

AKZEPTANZORIENTIERTE DROGENARBEIT IM WANDEL DES KONSUMVERHALTENS

**EINE ANALYSE AM BEISPIEL DES
KONSUMRAUMES „ABRIGADO“ IN LUXEMBURG**

Raoul Schaaf

Bachelor-Thesis - Juni 2019

Université du Luxembourg

*Faculté des Lettres, des Sciences Humaines,
des Arts et des Sciences de l'Éducation*

*Bachelor professionnel
en Sciences Sociales et Éducatives*

Vorbemerkung

Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, werden im folgenden Text die Personen immer in der kürzeren männlichen Form genannt. Mit angesprochen sind natürlich auch die weiblichen Personen. Ich bitte um Verständnis für die Vereinfachung.

Danksagung

Für die Gelegenheit, eine solche Analyse und Befragung der Klienten durchführen zu können, danke ich dem Verwaltungsrat des CNDS, der diesem Vorhaben zugestimmt hat.

Ein besonderer Dank gilt dem gesamten Team des „Abrigado“, das mich mit Wissen, Erfahrung und Menschlichkeit tatkräftig unterstützt hat. Ohne die Beteiligung der Klienten wäre die Befragung und somit auch diese Arbeit nicht möglich gewesen. Daher möchte ich auch ihnen einen großen Dank aussprechen.

Abschließend bedanke ich mich bei Freunden und Arbeitskollegen, die mir beratend zur Seite standen. Last but not least ein großes Dankeschön an meine Frau und meine Familie für Unterstützung, Geduld und Zuspruch während des gesamten Studiums.

EINLEITUNG

Einführung in das Thema

Ein Abkommen und viele Konsequenzen

Vor etwas mehr als einem halben Jahrhundert wurde das Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel als internationales Vertragswerk unter dem Dach der Vereinten Nationen verabschiedet. Dieses hatte zum Ziel, die Verfügbarkeit bestimmter Drogen einzuschränken, darunter Pflanzen wie der Kokastrauch, Schlafmohn und Cannabis. Ebenso sollte die Einschränkung für pflanzliche Rohstoffe wie Opium und Mohnstroh gelten. Auch Heroin und Methadon waren von diesem Vertragswerk betroffen.

Es handelte sich außerdem um ein Abkommen, welches darauf abzielte, den Konsum unerwünschter Drogen pflanzlicher Herkunft wie Opium, Coca und Cannabis, aber auch psychotrope Substanzen wie LSD und Ecstasy einzuschränken. Dies sollte durch die Bekämpfung des Anbaus sowie der Herstellung vollzogen werden. Das Abkommen verfolgte damals eine strikt auf Prohibition ausgelegte Politik, welche jeden nichtmedizinischen und nichtwissenschaftlichen Gebrauch verbietet (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961).

Dieses Einheitsabkommen wurde von fast zweihundert Staaten unterzeichnet, darunter auch Luxemburg, welches dem Abkommen im Jahr 1976 zustimmte. Ein völkerrechtlicher Vertrag hat in der Regel keine legal bindende Wirkung. Dass er sich in diesem Fall trotzdem in Gesetzen verschiedener Länder niederschlug, wurde dadurch erreicht, dass die Inhalte des Abkommens in nationales Recht übernommen wurden und die darin vorgeschlagenen Maßnahmen so eine gesetzliche Basis erhielten. Sie finden sich in den Betäubungsmittelgesetzen von zahlreichen Staaten – wie beispielsweise Luxemburg oder Deutschland – wieder.

Die Drogenproblematik in Europa hat seit diesem Abkommen grundlegende Veränderungen erfahren. Die Situation ist wesentlich komplexer geworden und die multifaktoriellen Einflüsse auf Sucht- und Konsumverhalten der Drogenkonsumenten erfordern Antworten, welche nicht ausschließlich aus gesellschaftlichen und geografischen Erklärungsmodellen bezogen werden können. Große kulturelle Entwicklungen wie auch globale Tendenzen müssen in nationale politische Überlegungen mit einbezogen werden, da sie tiefgreifende Auswirkungen auf die Muster des Drogenkonsums und die damit einhergehenden Probleme haben.

Der Umgang mit der Drogenproblematik in Europa

Gesellschaftlich

Es findet sich kaum ein anderes Phänomen in der Gesellschaft, welches einerseits als soziales Problem begriffen wird und andererseits sehr starken innergesellschaftlichen, aber auch politischen kontroversen Diskussionen unterliegt, wie jenes des Gebrauchs illegaler Substanzen. Ende der 70er Jahre wurde in Luxemburg wie auch in den angrenzenden Ländern die Abstinenzideologie als alleinige Wahrheit gehandelt. Den Krankheitsbegriff handhabte man eher undifferenziert und die Ursachen für den Konsum und die „Stoffabhängigkeit“ wurden gemeinhin auf eine falsche Erziehung zurückgeführt.

Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit wurden als soziales Problem angesehen, wodurch auch die Problemlösung gewissermaßen vordefiniert war. Axel Groenemeyer, Soziologe und Professor an der Technischen Universität Dortmund, formuliert dies in Die Politik sozialer Probleme folgendermaßen: *„etwas als soziales Problem zu bezeichnen, drückt die Erwartung oder Forderung aus, dass es behoben werden soll. Unabhängig davon, wie soziale Probleme im Detail definiert und welche Fragestellungen mit dem Konzept verbunden werden, es besteht Einigkeit darüber, dass die Forderung nach Veränderung der Situation beziehungsweise die Etablierung von Problemlösungen zu den zentralen Merkmalen sozialer Probleme gehören“* (Groenemeyer et al, 2012, S. 117 ff).

Oberste Priorität und alleiniges Ziel in größtenteils stationären Einrichtungen war lebenslange Abstinenz von allen berauschenden illegalisierten und legalisierten Substanzen. Konnten Klienten diese anhaltende Abstinenz nicht erreichen, blieben sie weitgehend ohne Betreuung. Dieser Zustand hielt bis Mitte der 80er Jahre an. Erst ab diesem Zeitpunkt wurde der konsumierende Klient als selbstständiges, aktives und mündiges Gegenüber verstanden. Die Etablierung der aufsuchenden Sozialarbeit ermöglichte auch die Einführung des Prinzips der „Therapie statt Strafe“ und die sogenannten „behandlungsbedürftigen Rechtsbrecher“ konnten zunehmend im freien Drogenhilfesektor behandelt werden. Es kam somit zu einer Wende hin zum niederschweligen Angebot, welches sich eher an den Prämissen der Akzeptanz orientierte. Die gewachsene Akzeptanz spiegelte sich auch in der politischen Entscheidung wider, der Substitution eine legale Basis zu geben. Die Akzeptanzorientierung, gestärkt durch die Ersatzdrogenabgabe als medizinisch anerkannte Methode, führte letztendlich dazu, dass das Behandlungsziel Abstinenz an Bedeutung verlor.

Die Vertreter der akzeptanzorientierten Drogenarbeit forderten ab dem Ende der 80er Jahre allgemein ein Umdenken in Bezug auf den gesellschaftlichen

Umgang mit Konsumenten von illegalen Drogen: Statt den absoluten Verzicht auf Drogenkonsum jeglicher Art als Voraussetzung für wie auch immer gearbete Hilfe zu erklären, setzte man sich explizit für bedingungsfreie und lebensweltbezogene Hilfen ein. Die Schadensminimierung beim Drogenkonsum wurde zur ersten Priorität erklärt. Dies mit dem grundlegenden Ziel, zum einen die Lebensverhältnisse der Drogenkonsumenten zu verbessern und zum anderen einen nicht unwesentlichen Beitrag zur öffentlichen Sicherheit und Gesundheit zu leisten. So zum Beispiel durch die fachgerechte Entsorgung des Spritzenmaterials (EMCDDA, 1999, S. 13 ff).

Politisch

Bis Anfang der 2000er Jahre sah die Drogenpolitik die Repression als die beste Lösung. Die akzeptanzorientierte Drogensozialarbeit machte ihre ersten Erfahrungen demnach unter recht schwierigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Der Erfolg der repressiven Drogenpolitik blieb in weiten Teilen aus. Die Diplom-Pädagogin Jessica Müller beschreibt die Situation so: *„die Drogenprohibition wird weiter aufrechterhalten, obwohl sie unwirksam, teuer und schädlich ist. Die Erfahrung mit Drogenverboten hat gezeigt, dass der Versuch des Staates, mit repressiven Mitteln Kontrolle über Drogennachfrage und -angebot zu gewinnen, gerade umgekehrt dazu geführt hat, dass er die Kontrolle über die Substanzen, über Gesundheitsschutz, Aufklärung und Markt verlor“* (Müller, 2013, S. 30 f).

Seit dem Vertrag von Maastricht 1992 und später auch bei dem 2009 in Kraft getretenen, sogenannten „Lissaboner Vertrag“, wurden die politischen Strukturen auf europäischer Ebene verändert und dem Thema Drogen wurde in den drei Säulen der Drogenpolitik der EU Bedeutung zugesprochen. Bei diesen drei Säulen handelt es sich um erstens die Prävention, zweitens die Beratung und Behandlung sowie drittens die Repression und Angebotsminimierung. Die vierte Säule der Drogenpolitik, die Überlebenshilfe und die Schadensminimierung kam erst später, beispielsweise 2009 in der nationalen Drogenstrategie Irlands, zum Tragen (EMCDDA, 2011).

Bei dem europäischen Ansatz im Drogenbereich wird heute den evidenzbasierten Erkenntnissen eine höhere Priorität eingeräumt als den Ideologien. Gemäß der Definition des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung aus dem Jahr 2014 entspricht evidenzbasierte Suchtprävention *„der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von*

Forschung und Praxis.“ (Experten- und Expertinnengruppe Kölner Klausurwoche, 2014).

