallverhalten

Drogennotfälle können am besten durch vorsichtiges Antesten des gekauften Heroins verhindert werden. Besonders nach Konsumpausen sollte weniger injiziert werden, als in der Zeit davor. Da der Körper einige Opiate abgebaut hat, sind die Rezeptoren frei und können ungehindert die Wirkung der gespritzten Substanz aufnehmen und die erwünschte euphorische Stimmung verursachen, obwohl weniger gespritzt wird als vor der Konsumpause.

Sollte ein Drogennotfall eintreten, ist es wichtig, dass der Konsument nicht alleine ist, so dass Erste-Hilfe-Maßnahmen durchgeführt werden können. Dafür ist es wichtig, dass die anwesenden Personen in der Lage sind die Notsituation richtig einzuschätzen und notwendige Kenntnisse in der Anwendung von lebensrettenden Maßnahmen (z.B. Mund-zu-Mund Beatmung, Herzmassage, Notruf senden) besitzen.⁷⁶ Der sicherste Ort ist dafür der Konsumraum von Drogenhilfseinrichtungen, da dort entsprechend ausgebildetes Personal anwesend ist.

⁷⁶vgl. dazu DAH 2001 (b) S. 42ff. ‚Was tun bei Notfällen‘

e) Konsumform

Die intravenöse Konsumform ist für den Konsumenten mit den meisten gesundheitlichen Risiken verbunden.⁷⁷ Gefäßprobleme, Abszesse und Thrombosen sind hier die häufigsten Begleiterscheinungen. Um diesen Gefahren zu begegnen wird empfohlen wenigstens in Phasen mit akuten Erkrankungen auf den intravenösen Konsum zu verzichten und in dieser Zeit das Heroin zu rauchen oder zu sniefen. Langfristig wird empfohlen den Konsum aus gesundheitserhaltenden Gründen komplett auf diese Gebrauchsformen umzustellen.

Die Analinjektion wird zwar vorgeschlagen (HEUDTLASS 2000 S. 106), jedoch habe ich bisher von keinem mir bekannten Sozialarbeiter in der Drogenhilfe oder Klienten in Praktika gehört, dass diese Methode tatsächlich angewandt wird. Auch in den mir bekannten Studien wurde diese Konsumform bisher nicht erwähnt.

f) Verletzungen vermeiden

Verletzungen an der Haut, dem Gewebe oder den Gefäßen haben verschiedene gesundheitliche Folgen. Damit unnötige Verletzungen dieser Art vermieden werden, ist die Qualität der Nadel entscheidend. Kurze und dünne Nadeln sind ungeeignet, da diese zu leicht abbrechen können. Lang und dünn ist besser, da hier nur ein kleiner Einstich entsteht und die lange, dünne Nadel sich dem Venenverlauf besser anpassen kann. Es sollte immer eine neue Nadel verwendet werden, da diese sehr scharf ist. Unscharfe Nadeln zerreißen Gewebe und Venen, anstatt einen sauberen Eintrittspunkt zu hinterlassen. Auch wenn die Nadel immer ausreichend desinfiziert wird, sollte sie nicht öfter als drei mal verwendet werden, da sie danach ebenso stumpf ist, wie z.B. eine Insulinnadel. Der Schliff der scharfen Nadel sollte bei der Injektion nach oben zeigen, damit die Nadel glatt in die Vene geht. Die Nadel sollte immer in Richtung Herz eingeführt werden, da es sonst zu einem Rückstau kommt, bei dem die Venenklappen beschädigt werden.

g) Einstichstelle sorgfältig auswählen

Wenn die Injektion als Konsumform gewählt wird, sollte den einzelnen Einstichstellen genügend Zeit zum Abheilen gegeben werden. Das heißt, dass

⁷⁷vgl. dazu *Kapitel 2.2.1 Intravenöse (i.v.) Injektion*

der nächste Einstich mindestens 2cm daneben liegen sollte, um sowohl das Gewebe, als auch die Venen zu schonen. Nicht an allen Körperstellen sind die Venen geeignet, um dort hinein zu stechen. Am Hals und in der Leistengegend zum Beispiel sind die Venen von sehr viel Arterien und Nerven umgeben, so dass hier ein ‚Fehltreffer‘ sehr wahrscheinlich ist. Hinzu kommt, dass die Venen dort sehr dünn sind und die Injektionsflüssigkeit zum Platzen der Gefäße führen kann. Bevor diese Regionen zur Injektion gewählt werden, sollte die weniger risikoreiche Konsumform des Rauchens oder Sniefens gewählt werden. Die Injektion in die Haut oder das Gewebe sollten generell vermieden werden, da hier noch mehr Abszesse entstehen als beim i.v.⁷⁸ Konsum. Das Spritzen in das Muskelgewebe z.B. am Oberschenkel ist jedoch der Injektion in Hals oder Leiste vorzuziehen, da entzündetes Muskelgewebe letztlich eher zu kurieren ist, als entzündete Nervenstränge. Wird tatsächlich in das Muskelgewebe gespritzt, sollte hier eine dickere Nadel verwendet werden, da eine dünne auf dem festen Gewebe abbrechen, aber nicht eindringen würde.

h) Hygiene - Blutbewusstsein

Wie die Beschreibung der i.v. Injektion in Kapitel 2.2.1 gezeigt hat, besteht bei der Verarbeitung des pulverförmigen Heroins zu einer injizierbaren Flüssigkeit ein sehr hohes Risiko, Viren und Bakterien ‚einzuschleusen‘. Infizierte Bluteiweißreste müssen nicht immer als Blutfleck zu erkennen seien, sondern können auch unsichtbar an Gegenständen haften oder in Wasser schwimmen. Besonders wegen der enormen Resistenz des Hepatitis C Virus ist es notwendig, dass ein so genanntes ‚Blutbewusstsein‘⁷⁹ entsteht. Gemeint ist damit jegliche Vermeidung von Blutkontakt, egal ob frisch oder getrocknet in Flüssigkeiten, Stoffen oder auf Oberflächen.

Hygiene im alltäglichen Leben

Auch wenn Konsumenten nicht auf der Strasse leben, sondern in einer Wohnung in einer Partnerschaft oder Wohngemeinschaft, sind bei der Körperhygiene bestimmte Dinge zu beachten. So sollten beispielsweise

⁷⁸i.v. = intravenös

⁷⁹vgl. dazu STÖVER ‚Hepatitis C – Prävention und psychosoziale Versorgung in Deutschland‘ in: AKZEPT e.v. et.al.(Hrsg.) 2004 ‚1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation‘ AKZEPT e.V., DAH, LaBAS; Berlin

Rasiermesser, Fieberthermometer, Zahnbürsten, Zahnstocher und Nagelscheren nicht mit anderen Personen gemeinsam benutzt werden, da auch hier minimale Verletzungen an Haut oder Schleimhaut Viren und Bakterien von einer Person zur nächsten übertragen werden können. Gebrauchte Monatshygieneartikel⁸⁰ auch Pflaster und andere mit Blut versehene Gegenstände müssen so entsorgt werden, dass kein weiterer Kontakt mit anderen Personen zu Stande kommt. Beim Tätowieren, Piercen oder bei einer Akupunktur müssen ebenso alle verwendeten Utensilien völlig steril sein, da auch hier Eintrittspforten für Bakterien und Viren entstehen. Bei der Zubereitung von Mahlzeiten muss wegen der fäkal-oral übertragbaren Krankheitserreger unbedingt auf mit Seife oder Spülmittel gewaschene Hände, gewaschene Zutaten und gewaschenes Kochgeschirr oder Salatbesteck geachtet werden.

Das Ansteckungsrisiko durch Geschlechtsverkehr kann durch die konsequente Anwendung von Kondomen verringert werden. Werden technische Hilfsmittel zur sexuellen Lustgewinnung verwendet⁸¹, gilt besondere Vorsicht, da hier ebenfalls ungewollt Infektionen übertragen werden können. Auch für andere Sexualpraktiken gibt es entsprechende Schutzmöglichkeiten⁸², welche hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden sollen.

⁸⁰Monatshygieneartikel = Binden oder Tampons

⁸¹z.B. ein Vibrator

⁸²vgl. dazu DAH ‚Safer Sex für Frauen, die anschaffen‘ sowie MARZADKO/SCHIFFER ‚Voll drauf und gut angeschafft – Hilfreiche Tipps für drogengebrauchende Stricher‘; beide Artikel in HEUDTLASS/STÖVER 2000 ‚Risiko minimieren beim Drogengebrauch‘, FH-Verlag Ffm, S. 313-319 u. 320-330

Hygienische Verhältnisse vor dem Konsum

Bevor mit den Vorbereitungen der Injektionslösung begonnen wird, sollten als erstes die Hände mit Seife unter fließendem Wasser gewaschen werden. Alle benötigten Utensilien (Spritze, Löffel, Wasser etc.) sollten steril auf einer zuvor desinfizierten Unterlage bereitgelegt werden.