In einer wirtschaftlich angespannten Zeit, während der globalen Finanzkrise 2008, in der in Europa Sparmaßnahmen den Takt angaben, kam es in der Folge zu einer schwierigen Situation im Drogenbereich. In einem Kontext, in dem wirksame Interventionen wie beispielsweise die Sensibilisierung im Bereich der risikoreichen Konsumformen oder auch der schadensminimierenden Interventionen wie der Bereitstellung sterilen Spritzenmaterials zwingend nötig waren, kam es im Zuge der Sparmaßnahmen zu einer Kürzung der gebrauchten Mittel.

So hatte beispielsweise die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) im Rahmen einer Studie 2009 eine Schätzung der Ausgaben im Bereich der illegalisierten Drogen in Deutschland vorgenommen und festgestellt, dass von den in Deutschland von der öffentlichen Hand jährlich aufgewendeten Mittel etwa 60-70 % in den Bereich Repression fließen und nur 30-40 % in den Bereich der Hilfen. (Das Gesundheitswesen, 2010) Auch wenn die Resultate in der Bekämpfung der gefährlichen, drogenbedingten Gesundheitsschäden wie HIV- und Hepatitis C - Infektionen sich durch angepasste Medikamente deutlich verbessert haben, besteht die Gefahr, dass durch kurzfristige Einsparungen in diesem Bereich langfristige Folgekosten für die Gesellschaft entstehen.

Veränderung der Drogenkonsummuster

In den ersten europäischen Drogenberichten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht Ende der Neunzigerjahre dominierte Heroin bei den illegalen Substanzen. Zwanzig Jahre später hat sich die Situation grundlegend verändert. Wenn auch die Prävalenzraten sich insgesamt auf einem hohen Niveau im europäischen Rahmen bewegen, steigen sie dennoch nicht weiter an. Allerdings sind die Drogenkonsummuster nicht mehr die gleichen. Waren beispielsweise 1992 in der Schweiz rund 20 000 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz auf Heroin zurückzuführen, so gab es 2018 nur noch knapp 4000 heroinbedingte Strafverfolgungen. Beim Kokain ist der entgegengesetzte Effekt zu beobachten. Waren 1990 knapp viertausend Drogendelikte auf Kokain zurückzuführen, so stieg diese Zahl rasch auf 10 475 Fälle an und nimmt seit 2015 weiter zu (Suchtmonitoring Schweiz, Betäubungsmittelgesetz: Verzeigungen wegen Opioidgebrauchs, nach Substanzen, 1990-2018).

Laut aktuellen, von Deutschland, Frankreich, Österreich und der Schweiz zur Verfügung gestellten Daten zum Kokaingebrauch, berichten drei der vier teilnehmenden Länder von einer tendenziellen Zunahme der Lebenszeitprävalenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Deutschland von 4,0 % auf

5,4 % zwischen 2000 und 2015, Frankreich von 1,9 % auf 7,7 % zwischen 2000 und 2014, Österreich von 2,8 % auf 3,1 % zwischen 2004 und 2015. Nur in der Schweiz kam es zwischen 1999 und 2002 zu einem leichten Rückgang, gefolgt von einem fortlaufenden Anstieg. Zwischen 2007 und 2012 blieben die Prävalenzen konstant bei 2,6 % bei den 15-24-Jährigen. (Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB & CoRoIAR - Lebenszeitprävalenz des Kokaingebrauchs bei 15-24-Jährigen, SGB 1992-2012; CoRoIAR 2011-2016).

Das Spektrum der in Europa und sicher auch in Luxemburg konsumierten Drogen hat sich vergrößert. Der polyvalente Drogenkonsum, wie beispielsweise die Kombination illegaler Drogen mit Alkohol, Medikamenten und nicht kontrollierten Substanzen, wie MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin) ist zu einem vorherrschenden Muster des Drogenkonsums in Europa geworden (EMCDDA, 2011).

Die allgemeine Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit soll einerseits die Möglichkeiten und Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit aufzeigen. Hierfür wird unter anderem das Beispiel des bislang einzigen Drogenkonsumraums in Luxemburg herangezogen. Andererseits soll auch der Frage nachgegangen werden, ob das aktuelle Konzept dieses Drogenkonsumraumes den komplexen Anforderungen des – zuvor beschriebenen – veränderten Konsumverhaltens noch entspricht.

Die nun folgenden Ausführungen gliedern sich in drei große Themenblöcke, die einen Gesamtüberblick über die aktuelle Situation in Luxemburg wie auch im europäischen Kontext erlauben sollen. Im ersten Themenblock wird einerseits der historische Wandel beschrieben, dem sich der gesellschaftliche wie politische Umgang mit der Thematik gegenüber sah. Damit einhergehend wird andererseits ein besonderer Fokus auf sich verändernde Begriffsbestimmungen gelegt, die im direkten Zusammenhang mit der praktischen Umsetzung stehen.

Aufbauend auf den theoretischen Grundlagen in Bezug auf die akzeptanzorientierte Drogenarbeit im ersten Teil, behandelt der zweite Teil die spezifische Situation des Drogenkonsumraumes in Luxemburg von der Entstehung bis zum derzeitigen Stand. Eine Befragung der aktuellen Klienten soll es ermöglichen, die Bedarfslage aus Sicht der Betroffenen zu klären und zumindest einen Anhaltspunkt zu haben, inwiefern das derzeitige Angebot den aktuellen Bedürfnissen der Nutzer entspricht. Hierfür stellt eine eigens für diese wissenschaftliche Arbeit durchgeführte Erhebung die Grundlage dar.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit einigen Spannungsfeldern der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Hier wird sich auch ansatzweise dem politischen Kontext gewidmet. Neben der Auswertung der Datensammlung und einigen Hypothesen zur Interpretation der Resultate steht abschließend ein prüfender Blick auf die konzeptuelle Ausrichtung der analysierten Institution im Fokus. Das Spannungsfeld zwischen Sozialarbeit, Politik und Gesellschaft wird diesbezüglich eine Rolle spielen. Der Ausblick enthält unter anderem auch Erfahrungswerte anderer Länder, die im Rahmen dieser Abschlussarbeit besucht wurden und eventuell – im Sinne der „best-practice“ einen Einfluss aufkommende Projekte in Luxemburg nehmen können.

Drogenkonsum in der EU: Entwicklung zwischen 2000 und 2018

Laut europäischem Drogenbericht von 2018 sind illegale Drogenmärkte *„komplexe Herstellungs- und Vertriebssysteme, die große Mengen an Geld auf verschiedenen Ebenen generieren“* (EMCDDA, 2018, S. 20). Dieser Umstand macht eine präzise Überwachung des Marktes nahezu undenkbar. Einer vorsichtigen Schätzung des gleichen Drogenberichtes zufolge belief sich der Wert des Endkundenmarktes für illegale Drogen in der Europäischen Union im Jahr 2013 auf 24 Milliarden Euro. Der größte Anteil entfiel dabei auf Cannabis (38 %), gefolgt von Heroin (28 %) und Kokain (24 %) (EMCDDA, 2018).

Ein wichtiger Indikator für die Entwicklung der Drogenmärkte ist unter anderem die Sicherstellung illegaler Drogen durch die Polizei- und Zollbeamten. 2016 wurden in Europa rund eine Million Beschlagnahmungen illegaler Drogen vermeldet. Es handelt sich dabei mehrheitlich um selbstkonsumierende Händler. Die große Drogenmenge allerdings machen die Beschlagnahmungen von Sendungen von manchmal mehreren hundert Kilogramm aus. Mehr als 70 % der insgesamt beschlagnahmten Drogenmenge entfällt auf Cannabis, die meisten Sicherstellungen werden aus Spanien, dem Vereinigten Königreich und Frankreich vermeldet. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung des Cannabismarktes ausgeblendet, da dieser im Drogenkonsumraum „Abrigado“ eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Mit einem Marktverkaufswert von etwas mehr als 7,5 Milliarden Euro war Heroin 2013 das am weitverbreitetste Opioid auf dem Drogenmarkt der Europäischen Union. Das in Europa beschlagnahmte Heroin stammt überwiegend aus Afghanistan, Iran und Pakistan. Da in den letzten Jahren mehrere Labore für die Umwandlung von Morphin in Heroin in den Niederlanden und Spanien entdeckt wurden, kann man davon ausgehen, dass ein Teil des Heroins in Europa hergestellt wird. In einigen europäischen Ländern wurde zwischen 2011 und 2014 eine geringere Verfügbarkeit von Heroin festgestellt, seit 2015 hat sich die Situation in diesem Bereich wieder weitestgehend stabilisiert. Auffallend ist, dass zwischen 2002 und 2014 die Menge des in der EU sichergestell-

ten Heroins um die Hälfte gefallen ist von 10 auf knapp 5 Tonnen pro Jahr. Nach konsistenten Berichten verschiedener Länder der EU deuten indizierte Trends darauf hin, dass seit 2012 die Reinheit des Heroins kontinuierlich sinkt, der Marktpreis der Substanz ebenso (EMCDDA, 2018).

Bei den Stimulanzien sind in Europa Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA am weitesten verbreitet, mit jeweils erheblichen regionalen Unterschieden. So ist Kokain in vielen westlichen und südlichen Ländern das am häufigsten beschlagnahmte Stimulans, in nord- und osteuropäischen Ländern sind es eher Amphetamin und MDMA. Im Jahr 2013 wurde der Wert des Endkundenmarktes für Kokain in der EU auf fast sechs Milliarden Euro geschätzt. Beim Kokain, im Gegensatz zum Heroin, deuten indizierte Trends darauf hin, dass der seit 2010 zu beobachtende Aufwärtstrend in Bezug auf die Reinheit des Kokains sich auch seit 2016 weiter fortsetzt. Die Reinheit des Kokains ist somit auf dem höchsten Stand der letzten zehn Jahre.

Der Reinheitsgrad der Substanz hat – neben dem Preis – einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Konsumenten. Lag beispielsweise 2006 der Preis des Kokains bei durchschnittlich 41 Euro und einem Reinheitsgehalt von 40 % (EMCDDA, 2006), so ist heute festzustellen, dass bei einem leicht höheren Preis von durchschnittlich 50 Euro pro Gramm, der Reinheitsgehalt des Kokains mittlerweile bei fast 75 % liegt (EMCDDA, 2018). Heroin hingegen wurde 2006 zu einem Endkundenpreis von durchschnittlich 31 Euro pro Gramm verkauft bei einem Reinheitsgehalt von in der Regel um die 20 % (EMCDDA, 2006). 2018 liegt der durchschnittliche Verkaufspreis des Heroins bei rund 40 Euro pro Gramm und einem Reinheitsgehalt von meistens weit unter 20 % (EMCDDA, 2018). Es bleibt zu bemerken, dass es sich hier um stark vereinfachte Durchschnittswerte handelt, die Unterschiede in den einzelnen Ländern der EU sind zum Teil erheblich.

Drogenkonsumräume – geschichtlicher Abriss am Beispiel Luxemburg

Entwicklung und Etablierung in Luxemburg

Am 13. November 1980 fand in einer Plenarsitzung der luxemburgischen Abgeordnetenversammlung eine Debatte zur Drogenbekämpfung und Suchthilfe statt. Es wurden insgesamt dreißig Vorschläge diskutiert. Besprochen wurde einerseits die Ursachenbekämpfung. Andererseits kam auch die Repression von Drogenhändlern und die Therapie von Süchtigen zur Sprache. Zu dieser Zeit ließ sich noch keine – von außen wahrnehmbare – akzeptanzorientierte Haltung in Bezug auf Drogenkonsum und -abhängigkeit erkennen. Die damalige abstinenzorientierte Drogensozialarbeit stand ganz im Zeichen der Hin- und Herbewegung des Konsumenten zu einer abstinenten Lebensführung.

Hilfsangebote beschränkten sich auf klinischen Entzug, Langzeittherapien und anschließende Nachsorge. Eine große, zentrale psychiatrische Klinik, das damalige „Hôpital Neuro-Psychiatrique“ in Ettelbrück, mit zwei angegliederten spezialisierten Therapieeinrichtungen stellten das gesamte Versorgungsangebot dieser Zeit dar. Die im Westen gelegene Therapieeinrichtung „Centre Thérapeutique Useldange“ richtete sich mit ihrem Angebot vordergründig an alkoholranke Menschen. Das sich im Osten befindliche „Centre Thérapeutique Syrdall Schlass Manternach“ war vorwiegend Konsumenten von illegalen und sogenannten „harten Drogen“ vorbehalten.

Daneben existierte aber auch Initiativen wie das Ende der 70er Jahren gegründete „Kollektiv Spackelter“. Dessen Drogensozialarbeit war im Gegensatz zu den anderen Institutionen eher unkonventionell angelegt. Und sorgte ab 1980 dafür, dass auch die politische Debatte um die Ausrichtung der Drogensozialarbeit mehrfach diskutiert wurde. Das Kollektiv, bestehend aus Erziehern, Sozialpädagogen, Lehrern, Arbeitstherapeuten, Menschen mit handwerklichen Ausbildungen sowie abstinenten, ehemaligen Drogenkonsumenten, orientierte sich damals am sogenannten „Daytop-Modell“. Dieses Konzept entstand bereits 1958 in Kalifornien, als die erste Selbsthilfeorganisation von Drogenabhängigen unter dem Namen „Syanon“ zu agieren begann. Das „Kollektiv Spackelter“ beabsichtigte, ähnlich dem amerikanischen Modell, auch in Luxemburg Wohngemeinschafts-Situationen mit Familiencharakter zu schaffen, um drogenabhängige Menschen begleiten zu können und zu einem abstinenten Leben zu führen.

Laut Aussagen des Kollektivs wurde dabei Wert auf die Stärkung des Selbstvertrauens gelegt. *„Dabei geht es nicht nur um die sachliche Information über Drogen und ihre Auswirkungen, sondern vor allem auch um den menschlichen Kontakt zur Vorbereitung einer Langzeittherapie, um die Vermittlung von Vertrauensärzten und ausländischen Therapiegemeinschaften, um den Besuch im Gefängnis oder Krankenhaus beziehungsweise um den Schutz vor der Polizei, um die Aufklärung in Schulen und Jugendzentren“* (Pauly, 1981).

Auch kritisierte das Kollektiv die damalige Drogenpolitik und stellte bei der am 13. November 1980 stattfindenden Drogeninterpellation in der Abgeordnetenkammer nüchtern fest: *„dass nicht alle Abgeordneten Fachleute für alle Probleme sind (...) ist verständlich. Dass aber Nicht-Fachleute Platitüden [sic] über ein menschlich sehr schwerwiegendes Problem äußern und einer Nicht-Politik von Seiten der Regierung ein Alibi ausstellen, sollte der wählende Bürger nicht dulden“* (Pauly, 1980). Diese Aussage ging unter anderem auf einen Konflikt zwischen dem „Kollektiv Spackelter“ und dem damaligen Polizei- und Gesundheitsminister E. Krieps zurück, der dem Kollektiv jedwede Kompetenz abgesprochen hatte in Bezug auf die Drogensozialarbeit.

Obgleich bereits seit 1985 verschiedene Organisationen im Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit tätig waren, um problembelastete Zielgruppen zu unterstützen, die nicht mehr von herkömmlichen sozialen Einrichtungen erreicht wurden, beschränkte sich dieses Angebot vorrangig auf das Gebiet der Hauptstadt. Ab 1993 entstand dann die erste mobile Anlaufstelle für wohnungslose und/oder drogenkonsumierende Menschen; das Projekt „Camionette“. Ein umgebauter Kleinbus wurde zur ersten mobilen Lösung im Bereich der sogenannten „harm reduction“ für Drogennutzer. Das Angebot umfasste den kostenlosen Spritzentausch, auch andere Utensilien wurden zur Verfügung gestellt, um eine Übertragungsverminderung lebensbedrohlicher Krankheiten zu erreichen.

Die Vermeidung gesundheitlicher Schäden durch die Drogeneinnahme ist eines der Hauptmerkmale des „Harm-Reduction-Ansatzes“. Der Fokus liegt auf Menschen, die weiterhin Drogen nehmen wollen und nicht auf dem Ziel der Abstinenz. Dieser Arbeitsansatz umfasst auch, dass therapiewillige Klienten ausstiegsorientiert beraten werden können und adäquate Hilfestellungen zur Weitervermittlung erhalten (EMCDDA, 2011, S. 39ff).

Bereits Anfang Juni 1999 eröffnete die erste stationäre Einrichtung, anfänglich „Fixerstuff“, später „TOX-IN“ genannt, ihre Türen. Die große Anzahl der betroffenen Klienten, aber auch die ständig steigende Zahl der drogenbedingten Todesopfer erforderten eine angepasste Lösung. Das „TOX-IN“, welches später in „Abrigado“ umbenannt wurde, bleibt bis zum Herbst 2019 die einzige niederschwellige Einrichtung, die neben der Drogen-Sozialarbeit ab 2005 auch einen Drogenkonsumraum anbot, um dem Auftrag der Schadensminimierung als Mission des nationalen Drogenaktionsplanes (Ministère de la Santé, 2015) gerecht zu werden.

Drogenabhängigkeit: Krankheit oder selbstgewählter Lebensstil

Zur genauen Begriffsbestimmung der Drogenabhängigkeit muss der Begriff in seine Worteinzelteile zerlegt werden. Der Wortursprung für Drogen ist laut Duden auf das niederländische Wort „droog“ zurückzuführen, das für „trocken“ steht. Noch heute verstehen Apotheker unter „Drogen“ Pflanzen und Pflanzenteile, chemisch hergestellte Stoffe, Sekrete oder Tier Teile, die gesammelt, gereinigt und weiterverarbeitet werden. Bei Gebrauch des Drogen-Begriffs rücken einerseits die pharmakologischen Aspekte in den Vordergrund, sodass regelmäßig an alle Substanzen mit psychoaktiver Wirkung gedacht wird, ohne sich dabei dafür zu interessieren, wie der Umgang damit offiziell geregelt ist. Aus dieser regelorientierten Sicht stehen Medikamente neben Alkohol, Kaffee, Tabak sowie Tee und verbotenen Substanzen wie Heroin, Kokain und anderen psychoaktive Substanzen.

Andererseits sind unter dem Begriff Drogen die Substanzen versammelt, deren Handel und Erwerb sowie deren Besitz unter Strafe stehen, die also durch juristische Regelungen illegalisiert wurden. Jene Definition, der im Rahmen der vorliegenden Arbeit gefolgt wird, wurde 1981 von der Weltgesundheitsorganisation festgelegt, die herausstellte: *„eine Droge ist eine psychoaktive Substanz, die auf das Zentralnervensystem wirkt. Drogen in diesem Sinne sind alle Stoffe, Mittel und Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen im lebendigen Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen“* (WHO Memorandum, Bulletin of the World Health Organization 1981, 59, S. 225-242).