Zum Aufkochen des Heroins sollte unbedingt ein Edelstahlöffel verwendet werden, da andere Materialien gefährliche lösliche Substanzen enthalten können, die unter der direkten Hitzeeinwirkung beim Aufkochen des Heroins in die Injektionsflüssigkeit geraten. Der Löffel, auch wenn es der eigene ist, sollte vor jedem Gebrauch mit einem Desinfektionsmittel abgerieben werden oder mit Seife unter fließendem Wasser gewaschen werden.

Auch an dem Feuerzeug, welches zum Aufkochen des Heroins verwendet wird, können Bluteiweißspuren haften. Verschiedene Situationen führen dazu, dass das Feuerzeug direkt nach dem Konsum, z.B. zum Anstecken einer Zigarette, mit blutbehafteten Händen angefasst wird. Diese geringen Mengen können ausreichen, um z.B. das Hepatitis C-Virus zu übertragen. Daher sollte auch das Feuerzeug vor und nach jedem Konsum mit einem Desinfektionsmittel abgewischt werden.

Im Wasser können besonders viele Keime enthalten sein. Je länger es bereits herumgestanden hat, haben sich die enthaltenen Keime, Bakterien und Viren stark bis sehr stark vermehrt. Wurden gebrauchte Spritzen in einem Wasserglas abgestellt, ist dieses Wasser in keinem Fall zu verwenden. Auch wenn 100% bekannt ist, dass keiner der Anwesenden eine Infektionskrankheit hat, trägt doch jeder andere Keime im Körper, die einem anderen Körper schaden könnten. Diese Keime werden in einem Glas mit Wasser ebenso wie Keime von Hunde-Urinspuren in Straßenpfützen sehr schnell um ein Vielfaches vermehrt. Entsprechend steigt die Gefahr einer Infektion. Daher sollte das zur Aufbereitung verwendete Wasser immer so frisch wie möglich sein. In Apotheken oder Drogenhilfeeinrichtungen wird steriles Wasser in Form von Na-Cl-Ampullen (Kochsalzlösung) angeboten, in denen eine ausreichende Menge zum Einmalgebrauch enthalten ist. Ist eine solche Ampulle nicht vorhanden, ist kaltes, frisches Leitungswasser oder stilles Mineralwasser in einer Flasche ebenso geeignet. Diese Einwegampulle oder die Wasserflasche

ermöglichen es dem Konsumenten auch beim Gebrauch auf der Straße den Infektionen über unsauberes Wasser vorzubeugen.

Als Säurezusatz zum Aufkochen von Heroin sollte immer nur Ascorbinsäure aus der Drogerie, Apotheke oder Drogenhilfeeinrichtung verwendet werden. Je weniger der Säure verwendet wird, umso besser ist es für die Venen, da diese sonst stark strapaziert werden, wenn die Säure angreift.

Beim Aufziehen der Injektionsflüssigkeit in die Spritze sollte immer ein Filter verwendet werden. Zum Filtern eignet sich fest gepresster, nicht faseriger Zellstoff oder ein frisch gewaschenes Stoffstück aus Baumwolle oder Leinen, da diese Stoffe ebenfalls nicht fasn. Am häufigsten werden Zigarettenfilter benutzt.⁸³ Diese sollten nach dem Konsum ebenso wie die anderen Utensilien entsorgt werden. Werden diese dennoch aufbewahrt, um sie später erneut aufzukochen, sind für die Aufbewahrung einige Dinge wichtig, damit die Keimlast so gering wie möglich gehalten werden kann. Die Filter dürfen nie luftdicht und warm aufbewahrt werden. Auch die Aufbewahrung in einem offenen Behälter bei Zimmertemperatur fördert die Keimbildung. Daher sollten Filter eigentlich nie aufbewahrt werden. Wenn überhaupt, dann in einem zuvor sterilisiertem Glas in den Kühlschrank gestellt werden und nicht länger als wenige Tage dort stehen.

Die Spritze, in welche die Injektionslösung aufgezogen wird sollte immer von innen und außen steril sein. Eine zweiteilige Spritze⁸⁴ ist dafür besser geeignet, da diese eine abnehmbare Nadel hat, während die einteilige Spritze fest mit der Nadel verbunden ist. Vorteile liegen darin, dass die Nadel hier erst nach dem Aufziehen der Flüssigkeit aufgesteckt werden kann und sie somit bis zum Schluss sauber bleibt, außerdem kann beim Wiederverwenden nach der Desinfektion des Kolbens eine neue scharfe Nadel aus der Verpackung aufgesteckt werden. Je nach körperlicher Beschaffenheit oder Verfassung kann es sinnvoll sein, die Nadel je nach Durchmesser oder Länge zu wechseln. Bei vernarbten Armen und Beinen, ist zwar eine Konsumpause zu empfehlen, wird diese jedoch nicht eingehalten, können z.B. dickere Nadeln helfen, da die dünnen sonst abbrechen würden. Es ist also Wichtig die Funktion und

⁸³vgl. dazu: von KNONAU 1999 ‚Intravenöser Drogenkonsum: Genau betrachtete Praktiken des Injektionsverhaltens‘ S.38

⁸⁴hier ist die Nadel von der Spritze abnehmbar

Bedeutung der verschiedenen Längen und Durchmesser der Nadeln zu kennen, um die zu verwenden, die die wenigsten Verletzungen verursachen. Zum Stauen der Vene sollte stets ein breiter Gurt oder Strumpf verwendet werden. Niemals einen dünnen Strick oder Bindfaden, da diese mehr als die gewünschte Vene stauen und dabei Verletzungen entstehen. Der Staugurt sollte nie fest verknotet werden, sondern immer als Schlaufe gezogen werden, bei der das Ende mit den Zähnen gehalten wird. So ist ein ungewollt langes Abbinden ausgeschlossen.

Hygienegerechte Entsorgung der Utensilien nach dem Konsum

Nachdem die Nadel aus dem Arm gezogen wird, sollte sofort die Schutzkappe aufgesetzt werden, um die Blutspuren an der Nadel abzudecken. Auf die Einstichstelle sollte für einige Minuten mit einem sauberen Zellstoff oder einem Alkoholpad⁸⁵ fest gedrückt werden, um Blutungen unter der Haut zu vermeiden. Anschließend sollten sofort die Hände unter fließendem Wasser mit Seife gewaschen werden, damit mögliche Blutreste nicht weiter getragen werden.

Die gebrauchten Spritzen und Nadeln sollten in einem festen Behälter⁸⁶ aufbewahrt werden, der nicht von innen durchstochen werden kann. Auf diese Weise werden ungewollte Verletzungen an gebrauchten, eventuell infizierten Spritzen vermieden. Auch an öffentlichen Plätzen sollten die Spritzen und Nadeln nach dem Gebrauch immer in einer entsprechenden Aufbewahrung mitgenommen werden. Auf keinen Fall sollten sie lose oder in einer Tüte in der Hosentasche transportiert werden, da hier das Verletzungsrisiko beim Gehen oder Sitzen sehr hoch ist. In vielen Städten werden Projekte angeboten, in denen die Konsumenten die gebrauchten Spritzen gegen neue, steril verpackte Spritzen und Nadeln eintauschen können. Hier werden häufig auch andere Utensilien, wie z.B. saubere Filter, Alkoholpads oder Ascorbinsäure kostenlos oder gegen einen Selbstkostenpreis abgegeben. In einigen Anlaufstellen wird als Alternative zum i.v. Konsum auch Alu-Folie zum Rauchen angeboten.

⁸⁵Alkoholpad = mit medizinischem Alkohol durchtränktes, einzeln und steril verpacktes Tuch

⁸⁶z.B. Plastikbox, ein zweckentfremdetes Brillenetui...

i) Desinfektion im Notfall

Alle Utensilien, die zur intravenösen Injektion von Heroin benutzt werden, sollten stets direkt vor dem Konsum entweder einer sterilen Packung entnommen werden (Wasser, Nadel, Spritze, Alkoholpad) oder direkt vor dem Konsum gereinigt werden (Löffel, Feuerzeug, Unterlage, Einstichstelle). Die Filter sind zwar nicht steril verpackt, sollten jedoch stets kühl und trocken aufbewahrt werden, um einer Keimbildung entgegen zu wirken.

Sollte es nicht möglich sein eine neue Nadel und Spritze zu verwenden, ist es notwendig diese richtig zu desinfizieren. Obwohl es keine 100%ige Desinfektionsmethode gibt, bei der alle Keime, Bakterien, Pilze und Viren abgetötet werden, ist es durch die folgenden Methoden doch möglich den größten Teil zu töten oder unschädlich zu machen. Alle diese Methoden benötigen einige Minuten Zeit und Ruhe. Beim Konsum auf der Straße oder an anderen öffentlichen Plätzen ist dies also kaum möglich. Zu beachten ist auch, nicht jeder Kunststoff oder jede Oberflächenbeschaffenheit der Spritzen verträgt die Anwendung von Hitze oder chemischen Desinfektionsmitteln, wie Bleichmittel oder medizinischer Alkohol.