Der Begriff „Abhängigkeit“ oder synonym verwendet „Sucht“ beschreibt ein übersteigertes Verlangen oder Bedürfnis nach etwas oder einer bestimmten Handlung beziehungsweise eine besonders hohe Affinität gegenüber bestimmten Objekten der Umwelt zu haben (Tretter, 2017). Demnach ist Drogenabhängigkeit definiert als ein scheinbar unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten psychotropen Substanz. Die Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz setzt unweigerlich den Konsum einer oder mehrerer Drogen voraus. Wann genau oder nach wie vielen Konsumvorgängen ein Individuum von einem der genannten Suchtmittel abhängig ist, wurde von der Fachliteratur bis heute nicht einheitlich geklärt.

Sind mindestens drei der folgenden Kriterien – die von der WHO festgelegt wurden – während den letzten zwölf Monaten vorhanden, so sollte man eine „Abhängigkeitsdiagnose“ stellen: ein starker Wunsch psychotrope Substanzen zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Konsum, ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, eine nachweisliche Toleranz gegenüber der konsumierten Substanz, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen oder ein anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

In Bezug auf die Merkmale, die in der ICD-10 (10. Überarbeitung der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) niedergeschrieben wurden, kann verallgemeinert werden, dass Sucht ein physischer oder auch psychischer Zustand ist. Im offiziellen Sprachgebrauch der WHO existiert der Begriff der Sucht nicht mehr. Er wurde zunächst durch Missbrauch und Abhängigkeit ersetzt und Anfang der 70er Jahre zugunsten vier definierter Klassen des Gebrauchs verworfen:

- ist der Gebrauch nicht toleriert von der Gesellschaft, handelt es sich um einen unerlaubten Gebrauch;

- sind mit dem Gebrauch schädliche Folgen für den Konsumenten verbunden, handelt es sich um einen gefährlichen Gebrauch;
- sind die psychischen oder sozialen Funktionen eingeschränkt, spricht man von einem dysfunktionalen Gebrauch;
- liegen bereits gesundheitsschädliche Störungen vor, spricht man von einem schädlichen Gebrauch.

Aufgrund dieser WHO Klassifikation sind Konsummuster mit positiver Abhängigkeitsdiagnose, im sozialrechtlichen Sinne, Krankheiten mit rechtlichem Anspruch auf Versorgung.

Kann man also bei Drogenabhängigkeit mit der vorangegangenen Begriffsbestimmung von einem selbstgewählten Lebensstil sprechen? Um diese Frage zu beantworten, kann man sich beispielsweise die in Deutschland seit 1973 durchgeführte Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und deren Befunde ansehen. Diese Studie wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit alle zwei bis fünf Jahre durchgeführt.

Die analysierten Stichproben, im Durchschnitt 10 000 Personen, und die anschließenden Hochrechnungen auf die Weltbevölkerung erlauben es, verlässliche Angaben zum Konsum zu machen (Augustin; Kraus, 2001). Die dargestellten Ergebnisse lassen, neben der Gruppe der experimentellen Drogenkonsumenten, die Beschreibung von mehreren Typen von Konsumenten zu, wenngleich die vorhandene Trennschärfe nicht immer eine klare Trennung der verschiedenen Gruppen zulässt (DBDD, 2002). Es gibt zum einen die reinen Cannabiskonsumenten, die zumindest in einer Lebensphase diese Droge konsumieren. Hier handelt es sich mehrheitlich um Menschen, die sozial vernetzt sind und keine Auffälligkeiten in Bezug auf ihre Lebensstrukturierung aufweisen. Es geht um einen reinen Freizeitkonsum; es werden keine zusätzlichen illegalen Drogen konsumiert, demnach kann man von einem selbst gewählten Lebensstil ausgehen, obwohl die Anzahl eben dieser Personen in der ambulanten Suchtbehandlung deutlich ansteigt.

Eine zweite Gruppe ist die junge Konsumentengruppe mit multiplen Drogenkonsum, die nicht unbedingt festgelegt sind in Bezug auf die Wahl der Droge. Diese Gruppe ist zumindest teilweise mit bestimmten „Szenen“ verknüpft. Die konsumierten Drogen sind hauptsächlich auf sogenannten „Techno- und Rave-Partys“ aufzufinden. Es handelt sich hier vorrangig um Konsumenten von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen, aber auch LSD und Kokain sind nach neuesten Erkenntnissen auf dem Vormarsch in dieser sozialen Gruppe (EMCDDA, 2011; EMCDDA, 2018).

Die Gruppe mit den schwierigsten Rahmenbedingungen ist nach wie vor jene der heroinabhängigen Menschen. Obgleich die Zahl, auch in Deutschland, in den letzten Jahren relativ stabil geblieben ist, so ist dennoch ein klarer Trend

festzustellen. Nämlich jener eines sogenannten „Beikonsums“, hauptsächlich von Kokain und Cannabis. Zudem ist in dieser Gruppe immer häufiger ebenso eine Alkoholabhängigkeit zu konstatieren.

Schlussendlich gibt es noch die Gruppe von Konsumenten von Kokain, die darüber hinaus keine weiteren Drogen einnehmen. Sie sind zahlenmäßig in den Statistiken weniger repräsentiert als Heroinkonsumenten. Neben den Ergebnissen aus Umfragen in der Allgemeinbevölkerung sind es vor allem die im Vergleich zu Heroin höheren Beschlagnahmungsmengen, die für eine vergleichsweise weite Verbreitung von Kokain sprechen (DBDD, 2018).

Angesichts der beschriebenen Klassifikation der verschiedenen Typen von Konsumenten (ohne an dieser Stelle auf die klassischen Suchttheorien einzugehen) sowie in Anbetracht der verschiedenen Drogenkonsummuster, kann die Frage nach dem selbstgewählten Lebensstil nur sehr differenziert – und unter Einbeziehung der jeweiligen, individuellen Lebenssituationen – beantwortet werden. Man kann aber – ausgehend davon, dass bewusstseinsweiternde Substanzen nicht zur Lösung von Problemen oder schwierigen Situationen konsumiert werden – durchaus behaupten, dass in verschiedenen Situationen des „Freizeitkonsums“ dieser Substanzen von einem selbstgewählten Lebensstil gesprochen werden kann. Probleme ergeben sich erst dann, wenn aus dieser autonomen Entscheidung eine Abhängigkeit entsteht, welche die Entscheidungsfähigkeit und -möglichkeit des Betroffenen maßgeblich verringert.

Exkurs: Die gesellschaftliche Konstruktion des Drogenproblems

Bereits 1845 schilderte der französische Arzt Jacques Moreau die Hahischwirkung als durchaus angenehm, genau wie Charles Baudelaire, der die Wirkung der Droge schon 1860 in *Les Paradis Artificiels* eingehend beschrieb (Baudelaire, 1860). Der bekannte Schriftsteller Sir Arthur Conan Doyle konsumierte in seiner Zeit als Medizinstudent Gelsemium, eine stark narkotisierende Wurzel. Später wird die Hauptfigur seines größten schriftstellerischen Erfolgs, Sherlock Holmes, unter den missbilligenden Blicken des Dr. Watson Kokain spritzen, wenn nicht gerade ein schwieriger Fall zu lösen ist. Das Interesse an Drogen ließ auch im 20. Jahrhundert nicht nach, Jean Cocteau beschrieb in seinem Opium-Tagebuch seine Rauscherfahrungen, Henri Michaux schilderte 1957 in *Turbulenz im Unendlichen* seine Erfahrungen mit Meskalin (Michaux, 1957). Der Rausch unter Drogen prägte die Geistes- und Literaturgeschichte der letzten 150 Jahre nachhaltig. Die genannten Beispiele wären um ein Vielfaches erweiterbar.

Bis ins 18. Jahrhundert hinein galt der Konsum verschiedener Drogen gewöhnlich nur als Laster und wurde nicht unbedingt als krankhaftes Verhalten angesehen. Der Rausch, ob durch Alkohol oder andere Drogen hervorgeru-

fen, war durchaus ein regelkonformes Verhalten in der damaligen Gesellschaft. Aber bereits Ende des 19. Jahrhunderts setzt sich eine neuzeitliche Betrachtungsweise der Sucht durch, die nach und nach in die Pathologisierung der Sucht, und schlussendlich auch in die Kriminalisierung und die strafrechtlichen Diskurse des 20. Jahrhunderts führten (Reymann, 2019).

Diese Orientierung kann man durchaus unter dem Blickwinkel der wissenssoziologischen Drogenforschung betrachten, die ja in ihrem Grundgedanken davon ausgeht, dass man um die konstruierte Wirklichkeit eines sozialen Problems verstehen zu können, es wichtig ist, die symbolischen Strukturen und die kommunikativen Prozesse die am Ursprung dieser Orientierung stehen zu analysieren. Es geht bei der gesellschaftlichen Konstruktion des Drogenproblems auch darum wie und mit welchem Wissen die Drogennutzung in der Gesellschaft diskutiert wird. Eine nicht unwesentliche Rolle spielen dabei sowohl die kulturellen Einflüsse wie aber auch das Wissen, vermeintliches oder auf Fakten basierendes Wissen, und das eigene Verhalten gegenüber Rausch, Sucht und Drogen.

Allgemein ergeben sich daraus vielfältige (Forschungs)-Fragen. Dies gilt auch für den politischen Diskurs: Welche Substanzen werden in der Gesellschaft als Drogen angesehen und welche Diskurse werden von welchen Akteuren über diese Drogen geführt? Welche politischen Auswirkungen haben diese Diskurse? Welche drogenbezogenen Wissensbestände beeinflussen sowohl die öffentliche wie die politische Diskussion? Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in diesem Kontext auch ansatzweise mit der Frage der von der Gesellschaft geführten Diskurse in Bezug auf Drogen.