Auskochen

Zunächst sollte die Spritze zweimal mit frischem Leitungswasser kalt ausgespült werden, in dem das Wasser aufgezogen und wieder ausgespritzt wird. Anschließend müssen die einzelnen Teile mindestens 15 Minuten in kochendem Wasser desinfizieren. Wichtig ist, dass das Wasser während der gesamten 15 Minuten sprudelnd kocht. Anschließend muss die Spritze noch einmal wie zu Beginn gespült werden. Vorher sollte überprüft werden, ob die Spritze hitzebeständig ist. Inwiefern alle Hepatitis-Viren durch das Auskochen getötet werden, ist noch nicht zu 100% geklärt.

Reinigung mit chemischen Mitteln

Zur Desinfektion eignen sich am besten Bleichmittel, Jodlösungen oder medizinische Alkohol bzw. Ethanol und Isopropanol. Alle diese Mittel sollten stets verschlossen aufbewahrt werden, da sie sonst ihre desinfizierende Wirkung verlieren. Die Spritze muss auch hier zweimal mit klarem Wasser ausgespült werden, bevor sie desinfiziert wird. Anschließend wird das Desinfektionsmittel in die Spritze aufgezogen und dabei noch ein wenig Luft

im Kolben gelassen. Dann muss die Spritze mit dem Desinfektionsmittel mindestens 2 Minuten geschüttelt werden, damit sich alle Erreger lösen. Dieser Vorgang sollte wiederholt werden. Anschließend ist es von großer Bedeutung, dass die Spritze ausreichend gespült wird, da die Desinfektionsmittelreste in der Blutbahn sonst ernsthafte Schäden verursachen können.

2.3.2 Methoden und Hilfsmittel zur Vermittlung von ‚Safer Use‘-Botschaften

Zur Vermittlung der Regeln zum risiko- und schadensminimierenden Umgang mit illegalisierten Drogen ist es notwendig eine Vielfalt an Methoden und Hilfsmitteln einzusetzen. Informationen müssen verständlich vermittelt werden, so dass sie in der alltäglichen Routine anwendbar werden. Das Endziel der Vermittlung von ‚Safer use‘-Botschaften ist eine Verhaltensänderung seitens des Drogengebrauchers hin zu hygienebewusstem Handeln bzw. die Festigung bestehender Verhaltensmuster, wenn diese dem Erhalt der Gesundheit dienen. (STÖVER 2004b S.54)

Handzettel und Informations-Broschüren mit ‚Safer use‘-Regeln dienen zwar als kompakte ‚Nachschlagewerke‘ für die Hosentasche, ersetzen jedoch nicht die zwischenmenschliche Kommunikation. Auf einer kommunikativen Ebene soll, anknüpfend an die aktuelle Situation und Persönlichkeit des Konsumenten, der konkrete Bezug zu einer selbstbestimmten Lebensplanung ermöglicht werden, in dem der Körper und dessen Gesundheit als wichtigstes Kapital erhalten sind. (ebd.) Sowohl das Bewusstsein jedes Einzelnen, als auch die Interaktionen in Gruppen spielen in der Umsetzung hygieneorientierter Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle. Je nach Informationsstand jedes Einzelnen wird das gesundheitliche Risiko in einer Gruppe subjektiv eingeschätzt und gehandhabt. (LEICHT et.al. 2004 S.89) Auch der Informationsstand jedes einzelnen wird subjektiv bewertet, so dass vereinzelt das eigene Wissen als ausreichend betrachtet wird und eine weitere oder erneute Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themen vorerst nicht als notwendig erscheint. (ebd. S.96) Damit Aufmerksamkeit und Aufnahmebereitschaft zu Informationsentwicklung bei möglichst vielen Konsumenten entsteht, sollten risiko- und schadensminimierende Botschaften auf differenzierte Art und Weise präsentiert werden. Die Notwendigkeit der

Verwendung eigener Utensilien, ohne diese mit anderen zu teilen, muss dabei sehr behutsam an die Gruppen herangetragen werden, damit diese Forderungen nicht als ‚spalterisch‘ oder ‚feindselig‘ betrachtet werden. (STÖVER 2004b S. 55) Gegenseitige Rücksichtnahme, nicht gegenseitiges Misstrauen müssen hier als Botschaft formuliert werden, um nicht den Eindruck zu erwecken, bestehende Vertrauensverhältnisse unter Konsumenten stören zu wollen. Der gemeinschaftliche Konsum sowie der Umgang mit Mangel- und Stress-Situationen soll diskutiert und reflektiert werden, um künftige kritische, riskante Situationen bewältigen zu können. (ebd.) Der Dialog zwischen Professionellen und Konsumenten kann hier helfen riskantes Verhalten zu analysieren um anschließend gemeinsam Vermeidungsstrategien zu entwickeln. (LEICHT et.al. 2004 S.89)

Die Methoden zur Unterstützung der Präventionsarbeit sollten möglichst viele Wahrnehmungssinne ansprechen. (STÖVER 2004 S.54) Im europäischen In- und Ausland wurden bisher verschiedene Methoden zur praktischen Unterstützung der Vermittlung von ‚Safer use‘-Botschaften angewandt. Im Mai 2004 nahm ich an der ‚1. Internationalen Fachtagung Hepatitis C‘⁸⁷ in Berlin teil. Initiatoren dieser Fachtagung waren akzept e.V., die Deutsche Aidshilfe e.V. sowie LaBAS e.V. Während der Fachtagung fanden verschiedenen Workshops statt, von denen sich einer mit der Präventionsarbeit in niedrigschwelligen Einrichtungen beschäftigte. Die Teilnehmer waren zum größten Teil Mitarbeiter von Drogenhilfseinrichtungen in verschiedenen Städten, bei verschiedenen Trägern. Ich nahm an diesem Workshop teil, um einen Einblick in die Erfahrungen so vieler Praktiker zu erhalten. Unter anderem wurden die Erfahrungen über den Einsatz von Methoden und Hilfsmitteln in der Präventionsarbeit ausgetauscht. In der Dokumentation zur Fachtagung sind diese im Ergebnisprotokoll (AKZEPT e.V. et.al. S. 95f.) zusammengefasst. Im Folgenden werde ich die erwähnten Methoden und Hilfsmittel kurz vorstellen.

Plakate und Broschüren zu allgemeinen oder speziellen ‚Safer use‘-Thematiken wurden in verschiedensten Layouts veröffentlicht. Auch Gebrauchsgegenstände, wie z.B. Feuerzeuge mit kurz formulierten ‚Safer use‘-Regeln wurden in der Szene verteilt. Das Bereitstellen von sauberen Spritzen

⁸⁷AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.) 2004: 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation, Berlin 2004

zählt als Grundvoraussetzung für schadensminimierende Angebote. Die Vergabe über Automaten gewährt dabei eine 24h-Versorgung, während die Vergabe in Anlaufstellen der niedrigschwelligen Drogenhilfe oder in Apotheken als Anlass zur Kommunikation über Hygieneverhalten und Übertragungswege genutzt werden. Neben der Spritzenvergabe werden auch andere Utensilien steril verpackt angeboten, um dem wiederholten Gebrauch bereits verunreinigter Utensilien entgegen zu wirken. In Hilfseinrichtungen werden auch spezielle Informationsveranstaltungen angeboten oder spontan mit einzelnen oder kleinen Gruppen ‚Safer use‘-Themen angesprochen. Um diese spontanen Gespräche entstehen zu lassen, werden z.B. themenrelevante Gegenstände zum ‚Ding der Woche‘ gemacht, Wandzeitungen werden gestaltet oder Quizspiele gespielt.

Die tägliche Praxis in niedrigschwelligen Einrichtungen lässt in Gesprächen zwischen Professionellen und Hilfesuchenden häufig nur einen zeitlich stark begrenzten Rahmen zur Auseinandersetzung mit ‚Safer use‘-Botschaften zu, da sehr viel andere Inhalte die tägliche Arbeit mitbestimmen. Aus diesem Grund werden in einigen Einrichtungen so genannte ‚Peers‘ zur Informationsvermittlung einbezogen. Peers sind in diesem Zusammenhang erfahrene Drogenkonsumenten, die den risiko- und schadensminimierenden Gebrauch von Drogen selbst schon jahrelang kennen und ihre Kenntnisse und Erfahrungen an andere weiter tragen können.

Die Gespräche über ‚Safer use‘-Thematiken brauchen in der Regel einen Anstoß. Auch die Hilfesuchenden haben häufig viele Dinge gleichzeitig im Kopf, die den Weg zur niedrigschwelligen Anlaufstelle begründen, so dass ein Gespräch über ‚Safer use‘-Thematiken nicht immer an erster Stelle steht. In meinen Praktika in niedrigschwelligen Drogenhilfseinrichtungen in Leipzig und Amsterdam habe ich häufig beobachtet, dass Klienten zum Überbrücken von Wartezeiten oder zum geselligen Zeitvertreib verschiedene Brettspiele spielten. In Zusammenhang der ‚Safer use‘-Botschaften kam mir der Gedanke, dass der zeitvertreibende und gesellige Charakter eines Spieles geeignet sein kann, um während dessen ‚Safer use‘-Botschaften zu transportieren und darüber hinaus ein Gruppengespräch anzuregen, welches zum Erfahrungsaustausch untereinander und der Reflexion des subjektiven Handelns jedes Einzelnen führen kann. Die Idee zum Spiel sowie das von mir entworfene Spiel werde ich im folgenden Kapitel vorstellen.

3 Das „Safer Use–Spiel“

3.1 Die Idee zum Spiel

Ein Spiel zur Vermittlung von Safer use – Botschaften, welches für Drogenkonsumenten in niedrighschwelligem Anlaufstellen geeignet sein soll, ist die Idee. Entstanden war diese Idee nach den Beobachtungen und Gesprächen während meiner Praktika in Drogenhilfseinrichtungen in Leipzig und Amsterdam.

3.1.1 Unwissenheit der Konsumenten

Vor allem unerfahrene Konsumenten, die noch nicht seit mehreren Jahren konsumierten, hatten häufiger Abszesse oder Verletzungen als ältere Konsumenten. Bei den langjährigen Konsumenten waren noch die Narben aus unerfahrenen Zeiten zu sehen und viele hatten, aufgrund der Fehler in der Vergangenheit, heute verschiedene Infektionskrankheiten oder andere gesundheitliche Schäden. In Leipzig bemerkte ich vor allem bei Konsumenten jungen Alters, dass diese sehr unbeholfen waren, wenn es beispielsweise um die Auswahl von verschiedenen Nadelgrößen ging, weil keine Vorstellung über die Bedeutung der Beschaffenheit einer Nadel existierte. In Amsterdam stellte ich in Gesprächen fest, dass es Konsumenten gibt, die z.B. nicht wissen, dass es Hepatitis-Viren gibt bzw. wie man sich und eventuell andere davor schützen kann. Die Untersuchungen von ‚KEMMESIES 2002‘ und ‚von KNONAU 1999‘ zeigen ebenso, dass es viele Konsumenten gibt, die aus Unwissenheit gesundheitsgefährdende Praktiken handhaben.

3.1.2 Begrenzte Möglichkeiten der Hilfseinrichtung

Aus Gesprächen mit Mitarbeitern der Praktikumsstellen wurde mir verdeutlicht, dass einerseits die Bereitschaft seitens der Konsumenten eigenes Fehlverhalten zu reflektieren nur wenig vorhanden ist und andererseits die tägliche Arbeit der Mitarbeiter durch andere inhaltliche Schwerpunkte bestimmt wird, so dass für Safer use – Beratung relativ wenig Zeit bleibt. Von Mitarbeitern anderer niedrighschwelliger Drogenhilfseinrichtungen⁸⁸ wurde mir

⁸⁸z.B. im Rahmen der ‚1. Internationalen Fachtagung Hepatitis C‘ 2004 in Berlin, vgl. dazu das Ergebnisprotokoll des ‚W2 SETTING: Niedrighschwellige Kontaktarbeit‘ in AKZEPT e.V. et.al. 2004, S. 95-98

diese Problematik bestätigt. Auch meine eigenen Beobachtungen zeigten mir, dass die Sozialarbeiter selten den Rahmen schaffen konnten, in denen ‚Safer use‘ thematisiert wird. Vor allem die regelmäßige Verfolgung der Thematik schien schwer realisierbar.

3.1.3 Eigene Überlegungen

Ich beobachtete, dass sich täglich verschiedene Klienten im Kontaktbereich zusammensetzten, um in einer geselligen Runde ein Spiel zu spielen oder sich zu unterhalten. Mir kam der Gedanke, dass diese Momente genutzt werden könnten um Safer use – Inhalte zu thematisieren. Ein Spiel, welches ein Gespräch über ‚Safer use‘ anregt, war die Idee. In der Dokumentation zur ‚1. Internationalen Fachtagung Hepatitis C‘ wird betont, dass „Eine Vielfalt von Methoden zur Informationsvermittlung, zur Erweiterung des Wissens über Zusammenhänge von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum und zum Einüben von präventionsbewusstem Handeln unbedingt notwendig ist.“⁸⁹

3.1.4 Erste Fragestellung

Zunächst stellte ich mir die Frage, ob ein Spiel tatsächlich eine sinnvolle Unterstützung bei der Vermittlung von ‚Safer use‘-Botschaften sein kann. Wenn ja, welche Inhalte in einem solchen Spiel aufgegriffen werden können bzw. wie man die verschiedenen ‚Safer use‘-Aspekte darin verarbeiten kann. Ich befasste mich vorerst mit verschiedenen Autoren⁹⁰ zum Thema Theorie, Pädagogik und Praxis von Spielen. Bei jedem dieser Autoren fand ich sehr hilfreiche Kapitel, obwohl sich sehr viele Themen auf Spiele für Kinder bezogen, waren ausreichend Bezüge zu Spielen für und mit Erwachsenen zu erkennen. Auf ausführliche Erläuterungen zur grundsätzlichen Zweckmäßigkeit von Spielen sowie umfangreiche Untersuchungen zu Theorie und Praxis von Spielen aller Art werde ich hier verzichten, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen. Die wichtigsten Antworten auf meine oben formulierten Fragen werde ich im Folgenden Kapitel darstellen.

⁸⁹STOVER 2004 in: AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.) 2004: 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation, Berlin 2004, S.54

⁹⁰BAER, U. 1995 ‚Spielpraxis – Eine Einführung in die Spielpädagogik‘; FRITZ, J. 1991 ‚Theorie und Pädagogik des Spiels – Eine praxisorientierte Einführung‘; SCHEURL, H. 1994 ‚Das Spiel – Untersuchungen über sein Wesen, seine pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen – Band 1‘

3.2 Ist ein Spiel eine sinnvolle Unterstützung in der Vermittlung von Safer use – Botschaften?

3.2.1 Kann man reale Themen im Spiel aufgreifen?

Im Spiel soll es darum gehen, dass Drogenkonsumenten Inhalte und Fakten zu Safer use – Thematiken erfahren, also neu kennen lernen oder auffrischen, um anschließend diese erworbenen Kenntnisse im Alltag umzusetzen. Aspekte einer realen Lebenswelt sollen in ein Spiel verpackt werden, um in abstrahierter Form erfasst und thematisiert zu werden. In der Literatur heißt es dazu: „Im Spiel werden gesellschaftliche Einflüsse deutlich. Sie sind modifiziert, daß der Spieler sich sowohl darin wiederfindet als sie auch angemessen verarbeiten kann.“ (FRITZ 1991 S.26) Zum schadensminimierenden Umgang mit illegalisierten Drogen sollen im Spiel Kenntnisse vermittelt werden, für die im Alltag oft keine Gelegenheit besteht diese zu erfahren, da entweder das Bewusstsein über die ein oder andere Wissenslücke nicht existiert, oder einfach kein Rahmen vorhanden ist, in dem das notwendige Wissen angeeignet werden kann. SCHEUERL⁹¹ bemerkt dazu „Mancher Forderung nach grundlegendem Wissen, mancher Forderung an das Können wie an die persönliche Haltung des Menschen kann man im Spiele so gut wie im Alltag begegnen, ja man begegnet ihr oft im Spiele zum ersten Mal:...” Im Spiel können Jugendliche und Erwachsene Lösungen für soziale Probleme eigenschöpferisch entwickeln und aktiv angehen, um Perspektiven für eine selbstverantwortete Lebensgestaltung zu finden und sich engagiert zu eigen zu machen. (vgl. BAER 1995 S.79).

Es ist daher offensichtlich, dass ein Spiel einen geeigneten Rahmen zur Wissensvermittlung darstellen kann. Alltägliche Situationen der Drogenkonsumenten können vereinfacht dargestellt und somit eingänglicher vermittelt werden.

Ein Spiel wird unter anderem dadurch bestimmt, dass es freiwillig gespielt wird. (ebd. S.30) Dieser Charakter soll auch bei meinem Spiel unbedingt gewahrt bleiben. Besucher von niedrigschwelligen Einrichtungen sollten zwar auf die Existenz des Spiels hingewiesen werden, jedoch nie zum Mitspielen gezwungen werden.