Der politische Diskurs

Grundlegend kann man behaupten, dass in modernen Gesellschaften westlichen Typs die wissenssoziologische Sicht auf das Drogenthema oft eine sozialkonstruktivistische Perspektive beinhaltet, die *„sich auf die Rekonstruktion kommunikativ erzeugter Problemwahrnehmungen und den dahinter liegenden Wissensbeständen und Diskursen konzentriert“* (Schetsche; Schmied-Knittel, 2019, S. 281). Soziale Probleme, wie die Drogennutzung, werden öffentlich thematisiert, prioritär von den sozialen Akteuren vor Ort und beinhalten zumeist Forderungen an die Gesellschaft und die staatlichen Instanzen.

Im öffentlichen und politischen Diskurs wird sich vorwiegend an drei Elementen orientiert:

- a) Die Drogennutzung und der Drogenkonsum sind nach aktueller Wertordnung und -vorstellung als negativ zu betrachten und damit als Verhalten unerwünscht.

- b) Es gibt Betroffene, die zumindest teilweise unverschuldet, durch diesen Konsum gesellschaftlich benachteiligt sind.
- c) Es existieren Möglichkeiten, im Rahmen der bestehenden Sozialordnung, das vorhandene Problem einer Lösung zuzuführen und dies ist auch ethisch erstrebenswert.

Anhand des vom deutschen Soziologen und Politologen Michael Schetsche entwickelten Kokonmodells sozialer Probleme kann konkret für die Drogenthematik beschrieben werden, wie die Thematisierung strukturell funktioniert und eben auch erfolgreich ist (Schetsche, 1996).

Demnach provoziert jede neue Droge einen neuen Gefahrendiskurs der, geführt von den kollektiven Akteuren, auch zum Ziel hat, die jeweilige Droge und ihre Nutzer zu kriminalisieren und den Gebrauch durch rechtliche Maßnahmen zu regeln. Es kommt dann eigentlich nur auf die jeweiligen Rahmenbedingungen und den kulturellen Kontext an, um zu klären ob eher moralische, religiöse oder wissenschaftliche Argumente im Vordergrund der gesellschaftlichen Ablehnung der Drogennutzung stehen. Es bleibt dabei zu beachten, dass nicht vor einer Beschädigung der Wissensordnung gewarnt wird, sondern vor den jeweils konstruierten Schäden und Risiken für die nichtkonsumierende Gesellschaft (Schetsche und Schmidt, 2016)

Substanzgebundener Konsum- Genuss oder psychische Störung?

Der Konsum von bewusstseinsändernden, psychoaktiven Substanzen ist schon Jahrtausende alt. Allerdings brachte das Zeitalter der Industrialisierung auch eine gewisse Normierung mit sich. Normen wie Selbstbeherrschung und Eigenverantwortung gewannen Anfang des 20. Jahrhunderts zusehends an Bedeutung. Der Arbeitsmarkt und die ökonomischen Wettbewerbsbedingungen erforderten ein hohes Maß an Selbstdisziplin am Arbeitsplatz sowie in der Gesellschaft. Somit wurde Drogenkonsum nach und nach als normabweichendes Verhalten deklariert und Menschen, die mittels Rauschmittel versuchten, der realen Welt für eine Zeit zu entfliehen, als schwache Persönlichkeiten abgewertet.

Aber auch andere gesellschaftliche Normen beeinflussen bis heute neben den sozialen und kulturellen Voraussetzungen die Klassifizierung in abhängig und nicht-abhängig und den Stand in der jeweiligen Gesellschaft. Beispielsweise gelten Gewohnheitsraucher, die mindestens ein Jahr rauchen – nach aktuellem Stand der Richtlinien der ICD-10 – als abhängig. Anders formuliert bedeutet dies, solche Raucher hätten nach dem offiziellen Klassifizierungssystem eine psychische Störung. Im öffentlichen Verständnis unserer Gesellschaft gelten diese Personengruppen jedoch nicht als psychisch gestört, obwohl sie den Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms entsprechen. Schlussendlich zeigen auch die Resultate der Studie der Europäischen Beob-

achtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Projekt ESPAD, Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen, EMCDDA, 2018), dass es sicher Menschen gibt, die psychoaktive Substanzen konsumieren, ohne dass zunächst für sie selbst oder andere ein offensichtlicher Schaden entsteht (EMCDDA, 2018).

Ist einerseits für einen Teil dieser Menschen nach einem mehr oder weniger kurzen Exkurs die Erfahrung mit diesen Substanzen vorbei, so gibt es andererseits eine nicht unerhebliche Anzahl an Menschen, die nach längerem Konsum psychotische Störungen aufweisen, bei denen exzessiver Cannabiskonsum oder Kokainkonsum möglicherweise eine Rolle gespielt haben. (DBDD,2018). Wenn der Konsum vom Konsumenten selbst als problematisch empfunden wird, wenn durch den Konsum negative Folgen und gesundheitliche Probleme auftreten und sich eine Abhängigkeit entwickelt, kann man nicht mehr von einem selbstgewählten Lebensstil ausgehen.

AKZEPTANZORIENTIERTE DROGENARBEIT: THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Drogenarbeit geht grundsätzlich von zwei zum Teil grundverschiedenen Ansätzen aus in der Arbeit mit Drogenkonsumenten: dem akzeptanz- und dem abstinenzorientierten Ansatz. Diesen beiden Ansätzen liegen sehr unterschiedliche Menschenbilder zu Grunde. Menschen, bei denen man die jeweilige Lebenssituation als Grundlage zur Zusammenarbeit akzeptiert, werden so befähigt, über ihr Leben zu entscheiden. Stellt man die Abstinenz als das zu erreichende Ziel in den Vordergrund und legt ein drogenfreies Leben als Ideal fest, so werden Menschen entmündigt und die freie Entscheidung spielt – wenn überhaupt – eine weniger wichtige Rolle.

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit respektiert das Selbstbestimmungsrecht der Menschen, sich auch mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen eine selbstbestimmte und eigenverantwortete Lebensperspektive zu erarbeiten. Dieses Recht schließt selbstverständlich die selbst gewählte Abstinenz als Form des Umgangs mit der Stoffabhängigkeit mit ein. Eine erzwungene Abstinenz als Voraussetzung zur Hilfeleistung würde diesem Paradigma widersprechen und wäre mit den damit verbundenen Vorstellungen von der Würde des Menschen nicht kompatibel (Barsch, 2010).

Bei der akzeptierenden Drogenarbeit kommt dem Klienten beziehungsweise der Klientel ein zentraler Stellenwert zu. Die Klienten steht im Mittelpunkt der Interventionen und ist somit sowohl Ausgangs- und Orientierungs- wie auch Zielpunkt der sozialen Arbeit. Der Begriff des Klienten steht im Folgenden für den drogenkonsumierenden Menschen und für das vom Drogenkonsum betroffene soziale Umfeld, die in den Einrichtungen der Drogenhilfe um Unter-

stützung bitten. Die Diskriminierung und Ausgrenzung der betroffenen, illegalisierten Drogenkonsumenten stellt die Sozialarbeit dabei vor größere Herausforderungen, da durch diese Exklusion eine Vielzahl an Schwellen erzeugt werden können, die es erschweren, dringend gebotene Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die akzeptierende Drogenarbeit geht von dem bereits in den Menschenrechten verankerten Prinzip des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus, welches zumindest in den meisten europäischen Grundgesetzen ebenfalls verankert ist (Barsch, 2014). Es gilt also, gesundheitsschädliche Strukturen zu verhindern und Hilfebedürftigen eine ausreichende und angemessene medizinische und psychosoziale Versorgung zu garantieren. Mit dem Begriff des Klienten wird also auch auf *„die besondere Beziehung des Drogenkonsumenten zum Drogenhilfesystem hingewiesen, eine Beziehung zwischen Helfer und Konsumenten, die strukturell bedingt, nicht gleichberechtigt ist“* (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999, S. 8).

Ausgangslage und Hintergründe

Die Ausgangslage in der Drogenarbeit allgemein und in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit im speziellen bezieht sich auch immer wieder auf die Entwicklung in der Drogenpolitik. Bis heute scheint es das Wunschziel vieler Politiker zu sein, eine drogenfreie Welt zu schaffen. Dass dies nicht gelingen kann, hat die Erfahrung der letzten Jahrhunderte gezeigt. Wo es Gesellschaften gibt, wird es auch Rauschmittel geben. Und dennoch kam es bislang nicht zu einem nachhaltigen Paradigmenwechsel. Nach wie vor sind zahlreiche politische Entscheidungsträger der Meinung, man könne alleine durch repressive Mittel dem Problem Einhalt gebieten. Heute wie früher *„fielen die Erfolge der Drogenpolitik, durch strafrechtliche Maßnahmen den Drogenkonsum einzudämmen, recht bescheiden aus“* (Schneider, 1998, S. 42f).

Generell verhält sich die aktuelle luxemburgische Drogenpolitik in diesem Kontext eher widersprüchlich. Denn aus medizinischer Sicht ist Abhängigkeit, auch von illegalisierten Substanzen, eine anerkannte Krankheit. Und dennoch ist es ein Fakt, dass eine Abhängigkeitserkrankung, welche den Besitz und Konsum von psychotropen Substanzen voraussetzt, mit strafrechtlichen Sanktionen geahndet wird. Scheinbar besteht ein allgemeiner Konsens in drogenpolitischen Debatten, das Prinzip, Krankheit durch Bestrafung zu heilen, zu vertreten. Der erklärte Grundgedanke der Drogenpolitik ist der Schutz der Gesellschaft vor potenziell gefährdenden Substanzen.