⁹¹SCHEUERL, H. 1994 „Das Spiel – Untersuchungen über sein Wesen, seine pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen – Band 1“ S.168

3.2.2 Welchen Kriterien eines Spiels kann entsprochen werden?

Das Spiel soll ein endliches Brettspiel für Erwachsene sein, welches ein bestimmtes Phänomen der Gesellschaft widerspiegelt, also in die Kategorie der Gesellschaftsspiele⁹² zu ordnen ist. Damit sind sowohl die Dauer des Spiels als auch der zum Spielen notwendige Raum vorgegeben, der hier durch die Größe des Spielfeldes und die Anzahl der Mitspieler festgelegt wird. Damit die Dauer des Spiels überschaubar bleibt, und somit das Konzentrationsvermögen nicht überstrapaziert wird, oder der reale Tagesablauf der Mitspieler nicht durch die Dauer des Spiels gefährdet wird, habe ich mich entschieden das Spiel auf 2-4 Mitspieler zu beschränken.

Der Charakter eines Brettspiels, ein symbolischer Wettlauf zu sein⁹³, wird hier dadurch bestimmt, dass die Spieler das Ziel des schadensminimierenden i.v. Konsums an einem ruhigen Ort verfolgen, in dem symbolisch die notwendigen Utensilien organisiert werden, die durch die ‚ROTEN‘ – FELDER und ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN dargestellt werden. Weitere Aspekte der abstrahiert abgebildeten Lebenswelt der Drogenkonsumenten werden in verschiedenen Spielfeldern sowie in Form von Aktionskarten aufgegriffen. Sowohl die Augenzahl eines Würfels, die einzelnen Spielfelder als auch die Aktionskarten bestimmen den Spielprozess.⁹⁴ Dem Spieler werden durch die Aktionskarten symbolisch fiktive Fähigkeiten oder Kenntnisse unterstellt, die im Spielverlauf entsprechend vorteilhaft oder hinderlich sein können. Die Spielsituation und der Erfolg oder Misserfolg jedes einzelnen Spielers wird also unabhängig von realen Verhaltensweisen durch regelorientierte Abläufe bestimmt. Sanktionen sind im Spiel nicht real sondern fiktiv, gefährden daher nicht das tatsächliche Leben und können somit leichter hingenommen werden. Im Gegenzug werden dem Spieler positive Eigenschaften zugesprochen, die unter Umständen zur Nachahmung im realen Leben anregen können. Auf die Einbindung individueller und taktischer Fähigkeiten der einzelnen Mitspieler in den Spielverlauf habe ich verzichtet, um die Konzentration der Spieler für inhaltliche Fragen offen zu halten und ein kurzes gedankliches Abschweifen in

⁹²vgl. dazu FRITZ, J. 1991 ‚Theorie und Pädagogik des Spiels – Eine praxisorientierte Einführung‘, S.26ff

⁹³vgl. dazu BAER, U. 1995 ‚Spielpraxis – Eine Einführung in die Spielpädagogik‘ S.96

⁹⁴vgl. dazu ebd. S. 42

alltägliche Situationen zuzulassen, die mit den Symbolen im Spiel assoziiert werden. Der Reiz im Spiel soll darin liegen, dass die Mitspieler während des Spiels vereinfacht und in einer entspannten Atmosphäre ein Ziel verfolgen können, welches im Alltag häufig nur mit Hektik und Stress erreicht wird. Auch wenn das Ziel das risikominimierenden Konsums an einem ruhigen Ort im realen Leben für den einen oder anderen Mitspieler schwer erreichbar erscheint, können im Spiel unter Umständen Lösungsstrategien gefunden werden, die in den Alltag integrierbar erscheinen.

3.3 Spielanleitung

3.3.1 ‚Safer use‘ – Das Spiel

Ein informatives und unterhaltendes Spiel für intravenös konsumierende Drogengebraucher.

Brettspiel zum Würfeln für 2-4 Spieler

Dauer: ca. 30-90 Minuten

Inhalt: - Spielplan,
- Würfel,
- Spielfiguren,
- 4 mal 9 ‚UTENSILIEN-KÄRTCHEN‘ und
- 36 ‚AKTIONS-KARTEN‘.

3.3.2 Vorwort

Jeder will den nächsten Schuss. – Und die meisten wollen ihn überleben. Dies erfordert jedoch verschiedene Strategien der Schadensminimierung, die vor allem beim intravenösen Drogenkonsum beachtet werden sollten.

„Safer use“ ist ein Brettspiel, in dem es darauf ankommt, dass jeder Mitspieler im Laufe des Spiels alle zur Aufbereitung einer i.v. Drogeninjektion notwendigen Utensilien sauber und unbenutzt zur Verfügung hat, damit der gemeinsame Gebrauch und damit die Übertragung von Infektionen verhindert werden kann. Besonders relevant sind daher die rot unterlegten Felder auf dem Spielplan sowie die dazu gehörigen Karten, auf denen die gleichen Symbole wie auf den Feldern abgebildet sind. Jedes der Felder steht für einen Gegenstand, der zur Vorbereitung oder Injektion einer intravenös zu

konsumierenden Droge benötigt wird. Damit beim Einsatz dieser Utensilien keine Krankheiten übertragen werden, ist es notwendig, dass jeder seine eigenen Sachen verwendet. Deshalb muss jeder Mitspieler auf jedem roten Feld anhalten, um dort das jeweilige Utensil in Form eines Kärtchens in seiner jeweiligen Spielfarbe zu erhalten. Das Ziel kann nur erreicht werden, wenn zu jedem Feld eine Karte im Besitz des jeweiligen Spielers ist. Der Besitz dieser Utensilien bedeutet nicht immer, dass allen gesundheitlichen Risiken in Verbindung mit einer i.v. Injektion entgegen gewirkt wird. Situationen im alltäglichen Leben können ebenso riskant werden, wie die unsachgemäße Anwendung der oben erwähnten Utensilien. Die Aktionskarten in diesem Spiel thematisieren deshalb die verschiedenen Situationen, die besondere Vorsicht fordern. Beschreibt die Karte das gesundheits- und hygienebewusste Verhalten des jeweiligen Mitspielers positiv, kommt der Spieler dem Ziel näher. Wirft die Karte ihm allerdings gesundheitsgefährdendes Verhalten vor, wird der Spieler in der Verfolgung des Ziels zurück geworfen.

Alle Mitspieler sind aufgefordert die Karten immer laut vorzulesen, damit auch alle anderen Mitspieler erfahren, welche Handlungen gesundheitsgefährdend bzw. risiko- oder schadensminimierend sind. Versteht ein Mitspieler den Text einer Karte nicht, oder kann nicht nachvollziehen, warum das beschriebene Verhalten positiv bzw. negativ zu bewerten ist, darf er diese Frage laut formulieren und an die Gruppe richten, bevor weiter gewürfelt wird. Auf diesem Weg wird der Austausch über Erfahrungen von risikominimierenden Verhaltensweisen angeregt. Die Mitspieler und auch aufmerksame Zuschauer und Zuhörer vom Nachbartisch bekommen auf diesem Weg die Möglichkeit eigene Kenntnisse und Verhaltensweisen zu reflektieren, und bei individuellem Handlungsbedarf zu ändern. Können bestimmte Details nicht sofort geklärt werden, sollten diese kurz notiert werden, um später Sozialarbeiter oder andere fachlichen Kräfte zu Rate zu ziehen.

3.3.3 Spielvorbereitung

Jeder Spieler erhält eine Spielfigur, die auf dem Startfeld platziert wird. Die Aktionskarten werden verdeckt als Stapel auf der markierten Stelle im Spielfeld platziert.

Ein Spieler wird bestimmt, der die Vergabe der Utensilien-Kärtchen übernimmt. Diesem Spieler wird empfohlen, die Karten vor Spielbeginn nach

Reihenfolge und Spielerfarben zu sortieren, um später im Spiel den Verlauf nicht durch langes Suchen zu unterbrechen.

Jeder Spieler würfelt einmal, der Spieler mit der höchsten Zahl beginnt. Haben mehrere Spieler gleichzeitig die höchste Zahl, müssen diese noch einmal unter sich den Würfel entscheiden lassen, bis der ‚Beginner‘ fest steht.

3.3.4 Der Spielverlauf

Jeder Spieler, der an der Reihe ist, würfelt einmal. Wenn eine ‚6‘ gewürfelt wird, ist dies kein Grund noch einmal zu würfeln. ‚Safer use‘ bedeutet nicht, dass man sich beeilen soll, sondern dass man an alles denkt, was notwendig ist, um ohne Risiko einer Infektionsübertragung zu konsumieren. Die Augenzahl des Würfels entscheidet, wie weit die Spielfigur auf dem Spielplan weiter gesetzt wird. Das Feld, auf dem die Figur stehen bleibt, bestimmt die darauf folgende Aktion des Spielers. Nachdem er die Aufgabe des Feldes erfüllt hat, wird der Würfel im Uhrzeigersinn an den nächsten Mitspieler weiter gegeben. Überspringt ein Spieler während eines Zuges ein ‚ROTES‘ - FELD, auf dem er noch nicht war, muss er sofort dorthin zurückgehen oder direkt dort anhalten. Das Spiel ist beendet, wenn alle das Ziel erreicht haben.

3.3.5 Die Spielfelder

a) Die ‚ROTEN‘ – FELDER

Jedes ‚ROTE‘ – FELD symbolisiert einen Gegenstand, den jeder Konsument immer sauber und nur zum Eigengebrauch zur Verfügung haben sollte, um ohne gesundheitliche Risiken eine intravenöse Injektion vor zu bereiten. Daher sind diese Felder für jeden Spieler unumgänglich. Wird eines dieser Felder im Spiel ‚überwürfelt‘, muss der Spieler sofort auf das ‚ROTE – FELD zurückkehren bzw. gleich dort anhalten, ohne es zu übertreten. Ist ein Mitspieler auf einem ‚ROTEN‘ – FELD angekommen, erhält er ein entsprechendes ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN in seiner jeweiligen Spielfarbe. Es ist wichtig, dass jeder Spieler auf jedem ‚ROTEN‘ – FELD einmal stehen bleibt, um ein ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN zu organisieren, da alle KÄRTCHEN notwendig sind, um später in das Ziel, den ruhigen Ort zum schadensminimierenden Konsum, eintreten zu können.

b) Die ‚X‘ – FELDER

Die ‚X‘ – Felder sind am einfachsten zu handhaben, da diese keine bestimmte Aktion erfordern. Der Spieler hat hier für einen Moment die Möglichkeit sich vom alltäglichen Organisationsstress zu erholen. Der Würfel kann also einfach weiter gegeben werden, ohne dass etwas geschehen muss. Ist der Würfel wieder bei dem Spieler angekommen, kann dieser wie gewohnt weiter würfeln.

c) Die ‚BEHÖRDEN‘ – FELDER

Wer zu einer Behörde oder einem Amt geht, sollte immer etwas Wartezeit einplanen. Auch wenn diese Zeiten häufig sehr lästig sind und sich der ein oder andere Spieler vielleicht gern vor diesen Terminen drückt, sollten sie wahrgenommen werden. Egal, ob es das Arbeits- oder Sozialamt ist oder ob ein Termin bei der Krankenversicherung, einem Wohnungsvermieter oder dem Hausarzt ansteht, überall sollte etwas Zeit mitgebracht werden. So auch hier in diesem Spiel. Die Spielfigur, die auf diesem Feld landet, muss in der nächsten Runde einmal aussetzen, um den Termin in der Behörde incl Wartezeit zu erledigen. Der Würfel wird also in der nächsten Runde einfach weiter gegeben, und der Spieler darf erst nach der nächsten Würfelrunde weiter machen.

d) Die ‚POLIZEI‘-FELDER

Die Polizei steht hier symbolisch für die ordnungspolitischen und strafrechtlichen Sanktionen, die in Zusammenhang mit illegalisiertem Drogenkonsum verhängt werden können. Häufig hindern polizeiliche Maßnahmen den ungestörten Tagesablauf, so dass die Organisation der notwendigen ‚Safer use‘-Utensilien gestört wird, auch in diesem Spiel. Bleibt die Spielfigur nach einem Zug direkt auf einem ‚POLIZEI‘ – FELD stehen, muss diese zurück gehen, bis zur nächsten Zelle, die hier als ‚KNAST‘ – FELD abgebildet ist.

e) Die ‚KNAST‘ – FELDER

Wenn der Spieler von der Polizei aufgegriffen wurde, muss er hier eine Runde aussetzen, bis er wieder auf freien Fuß gelassen wird. Landet die Spielfigur zufällig, das heißt nach einem einfachen Wurf, auf diesem Feld, hat derjenige

Glück gehabt. Er kann das ‚KNAST‘ – FELD wie ein ‚X‘ – FELD betrachten und in der nächsten Runde wie gewohnt weiter würfeln.

f) Die ‚KARTEN‘ - FELDER

‚Ziehe eine Karte‘, die Aufschrift des Spielfeldes lässt keine Frage offen. Der Spieler, der auf diesem Feld landet, soll eine ‚AKTIONS‘ – KARTE vom Stapel ziehen und diese laut vorlesen. Damit soll die aktive Beteiligung am Spiel gefördert werden, so dass jeder in die Gelegenheit kommt, verschiedene Safer use – Aspekte mit den Augen zu lesen, selbst auszusprechen, oder von anderen zu hören. Einerseits werden dadurch vielfältige Wahrnehmungskanäle angesprochen, andererseits wird die Kommunikation der Mitspieler angeregt.⁹⁵ Am unteren Rand der Karten steht, was der Spieler zu tun hat.

g) Das ‚ZIEL‘ – FELD

Das Ziel in diesem Spiel ist erreicht, wenn der Spieler einen ruhiger Ort gefunden hat, an dem er ungestört und verletzungsfrei unter hygienischen Bedingungen konsumieren kann, nachdem alle notwendigen Utensilien besorgt wurden und alle Hürden im Alltag bewältigt sind. Erst nachdem im Spielverlauf alles organisiert und gemanagt wurde, kann sich der Mitspieler das Ziel erreichen.

Es soll ein bewusst ausgesuchter Ort sein, nicht irgendwo in einer Ecke. Daher kann das Ziel nur mit genauer Augenzahl auf dem Würfel erreicht werden. Bei einer höheren Augenzahl muss in der nächsten Runde noch einmal gewürfelt werden, bis die genaue Augenzahl erreicht ist.

3.3.6 Die Kärtchen und Karten

a) Die ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN

Für jeden Mitspieler gibt es neun ‚UTENSILIEN‘ – KÄRTCHEN in der jeweiligen Spielfarbe. Diese Kärtchen symbolisieren ebenso wie die ‚ROTEN‘ – FELDER jeweils ein ‚Safer use‘ – Utensil. Auf der Rückseite ist die Bedeutung der einzelnen Gegenstände kurz erläutert. Diese sollen immer vorgelesen werden, wenn ein Spieler das Kärtchen erhält.

⁹⁵Je aufgeweckter ein Spieler ist, desto besser wird er zu spielen verstehen, desto besser und mehr wird er bei seinem Spiele auch lernen‘ (SCHEUERL 1994 S. 170)

Zum risiko- und schadensminimierenden i.v. Konsum ist es unbedingt notwendig, dass jeder sein eigenes ‚Werkzeug‘ verwendet. Viren und Bakterien können dadurch nur sehr schwer von einer Person auf die andere übertragen werden. Deshalb muss jeder Mitspieler beim Zieleinlauf alle neun Kärtchen vorzeigen. Fehlt eines, muss der Spieler zu dem entsprechenden ‚ROTEN‘ – FELD zurückkehren und ab da noch einmal bis zum Ziel würfeln. Dadurch soll die unabdingbare Notwendigkeit symbolisiert werden, dass jeder Gegenstand nur sauber und allein verwendet werden soll.

b) Die ‚AKTIONS‘ – KARTEN

Die ‚AKTIONS‘ – KARTEN symbolisieren alltägliche Verhaltensweisen, in denen sich der ein oder andere Mitspieler mehr oder weniger wieder erkennen wird. Im Spiel ist es nebensächlich, ob der Spieler im Alltag ebenso handelt, wie es auf der Karte beschrieben ist. Hier zählt die Welt des Spiels, in der das Handeln durch die Karten bestimmt wird. Die Verhaltensweisen, die von den Karten vorgegeben werden, können riskante oder gesundheitsbewusste Handlungen darstellen. Die positive oder negative Bewertung der alltäglichen Situationen wird dabei in Abstufungen getroffen. Dies soll den spielerischen, auflockernden und durch Zufall bestimmten Charakter des Spiels unterstreichen. Die Abstufungen der Bewertung sind einerseits nach der Relevanz gesundheitlicher Risiken vorgenommen, andererseits habe ich darauf geachtet, dass ein ausgewogenes Verhältnis entsteht, so dass positive und negative Bewertung in gleichem Maße verteilt sind. Die Folgen der ‚AKTIONS‘ – KARTEN sind vielfältig. Manche Verhaltensweisen bringen den Spieler sehr schnell näher zum Ziel, andere lassen ihn an der Stelle stehen oder werfen ihn in der Verfolgung des Ziels zurück. Hier ist eine Übersicht über die Folgen der verschiedenen Handlungen im Spiel:

POSITIV

- noch einmal würfeln
- ein Feld vorwärts gehen
- zwei Felder vorwärts gehen
- drei Felder vorwärts gehen

NEGATIV

- einmal aussetzen
- ein Feld rückwärts gehen
- zwei Felder rückwärts gehen
- drei Felder rückwärts gehen

Die Verhaltensweisen mit negativen Sanktionen sind eingebaut, um das Bewusstsein für riskante Situationen spielerisch zu schärfen, um dadurch eventuell in alltäglichen Situationen vorgewarnt zu sein und der Gefahr womöglich aus dem Weg gehen zu können. Positiv formulierte Verhaltensweisen sollen an bereits richtig praktizierte ‚Safer use‘ – Regeln erinnern und den Spieler ermutigen, diese im Alltag fort zu führen. Andererseits können diese Handlungen auch als Anregung verstanden werden und unter Umständen im Alltag ausprobiert werden. „Im Spiel kann man so sein, wie man sonst auch sein möchte, nur braucht man die ansonsten vorhandenen Lasten und Ärgernisse, Risiken und Verwicklungen nicht zu ertragen.“ (FRITZ 1991 S.26)

3.3.7 Das Ziel des Spiels

Das Ziel von „Safer use“ ist es, alle Utensilien zu organisieren, die zum risikominimierenden i.v. Konsum notwendig sind, um im Ziel an einem ruhigen Ort ohne Hektik und Stress ungestört und verletzungsfrei intravenös Drogen zu injizieren. Jeder Spieler muss am Ziel nachweisen, dass er jedes Utensil besorgt hat, in dem er alle Kärtchen seiner Spielfarbe vorzeigt, die er auf den ‚ROTEN‘ - FELDERN im Spiel gesammelt hat. Wurde eines dieser Felder im Spiel vergessen, muss der Spieler dort hin zurück und ab da noch mal den Rest der Runde laufen.