Die Strategie der luxemburgischen Regierung, festgelegt auf den Zeitraum 2015 bis 2019, definiert als übergeordnetes Ziel einen größeren Schutz der Gesellschaft in den Bereichen öffentliche Gesundheit, öffentliche Sicherheit und sozialer Zusammenhalt (Ministère de la Santé, 2015). Diese Grundidee

beinhaltet einen gewissen entmündigenden Charakter, denn prinzipiell kann jedes volljährige Individuum eigenständig über die individuellen Gefahren des Drogenkonsums, die es einzugehen gewillt ist, entscheiden. Bei dieser selektiven Klassifizierung nach Genuss- und Suchtmittel folgt die aktuelle drogenpolitische Praxis dem Anschein nach keinem allgemein nachvollziehbaren Konzept. Denn obwohl wissenschaftlich erwiesen ist, dass regelmäßiger Alkohol- und Nikotinkonsum gesundheitliche Schädigungen nach sich zieht, sind diese Substanzen nicht verboten, sondern als Genussmittel ausgewiesen (Schmit-Semisch, 2002).

Zudem wurde längst bestätigt, dass beispielsweise der Konsum von reinem Heroin keine körperlichen oder psychischen Schäden verursacht. Ausschließlich die Unreinheit des Stoffes durch Beimengungen oder Streckmittel und risikoreicher Konsum führen zu den bekannten Gesundheitsschädigungen (Schneider, 1998). Bei der Einstufung in legale und illegale Substanzen spielt also der gesundheitliche Risikofaktor eine tendenziell untergeordnete Rolle. Es hängt eher von der gesellschaftlichen und kulturellen Integration der Substanzen – und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Akzeptanz – ab.

Diese These wird einerseits durch die aktuelle Debatte um die Legalisierung einer von der Gesellschaft eher als „weiche Droge“ klassifizierte Substanz, dem Cannabis, unterstützt. Und andererseits durch die Praxis in Ländern wie Dänemark, wo bereits seit dem Jahr 2000 der Besitz einer geringfügigen Heroinmenge zur Deckung des persönlichen Bedarfs nicht bestraft wird. Dabei wird auch auf die Sicherstellung der Substanz verzichtet, da dies nicht lösungsorientiert ist, und einen Anstieg der Beschaffungskriminalität bei der Beschaffung einer neuen Dosis auslösen könnte (EMCDDA, 2000).

Grundannahmen und Prinzipien der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Im Gegensatz zu den traditionellen Angeboten der Drogenhilfe – die vorwiegend abstinenzorientiert arbeiten – ist das Angebot der akzeptanzorientierten Drogenhilfe deutlich niedriger angesetzt. Für viele Drogenkonsumenten ist die Abstinenz der letzte Schritt, der aus der Konsumszene herausführt. Oftmals stehen vor diesem Schritt viele, sehr unterschiedlich gestaltete Versuche, die persönlichen Lebensbedingungen zu verbessern. Nicht für jeden Konsumenten ist ein drogenfreies Leben das zu erreichende Ziel. Die akzeptierende Drogenarbeit setzt im niederschweligen Bereich an und ist begleitend und orientierend tätig, um individuelle Voraussetzungen für Veränderung zu schaffen. Es sind hier vor allem Bedürfnisse der Existenzsicherung, Fragen in rechtlichen und administrativen Angelegenheiten oder sonstige akute Probleme der Konsumenten, welche Vorrang haben.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit orientiert sich an den Zielen des Drogenkonsumenten und gestaltet sich ergebnisoffen im Ablauf. Der entscheidendste Unterschied zwischen den abstinentorientierten und den akzeptanzorientierten Konzepten ist aber die Sichtweise auf den Klienten. Bei der Akzeptanzorientierung wird der Klient hier nicht als hilfsbedürftiger Mensch gesehen, der von einer Persönlichkeitsstörung geheilt werden muss, sondern als mündiger und zur Selbstbestimmung fähiger Mensch. Die Hilfe orientiert sich demgemäß an der Lebenswelt und den individuellen Bedürfnissen des Klienten und akzeptiert ihn so, wie er ist.

Ziele akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Die Ziele der akzeptanzorientierten Drogenhilfe sind nicht unbedingt identisch mit denen der abstinentorientierten Hilfe, und können der aktuellen, auf Verbot ausgerichteten, Drogenpolitik zeitweise sogar entgegenarbeiten. Auf drogenpolitischer Ebene steht somit als primäres Ziel nicht die Abschaffung der illegalisierten psychoaktiven Substanzen, sondern eine Entkriminalisierung durch Legalisierung verbunden mit einer Orientierung zu einem abstinenten Leben (Hermanns, 2017).

Auf der Ebene der begleitenden Sozialarbeit ist das prioritäre Ziel eine Schadensminderung für den Klienten und zwar in allen Bereichen seiner Lebenswelt. Die Angebote der sogenannten „harm reduction“ zielen einerseits darauf ab, gesundheitliche, psychische und soziale negative Auswirkungen des Drogenkonsums zu minimieren, andererseits sind sie als eine präventive Maßnahme zu verstehen.

Die pragmatischen Angebote des Gesundheitsschutzes, wie beispielsweise die Bereitstellung von sterilem Konsumbesteck, vorbeugende Maßnahmen im Bereich der sexuellen Aktivität oder noch Sensibilisierung in Bezug auf die Übertragbarkeit verschiedener Krankheiten, tragen im Wesentlichen dazu bei, Neuinfektion beispielsweise mit den Viren von Hepatitis C oder HIV zu vermindern. Mit diesen Ansätzen werden einerseits die Eigenverantwortung und die Selbstwirksamkeit des Klienten unterstützt, andererseits wird versucht das Ziel, einen verantwortungsvollen Umgang mit verbotenen Substanzen, einen risikoverminderten und verantwortungsbewussten Konsum, zu erreichen.

Die Niederschwelligkeit des Angebotes sowie das Konzept der Selbstbefähigung, des Self-Empowerments des Klienten, schaffen die notwendigen Rahmenbedingungen, um die Selbstbestimmung und Autonomie des Klienten zu stärken. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit richtet sich nach den individuellen Kompetenzen und Ressourcen des Klienten und entwickelt gemeinsam Hilfestellungen, die es dem Klienten erlauben, eine selbstbestimmte Lebensführung zu gestalten.

Grenzen der Akzeptanz

Um die Grenzen der Akzeptanz zu beschreiben, muss man die Frage stellen, warum Drogen überhaupt einen Akzeptanzprozess benötigen. Akzeptanz ist zunächst die tolerierende Einstellung von Personen oder Gruppen gegenüber normativen Prinzipien oder Regelungen. Laut Brockhaus taucht *„in normativer Hinsicht die Frage der Akzeptanz hauptsächlich dann auf, wenn ein ethisches oder rechtliches Normsystem nicht mehr der tatsächlichen normativen Einstellung eines größeren Teils der Gesellschaft entspricht oder wenn erhebliche Widersprüche in der Akzeptanz neuer normativer Setzungen bestehen“* (Brockhaus Enzyklopädie, 1986, S. 299, Sp.1).

Im Bereich der gesellschaftlichen Akzeptanz von Drogen unterliegen alle psychoaktiven Substanzen einer gesellschaftlichen und moralischen Skalierung. Im unteren Bereich dieser Skalierung könnte man beispielsweise Koffein als Wirkstoff erwähnen, gleich darüber Nikotin und Alkohol. Der Konsum der genannten Wirkstoffe ist akzeptiert und wird von der Gesellschaft toleriert. Man könnte sogar behaupten, dass der Genuss verschiedener dieser Wirkstoffe regelrecht zelebriert wird – beispielsweise bei Wein- und Bierfesten. Je nach Kultur und Brauchtum kann der Nichtkonsum zu einem Element werden, welches den betreffenden Menschen aus der konsumierenden Gesellschaft ausschließt.

Alkohol ist prinzipiell in der westlichen Welt als Genussmittel anerkannt. Sogar der exzessive Genuss wird toleriert, umso mehr, wenn es in einem von der Gesellschaft akzeptierten Rahmen passiert wie beim Oktoberfest oder der Dorfkirmes. Die anschließenden Entgiftungserscheinungen werden verharmlosend als „Kater“ dargestellt, der erneute exzessive Genuss festigt eher die Position in der sozialen Gruppe als dass er ihr schaden würde. Und dabei gilt die legale Droge Alkohol zusammen mit Nikotin – unter anderem in Deutschland – als Suchtmittel Nummer eins.

Bei der europäischen Einführung im 16. Jahrhundert war Nikotin in Form von rauchbarem Tabak als Genussmittel in der Gesellschaft ein kontrovers diskutiertes Thema. Einen ersten Versuch eines Tabakverbotes gab es bereits 1603 in Form von Erhöhungen des Einfuhrzolles um 4000 % (Brunhold, 2019). Es standen danach drakonische Strafen auf Konsum und Handel, in verschiedenen der damaligen Herrschaftsgebiete wurde Tabakkonsum und Handel sogar mit dem Tod bestraft. Erst nachdem erkannt wurde, dass Verbote und Prohibition nutzlos waren und steuerliche Einnahmen lockten, wurde der Tabakhandel und -konsum legalisiert (Stimmer, 1999). In diesem geschichtlichen Zusammenhang und der zeitlichen Entwicklung ist auch die Tolerierung von Alkohol und Tabak als Genussmittel zu verstehen. Wird nun diese Toleranzskala um andere, illegale, psychoaktive Substanzen erweitert, so sinkt die gesellschaftliche Duldung beziehungsweise die Akzeptanz des Konsums.

Es erfolgt nun eine Differenzierung seitens der Gesellschaft in Bezug auf die konsumierte Substanz und deren rechtlichen Status „legal“ oder „nicht legal“.