Nach und nach treffen sich alle Spieler im Ziel, so dass im ‚Drogennotfall‘ aufeinander aufgepasst werden kann. Bei Bedarf ist so gegenseitige Hilfe möglich.

3.3.8 Eventuelle Störfaktoren im Spielverlauf

Es ist möglich, dass das Spiel länger dauert als es in der Anleitung beschrieben ist, oder dass es abgebrochen wird, bevor alle Mitspieler das Ziel erreicht haben. Dies kann der Fall sein, wenn während des Spiels sehr viele Fragen entstehen, die entsprechenden Klärungsbedarf haben. Grundsätzlich sollten alle Mitspieler darauf achten, dass die Gespräche zwischendurch nicht zu sehr abschweifen, dennoch kann es sein, dass ein bestimmtes Thema, welches im Spiel symbolisiert wird, ausführlich zu besprechen ist. Sollte ein Mitspieler andere Verpflichtungen im realen Alltag haben, denen er nachgehen muss und will, kann er jederzeit aus dem Spiel aussteigen. Kein Mitspieler soll

sein eigenes Leben durch die Dauer des Spiels vernachlässigen. Reale Handlungen haben immer Vorrang.

Schlusswort

Ich hoffe mit diesem Spiel einen Beitrag zur Vermittlung schadensminimierender ‚Safer use‘ – Botschaften leisten zu können, damit Drogenkonsumenten von den notwendigen Kenntnisse zum selbstverantwortlichen Umgang mit Spritz-Utensilien erfahren können. Das Spiel ist selbstverständlich niemals allein ausreichend, sondern kann nur als Ergänzung verschiedener Angebote gesehen werden.

So sollten beispielsweise die Möglichkeit zum Sprizentausch oder das Angebot eines Konsumraums rund um die Uhr zugänglich sein, damit keine Versorgungsengpässe und somit gesundheitsriskante Situationen entstehen können.

Nicht nur bereits bestehende Angebote der Drogenhilfe sollten entsprechend erweitert sein, um hygienebewusstes Verhalten der Konsumenten zu fördern. Auch andere Professionen sind aufgefordert, im Sinne der Gesundheit von Drogenkonsumenten und dem Wohle der Allgemeinheit entsprechende Angebote zu schaffen bzw. Maßnahmen zu überdenken. So sollten z.B. Ärzte vermehrt die Angebote der Substitution und vor allem der Schutzimpfungen gegen Hepatitis A und B durchführen, Krankenkassen und andere Leistungsträger sollten verstärkt in die Übernahme der Behandlungskosten integriert werden.

Bei Personenkontrollen von Drogenkonsumenten durch die Polizei, sollten gefundene Spritzutensilien zwar im Protokoll aufgenommen, jedoch dem Konsumenten anschließend wieder ausgehändigt werden, da sonst der gemeinschaftliche Gebrauch unsauberer Spritzen gefördert wird. Diese und andere strukturelle Veränderungen könnten die Konsumenten bei der Umsetzung der im Spiel gewonnenen Erkenntnisse unterstützen.

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
§	Paragraf
€	Euro
Abs	Absatz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMÄG	Betäubungsmitteländerungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DAH	Deutsche Aids Hilfe
ebd.	ebenda
etc.	et setera = und so weiter
f	und folgende Seite
ff.	und folgende Seiten
g	Gramm
h	Stunde
HCV	Hepatitis C-Virus
Hep	Hepatitis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
i.m.	intramuskulär
i.v.	intravenös
mg	Milligramm
ml	Milliliter
S.	Seite
s.c	subcutan
u.a.	unter anderen
v. Chr.	vor Christi
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Adressenliste

Akzept e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Südwestkorso 14
12161 Berlin

Alternative Drogenhilfe – Suchtzentrum des Städtischen Klinikum „St. Georg“

Chopinstr. 13
04103 Leipzig

AMOC/DHV – Amsterdam Oecumenisch Centrum/Deutscher Hilfsverein

Stadhouderskade 159
NL – 1074 BC Amsterdam

DAH – Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

Fixpunkt e.V. – Verein für suchtbegleitende Hilfen

Boppstr. 7
10967 Berlin

Indro e.V. – Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik

Bremer Platz 18-20
48155 Münster

Literaturverzeichnis

- AKZEPT e.V. 1999:** Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit, Münster 1999
- AKZEPT e.V. (Hrsg.) 1994:** Menschenwürde in der Drogenpolitik! – Ohne Legalisierung geht es nicht, Materialband zum 2. akzept-Bundeskongress, akzept e.V., Berlin 1994
- AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.) 2004:** 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation, Berlin 2004
- BAER, U. 1995:** Spielpraxis – Eine Einführung in die Spielpädagogik, Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung GmbH, Seelze-Velber 1995
- BARSCH, G. 2004:** Entwicklung von Drogenmündigkeit/in: STÖVER, H./KLEE, J.(Hrsg.): Drogen-HIV/Aids-Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 26-39
- BARSCH, G. 2001:** Fahren zwei in einem Boot? – Zum Verhältnis von akzeptierender Drogenselbsthilfe und professioneller Drogenhilfe/in: FINK, A./SCHÄFFER, D.: JES - Leben mit Drogen, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2001, S. 143-173
- BECKER, B.-M. et.al. 1997:** Drogen; in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 4. Auflage, Stuttgart 1997, S. 227-232
- BRÜHL, A. 1992:** Drogenrecht, Verlag C.H. Beck, München 1992
- BtMG, Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 28.7.1981 (BGBl. I S. 681) i.d.F. vom 1.3.1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert am 22.12.2003 (2004, BGBl. I S.28)**
- BZgA (Hrsg.) 1998:** ‚Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung‘, Forschung und Raxis der Gesundheitsförderung Band 4, BZgA, Köln 1998
- BZgA (Hrsg.) 2001:** ‚Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten, Perspektiven für die Zukunft‘, Forschung und Raxis der Gesundheitsförderung Band 12, BZgA, Köln 2001
- CASPERS-MERK, M. 2003:** Aktionsplan Drogen und Sucht, BzGA, Berlin 2003
- CASPERS-MERK, M. 2003:** Hepatitis – Verbesserung der Hepatitis-Prävention und Behandlung für Drogenabhängige, BzGA, Berlin 2003
- CASPERS-MERK, M. 2001:** Sucht- und Drogenbericht 2000, BzGA, Berlin 2001
- CASPERS-MERK, M. 2004:** Sucht- und Drogenbericht 2003, BzGA, Berlin 2004
- de RIDDER, M. 2000:** Heroin – Vom Arzneimittel zur Droge, Campus-Verlag, Frankfurt 2000
- DAH 2001 (a):** Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogenkonsum und Hepatitis – Übertragungswege, Vorbeugen, Behandeln, Berlin 2001
- DAH 2004:** Deutsche AIDS-Hilfe e.V., HIV – Heutiger Wissensstand – AIDS, 29. Auflage, Berlin 2004
- DAH 2001 (b):** Deutsche Aids Hilfe e.V., Safer Use – Richtig spritzen leicht gemacht, Berlin 2001
- DAH 2003:** Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Virus-Hepatitis – Eine Orientierungshilfe, 6. überarbeitete Auflage, Berlin 2003
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.):** Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 4. Auflage, Stuttgart 1997

- EBERT, K. 2003(a):** Flyer-Folierauchen, INDRO e.V., Münster 2003
- EBERT, K. 2003(b):** Flyer-Heroin, INDRO e.V., Münster 2003
- FINK, A./SCHÄFFER, D. 2001:** JES - Leben mit Drogen, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2001
- FRANK, G./MEURER, E. 1999:** Safer use: Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischer Tätigkeit bei der Schadensminimierung intravenös gebrauchender Drogenabhängiger, Diplomarbeit an der FH Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Hildesheim 1999
- FROMBERG, E. 1996:** Opiate; in: NOLTE, F./QUENSEL, S./SCHULTZE, A.: Wider besseres Wissen, Edition Temmen, Bremen 1996, S. 53-62
- GERLACH, R. 1992:** Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen und Selbstheilung – Aktueller Stand der Forschung; in: Materialien zur Heimerziehung, Heft 3, IGfH 1992, S. 5-8
- GÖLZ, J. 2004:** Therapie der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten; in: AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation, Berlin 2004, S. 36-41
- GROENEMEYER, A. 1993:** Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit. Möglichkeiten und Folgen niedrigschwelliger Drogenarbeit; in: INDRO e.V. (Hrsg.): Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen; Verlag für Wissenschaft und Bildung; Berlin 1993; S. 39-144
- HENTSCHEL, A./SCHÄFFER, D. 2004:** Förderung der Drogenselbsthilfe; in: STÖVER, H./KLEE, J.(Hrsg.): Drogen-HIV/Aids-Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 40-52
- HEUDTLASS, J.-H. 1998:** Rectal konsumieren - Wie es gemacht wird, Flyer von INDRO e.V., Münster 1998
- HEUDTLASS, J.-H. 2000:** Safer Use – Gesundheitstipps für Drogengebraucher; in:
- HEUDTLASS, J.-H./STÖVER H. (Hrsg.) 2000:** Risiko mindern beim Drogen-gebrauch, Band 37, 2. Auflage, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2000
- HOLZER, T. 2002:** Globalisierte Drogenpolitik - Die protestantische Ethik und die Geschichte des Drogenverbotes, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2002
- HÜSGEN, H.-A. 2003:** Das Dilemma der Niedrigschwelligkeit in der Drogenhilfe, BINAD, Düsseldorf/Münster 2003
- JES OSNABRÜCK(Hrsg.) 2002 (a):** Hepatitis und Drogen, 8. aktual. und erw. Auflage, JES Osnabrück, Osnabrück 2002
- JES OSNABRÜCK(Hrsg.) 2002 (b):**Substitutionshandbuch 2003, 2. Auflage, JES Osnabrück, Osnabrück 2002
- JOST, L. 2002:** Niedrigschwellige Angebote in: FENGLER, J. (Hrsg): Handbuch der Suchtbehandlung, Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg/Lech 2002, S. 375-376
- KEMMESIES, U.E. 2002:** Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002, Forschungsmodul IV – Szenestudie, J. W. Goethe-Universität , Ffm 2002
- KETTNER, A. 2002:** Lebenslagen, Selbstwahrnehmung und Bewältigungsstrategien junger DrogenkonsumentInnen, Magisterarbeit an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig, Leipzig 2002
- KETZER, M. et. al. (Hrsg.) 2001:** Drogenkonsum und Hepatitis – Übertragungswege, Vorbeugung, Behandlung; Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2001

- KLEE, J. 2004:** Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen; in: KLEE, J./STÖVER, H. (Hrsg.): Drogen-HIV/Aids-Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 107-128
- KLEE, J./STÖVER, H. (Hrsg.) 2004:** Drogen-HIV/Aids-Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004
- LEICHT, A. et. al. 2002:** Befragung zum Drogennotfallverhalten von OpiatkonsumentInnen auf offenen Drogenszenetreffpunkten Berlins - Auswertung', Fixpunkt e.V., Berlin 2002
- LEICHT, A. et. al. 2004:** Transfer von Strategien der Risikominimierung; in: STÖVER, H./ KLEE, J.(Hrsg.): Drogen - HIV/Aids - Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 88-106
- LEICHT, A./STÖVER, H. 2004:** Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention als Vorabdruck aus HEUDTLASS/STÖVER (Hrsg.): Risiko minimieren beim Drogengebrauch, 4. völlig neubearbeitete Auflage, FH-Verlag, Frankfurt/M. 2004
- LEISERING, H. 1999:** Fremdwörterbuch, BZ Verlagsgesellschaft mbH, Köln 1999
- MAY, D. 1998:** Darstellung der Hepatitis-Epidemie bei intravenös Opiatabhängigen, unter Berücksichtigung ihrer Lebenssituation und daraus resultierenden Folgerungen für die Drogenhilfe, Diplomarbeit im FB Sozialarbeit/Sozialpädagogik der FH Hildesheim/Holzminen/Hildesheim 1998
- NOLTE, F. et. al. 1996:** Wider besseres Wissen, Edition Temmen, Bremen 1996
- NOB, T. 2001:** Drogendealer – Untersuchung eines Metiers unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen, Diplomarbeit im FB Sozialarbeit/Sozialpädagogik der FH Hildesheim/Holzminen, Hildesheim 2001
- POSMA, R. 1998:** Der Entzugsprozeß - Eine Spirale nach oben, 2. Auflage, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1998
- PÜSCHEL, K./IWERSEN-BERGMANN, S. 2000:** Drogen - Ihre Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen; in: HEUDTLASS, J.-H./STÖVER H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch, Band 37, 2. Auflage, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2000, S. 38-97
- PÜSCHEL, K./SCHLÖMER, H. 2002.:** Suchtprävention 2002: Gesundheitsförderung und Drogenreziehung? in: BÖLLINGER, L./STÖVER, H.: 2002 Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik, 5. Auflage, FH Verlag Ffm 2002, S. 119-133
- SCHNEIDER, W. 2001 (a):** Der Mythos des Sisyphos in der Drogenhilfe. Oder was kann akzeptanzorientierte Drogenarbeit unter den Bedingungen der Prohibition überhaupt noch leisten? in: SCHNEIDER, W.(Hrsg.): Illegalisierte Drogen: Alte Mythen – Neue Akzeptanz, VWB, Berlin 2001 , S. 13-26
- SCHNEIDER, W. 2001 (b):** Entwicklungslinien akzeptanzorientierter Drogenarbeit; in: FINK, A./SCHÄFFER, D.: JES - Leben mit Drogen, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2001 , S.7-23
- SCHNEIDER, W. 2001 (c) (Hrsg.):** Illegalisierte Drogen: Alte Mythen – Neue Akzeptanz, VWB, Berlin 2001
- SCHNEIDER, W. 1994:** Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen und Selbstausstieg-Ergebnisse und praktische Konsequenzen aus einem Forschungsprojekt in: AKZEPT e.V.(Hrsg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik! – Ohne Legalisierung geht es nicht, Materialband zum 2. akzept-Bundeskongreß, akzept e.V., Berlin 1994 S. 143-158
- STADT LEIPZIG 2001, DER OBERBÜRGERMEISTER (Hrsg.):** Suchtbericht der Stadt Leipzig, Leipzig 2001

- SCHLÖMER, H. 1996:** Das Märchen vom >Helfenden Zwang<; in: NOLTE, F./QUENSEL, S./SCHULTZE, A.: Wider besseres Wissen, Edition Temmen, Bremen 1996, S. 138-149
- SCHMIDT, B. 1998:** Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen, Juventa-Verlag, Weinheim und München 1998
- SCHMIDT, T. 1996a:** Ich habe es ohne Therapie geschafft! Aussteiger aus der Drogenszene berichten, Rasch und Röhning, Hamburg 1996
- SCHMIDT, T. 1996b:** Selbstaussteiger und Strafrecht; in: NOLTE, F. et.al.: Wider besseres Wissen, Edition Temmen, Bremen 1996, S. 133-137
- STÖVER, H. 2004a:** Gesundheitsförderung und HIV-/Hepatitisprävention für Drogengebraucher oder wie man Gutes noch besser machen kann; in: STÖVER, H./KLEE, J. (Hrsg.): Drogen - HIV/Aids - Hepatitis, Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin 2004, S. 10-25
- STÖVER, H. 2004b:** Hepatitis C – Prävention und Psychosoziale Versorgung in Deutschland; in: AKZEPT e.V. et. al. (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 – Dokumentation, Berlin 2004, S. 48-60
- von Knonau, J.M. 1999:** Intravenöser Drogenkonsum: Genau betrachtete Praktiken des Injektionsverhaltens. Eine detaillierte Befragung der MethadonbezüglerInnen, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventionsmedizin, Zürich 1999
- van TREECK, B. 1997:** Der Drogennotfall – Was tun bei Drogenmissbrauch und Drogenvergiftung?, Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag, Berlin 1998
- WETH, H.-U. 1997:** Betäubungsmittelgesetz (BtMG); in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 4. Auflage, Stuttgart 1997, S. 140-141
- WINKLER, P. 2000:** Hilfen im Drogennotfall und bei Erkrankungen infolge Drogengebrauchs in: HEUDTLASS, J.-H./STÖVER H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch, Band 37, 2. Auflage, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2000, S. 253-273
- ZURHOLD, H. 2002:** Drogen konkret, Überarbeitete und aktualisierte Neuauflage, INDRO e.V., Münster 2002

Internetquellen

www.aidshilfe.de

www.bka.de

www.bzga.de

www.fixpunkt.org

www.indro-online.de

www.suchtzentrum.de

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist noch nicht veröffentlicht.

Leipzig, den 26.02.2005

Claudia Gütter