Eine zweite Differenzierung erfolgt in Bezug auf die vermeintliche gesundheitliche Schädigung und kategorisiert in harte und weiche Drogen, wobei es sich hier um eine vorwiegend subjektive Kategorisierung handelt. Am wenigsten Akzeptanz in der Gesellschaft finden demnach die illegalen, sogenannten harten Drogen. Durch die moralische Distanz kommt es zu einer Diffamierung des Konsumenten, oft einhergehend mit einer sozialen Ausgrenzung und einer möglichen Strafverfolgung. Je nach sozialem Umfeld versucht der Konsument nun seinen Konsum zu verbergen, um negativen Sanktionen und Stigmatisierungsprozessen vorzubeugen.

Die Grenzbereiche der Akzeptanz lassen sich aber auch dort ansiedeln, wo Dritte ganz entscheidend geschädigt werden wie beispielsweise Opfer von Beschaffungskriminalität oder Kinder von Drogenkonsumenten. Wie Stöver bemerkte, ist „Akzeptanz als Haltung offen, aber nicht grenzenlos“ (Stöver, 1999, S. 17).

PRAKTISCHE UMSETZUNG AKZEPTANZORIENTIERTER DROGEN-SOZIALARBEIT AM BEISPIEL DES DROGENKONSUMRAUMS „ABRIGADO“ IN LUXEMBURG

Der Träger

Das Comité National de Défense Sociale (CNDS) ist eine gemeinnützige Vereinigung ohne Gewinnzweck und wurde im Jahre 1966 gegründet. Das prioritäre Ziel der Organisation wurde im zweiten Artikel der Statuten wie folgt formuliert:

„Art. 2: l'association a pour but d'aider, par tous les moyens appropriés, au reclassement des détenus libérés et de toutes personnes en état de prédélinquance, ainsi que d'une façon générale de mettre en œuvre les moyens propres à aider l'enfance et l'adolescence en danger de déviance, ainsi que de toute personne en danger de déviance ou de marginalisation“ (Mémorial C, 1999, S. 24006)

Um diesem Ziel gerecht zu werden, wurden seit 1966 verschiedene Hilfsangebote geschaffen und nach den ersten Erfahrungswerten bedarfsgerecht angepasst. Die staatlichen Auftraggeber in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Organisation sind sowohl das Familienministerium, das Gesundheitsministerium, das Arbeitsministerium, das Tourismusministerium und das Wohnungsbauministerium wie auch die Stadtverwaltung der Stadt Luxemburg und andere Gemeindeverwaltungen, vor allem im ländlichen Bereich.

2019 zählt die Organisation durchschnittlich 115 Mitarbeiter, ein Drittel dieses Personalbestandes entfällt auf das Drogenhilfezentrum „Abrigado“. Der Auftraggeber dieser akzeptanzorientierten Drogen- und Sozialarbeit ist das Gesundheitsministerium. Die finanzielle Absicherung des Projektes liegt in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums einerseits und der Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg andererseits.

Anfang 2009 wurde auf Basis der Statuten der Organisation in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern ein Leitbild erstellt. Alle weiteren Konzepte der Organisation verpflichten sich diesem Leitbild. Gemäß diesem Leitbild bieten die Mitarbeiter des CNDS vor dem Hintergrund eines humanistischen Menschenbildes, soziale Beratung und Hilfen für Menschen an, die in sozialen, physischen und psychischen Notlagen sind. Die vom CNDS begleiteten Klienten haben vorwiegend Probleme, die im Zusammenhang mit Delinquenz, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Sucht stehen. Die Mitarbeiter des CNDS bemühen sich gemeinsam mit dem Klienten um dessen berufliche und soziale Wiedereingliederung in die Gesellschaft, wobei das Ziel der „bedingten Bedingungslosigkeit“ verfolgt wird.

Konkret bedeutet dies, dass der Versuch gewagt wird, Menschen in Not zu helfen, wenn auch die Aufnahmekriterien nicht alle erfüllt sind. Die Aufgabe der Mitarbeiter des CNDS besteht somit vorwiegend in Hilfen zur Selbsthilfe, indem versucht wird, durch geeignete Strategien und Maßnahmen den Menschen zu unterstützen, um seine Fähigkeiten an Autonomie und Selbstbestimmung zu erhöhen, die es ihm ermöglichen sollen, seine Interessen selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Auf diese Weise kann der Betroffene aus seinem eigenen Handeln lernen und sich selbst als handelnd erleben.

Der CNDS versteht sich als „Generalist“ der sozialen Arbeit, ausgehend davon, dass die real existierenden komplexen Lebenszusammenhänge in der Problemerkennung und den daraus resultierenden Lösungsansätzen mitberücksichtigt werden müssen. Dies bedeutet, dass ganzheitliche Sozialarbeit sich nicht ausschließlich auf Schwächen und Defizite von Hilfesuchenden fokussiert, sondern Selbsthilfepotenziale und Ressourcen von Klienten bei der Behebung von Problemlagen aktiviert werden. Die Unterstützungsleistungen sind oft individuell sehr verschieden und richten sich grundsätzlich nach der Lebenssituation und der jeweiligen Problemlage des Klienten. Bei dieser Arbeit sind die Mitarbeiter die tragenden Kräfte der Organisation. Sie bilden multidisziplinäre Teams und ihre Aufgabenbereiche sind vielfältig und verantwortungsvoll. Es werden deswegen innovative Ideen, Eigenständigkeit und teamorientiertes Handeln gefordert und gefördert (CNDS, 2009).

Der CNDS versteht sich ebenfalls als ein Netzwerk miteinander verbundener Systeme und Prozesse, in denen die Führungskräfte ihre Struktur und ihre

Mitarbeiter flexibel und situativ führen. Dabei bemüht man sich im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses Verbesserungen für alle Klienten, Mitarbeiter und Führung zu schaffen.

Die Einrichtung

Das Drogenhilfzentrum in Luxemburg besteht seit 2005 als kombinierte Tages- und Übernachtungseinrichtung mit angeschlossenem Drogenkonsumraum. War das Projekt anfänglich noch unter den Namen „TOX-IN“ bekannt, so änderte die Einrichtung den Namen ab Anfang 2012 und wurde somit zu „Abrigado“, orientiert an einer Einrichtung gleichen Namens in Hamburg, dem ersten Drogenkonsumraum in Deutschland. Das Abrigado Hamburg, dessen Träger die Organisation „freiraum hamburg e.V.“ ist, hatte das deutsche Abrigado im Mai 1994 eröffnet, um Drogenkonsumenten die Möglichkeit zu geben, ihre Drogen in geschützten Räumen zu konsumieren und sie im Alltag zu unterstützen.

Die Zielgruppe der Anlaufstelle sind volljährige Drogenkonsumenten der Stadt Luxemburg. Es handelt sich um ein niedrigschwelliges und akzeptanzorientiertes Angebot, bestehend aus zwei Bereichen: dem Tagesbereich mit Kontaktcafé, dem Drogenkonsumraum sowie einem medizinischen Dienst und einer Notschlafstelle für obdachlose Drogenkonsumenten. Was anfänglich als ein lokales Angebot für die Bewohner der luxemburgischen Hauptstadt gedacht war, ist zwischenzeitlich – sicherlich auch durch Abwesenheit ähnlicher Hilfsangebote – zur Anlaufstelle für alle Konsumenten in Luxemburg geworden, einschließlich die der Großregion. An die zweihundert Drogennutzer haben hier tagtäglich die Möglichkeit, mitgebrachte illegalisierte Drogen in Ruhe und unter hygienisch korrekten Bedingungen zu konsumieren. Es stehen aktuell vierzehn Einzelplätze zur Verfügung, um nach den Prinzipien des Safer-Use die mitgebrachten psychoaktiven Substanzen zu sich zu nehmen.

Es geht bei diesem Hilfeangebot vorrangig darum, dem Nutzer der psychoaktiven Substanzen die Angebote bereit zu stellen, die es ihm ermöglichen, auf physische, psychische und soziale Schadensminderung hinzuarbeiten. Besonders im Bereich der physischen und sozialen Risikoreduktion wird dies erreicht durch das Bereitstellen von Einwegspritzen, Desinfektionsmittel und anderen Utensilien, aber auch durch Sensibilisierung und Information über Konsumformen, die weniger risikobehaftet sind als der intravenöse Konsum.

Die Möglichkeiten des Angebotes liegen in der niederschweligen Zugangsmethode der akzeptanzorientierten Drogen- und Sozialarbeit. Der Konsument wird nicht gleich zum Klienten. Es kann durchaus sein, dass alleine der Drogenkonsumraum die Bedürfnisse des Konsumenten bereits erfüllt. Sehr oft kommt es darüber hinaus aber auch zu Gesprächen, beispielsweise bei

der medizinischen Grundversorgung, über das sichere Benutzen beim intravenösen Konsum, über Angebote zur Wiederherstellung der autonomen Selbstbestimmung oder auch zur Beratung im Bereich Gesundheitsförderung, des Lebensunterhalts oder anderen grundlegenden Bedürfnissen. Das bestehende Angebot wird vervollständigt durch die Möglichkeit der Not schlafstelle, die es den Klienten erlaubt, die Nacht in einem geschützten Rahmen verbringen, ohne den Gefahren der Straße ausgesetzt zu sein.

Konzeptuelle Ausrichtung

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit als Teil der sozialen Arbeit, wird als ein Element der sozialen Funktionen betrachtet, die darauf ausgerichtet sind, die „*unerträglichsten Auswirkungen und Unzulänglichkeiten der Marktlogik zu kompensieren*“ (Bourdieu, 1997, S. 210). Ein zentraler Widerspruch in den Bedingungen Sozialer Arbeit wird angesichts dieser Aufgabenstellung darin gesehen, dass die von der sozialen Arbeit geforderten Aufgaben und die zu diesem Zweck bereit gestellten Mittel in einem sehr ungleichen Verhältnis stehen.

Bourdieu verdeutlicht dies am Beispiel des Sozialarbeiters, der in einer Wohnregion mit hoher Arbeitslosigkeit und wenig Arbeitsperspektiven einer sozialen Gruppe helfen soll. Da der Sozialarbeiter aber selbst keine Arbeitsplätze schaffen kann, verbleibt ihm nur das zu geben, was er hat, die Vermittlung von Vertrauen und Hoffnung. Darüber hinaus versucht er, vorhandene Ressourcen zu lokalisieren und gegebenenfalls zu mobilisieren, um die bestehenden sozialen Ungleichheiten zu minimieren. Generalisierend wird formuliert: „*Der Sozialarbeiter muss ständig an zwei Fronten kämpfen: einerseits gegen die, denen er gerne helfen würde, die aber oft zu demoralisiert sind, um ihre eigenen Interessen (...) zu vertreten; andererseits gegen die Verwaltungsorgane*“ (Bourdieu, 1997, S. 219).

Ausgehend von dieser Situation formulierte der Träger des Drogenhilfezentrum „Abrigado“ bereits 2010 ein erstes Hilfskonzept für diese Einrichtung. Es ging vorrangig darum, für die sozialpädagogische und sozialarbeiterische Praxis eine Grundlagenbeschreibung von Angeboten dieser sozial-pädagogischen Institution zu formulieren. Begrifflichkeiten wie Zielgruppen und Handlungsfelder, theoretische Modelle und Ansätze sowie weiterführende Dienste und Hilfsangebote wurden weitestgehend beschrieben. Dabei wurde auch darauf geachtet, dem dreifachen Mandat der sozialen Arbeit gerecht zu werden in diesem komplexen Arbeitsumfeld: dem Mandat des Klienten, dem Mandat des Staates und dem Mandat der eigenen Profession. Im Folgenden werden einige Elemente dieses Konzeptes eingehender analysiert – besonders auch in Bezug auf das veränderte Konsumverhalten der Klienten (Bomes; Scherr, 2012).

Das Arbeitskonzept des „Abrigado“

Das Arbeitskonzept wurde aus eigener Initiative von den Mitarbeitern des damaligen „TOX-IN“ (heute „Abrigado“) und in Absprache mit der Einrichtungsleitung sowie dem Direktor des CNDS im Rahmen von sechs moderierten Tagesveranstaltungen von März bis Juni 2010, erstellt. Ein definiertes Arbeitskonzept erschien allen Beteiligten nicht nur sinnvoll, sondern zwingend notwendig. Dies auch, um nach den ersten Jahren der Projektphase, eine weitere Professionalisierung der Einrichtung zu erreichen.

Auf Basis der gemachten Erfahrungen und der vorliegenden Ergebnisse der Angebote sollte die bestehende Arbeitsorganisation überdacht werden, mit einem besonderen Augenmerk auf die Bedürfnisse der Klienten. Aber auch im Hinblick auf einen Abgleich mit den Diensten der Partnerorganisationen und der Erwartungen der Auftraggeber. Dieses Arbeitskonzept wurde nie als statische Handlungsanweisung oder unveränderliche Basis angesehen und soll demgemäß auch in Zukunft an den gesellschaftlichen und zielgruppenspezifischen Anforderungen orientiert und dementsprechend weiterentwickelt werden. Das so entstandene Dokument stellt die Grundlage einer gemeinschaftlichen Arbeitsphilosophie dar und bietet die Möglichkeit, das professionelle Handeln immer wieder zu reflektieren und kann als Grundlage zu einem weiterführenden Qualitätsmanagement dienen.

Da die professionellen Hilfeprozesse, insbesondere in stark reglementierten Arbeitsfeldern wie dem der Drogen- und Suchtarbeit vorwiegend durch den gesellschaftspolitischen Rahmen und die Fachkräfte bestimmt werden, stand am Ursprung des Konzeptes auch der ausformulierte Wunsch des Trägers, das Arbeitskonzept jedes Jahr einer Revision durch eine interne Arbeitsgruppe zu unterziehen. Nicht zuletzt auch, um Übereinstimmungen oder Diskrepanzen zwischen diesem vom Träger formalisierten Hilfekonzept und dem subjektiven Hilfekonzept der Klienten festzustellen und gegebenenfalls zu adaptieren. Besonders diese „Klientenhilfekonzepte“ sind wichtig, wenn eine gemeinsame Hilfsinteraktion aufgebaut und erfolgreich abgeschlossen werden soll (Kratz, 2018).

Einzelne Elemente des Arbeitskonzeptes

Die Zielgruppe des „Abrigado“ wird definiert als *„Menschen mit Konsumierung illegaler, psychoaktiver Substanzen, welche dadurch bestimmten Risiken und Problemen ausgesetzt sind, die sich physisch, psychisch und sozial (gesellschaftlich / politisch, wirtschaftlich, strafrechtlich) ausdrücken können“* (CNDS, 2010). Das Angebot wird dem Anspruch des universellen Leistungszuganges gerecht (Hense, 2015).

Das vorliegende Konzept beinhaltet weiterhin die Akzeptanzorientierung als Grundhaltung und verpflichtet sich, das Selbstbestimmungsrecht des Klienten bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte anzuerkennen. Der Klient wird als Subjekt seiner eigenen Entwicklung akzeptiert, ohne eine generelle Behandlungsbedürftigkeit vorauszusetzen. Die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe zeichnet sich durch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz aus. Die Grenzen dieser akzeptanzorientierten Haltung ergeben sich einerseits durch den gesetzlich definierten Rahmen, interne und externe Ressourcen und die Belastbarkeit der Einrichtung und des Personals, andererseits auch durch die Auswirkungen des Angebotes auf den Sozialraum.

Dieser Einfluss auf den betroffenen Sozialraum muss eingehender betrachtet werden. Durch die steigende Mobilität der Drogenkonsumenten ist die Wahrscheinlichkeit, dass Unbeteiligte mit Menschen zusammentreffen, denen eine Suchtkrankheit zugeordnet wird, ziemlich groß. Oft ist in diesem Kontext von Angst und Bedrohung der Sicherheit die Rede, es handelt sich aber weitestgehend um Belästigung und um „ansehen müssen“. Auch wenn die Anzahl der Vorfälle, bei denen Unbeteiligte durch Drogenkonsumenten im öffentlichen Raum zu Schaden an Leib, Leben oder Eigentum kommen, verschwindend gering ist, ist es dennoch interessant, an diesem Feld der Diskrepanz von objektiver Sicherheit und dem so genannten subjektiven Sicherheitsgefühl zu arbeiten. Dies ist besonders wichtig in der niederschweligen Drogenarbeit, da diese Deutung für die tägliche Arbeit bedeutsam und problematisch ist. Drogenkonsumenten werden dadurch, unabhängig von ihrem Verhalten und ihrer Anzahl nur durch ihre bloße Anwesenheit Abwehrreaktionen in der Öffentlichkeit auslösen und sind somit einem besonders stigmatisierenden Prozess ausgeliefert (Fürst; Hinte, 2019).

Das konkrete Hilfsangebot

Ein weiteres Kapitel des Arbeitskonzeptes widmet sich den Missionen des Drogenhilfeangebotes. In einem ersten Ansatz werden die Hilfsangebote, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren, zusammenfassend erwähnt. In einem Anhang des Konzeptes findet man die handlungsorientierten Anweisungen für die jeweiligen Arbeitsbereiche. Das Angebot beinhaltet neben der Institution als Schon- und Schutzraum für Drogenkonsumenten, Angebote zur Schadenminimierung, der Überlebenshilfe, der Sicherung der Grundbedürfnisse und der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung. Es werden aber auch Hilfe zur Selbsthilfe, Angebote zum Ausstieg, Therapievermittlung und Weiterorientierung des Klienten angeboten, nach dem Prinzip des Case-Management.

Dieses Prinzip soll die Mitarbeiter befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Res-

sourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, „*ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird*“ (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2012).

Dieser Arbeitsansatz wird als letztes Kapitel des Konzeptes anhand der primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen behandelt. Dabei wird der Klient als „*bio-psycho-soziales Wesen*“ angesehen und die Probleme und Ressourcen des Einzelnen im Hinblick auf diese Betrachtungsweise beschrieben. Der Klient wird dabei als „*ein vernunftbegabtes, empfindungsfähiges, soziales Wesen, das wahrnehmen, denken, fühlen, zwischen verschiedenen Handlungsalternativen wählen, Ziele setzen, die Mittel zur Zielerreichung mitbestimmen und Entscheidungen treffen kann*“ (GNDS, 2010, S. 8).

Die Entscheidungen des Klienten basieren somit auf seiner Wahrnehmung, seinen Erwartungen und seinen individuellen Bedürfnissen. Die Hilfeleistungen der Institution stellen in diesem Kontext einen interaktiven Prozess zwischen Klienten und Mitarbeiter dar. Beide nehmen sich durch Kommunikation, die Suche nach geeigneten Mitteln und durch Einigung auf die Mittel zur Zielerreichung wahr. Ihre Handlungen weisen auf die Zielerreichung hin. Wahrnehmung und Urteilsbildung der Mitarbeiter müssen in diesem Prozess ständig mit dem Klienten zusammen verifiziert werden, da sonst die Entscheidungen beider Parteien nicht nachvollziehbar sind.

Case Management in der niederschweligen Sozialarbeit

Ein kurzer Exkurs in den Bereich des Case Management verdeutlicht die Wichtigkeit dieser Zusammenarbeit zwischen Klienten und Mitarbeiter der Institution. Um ein umfassendes Netzwerk der Hilfe zu schaffen, sind im Case Management verschiedenste Funktionen verortet. Es stellen sich dabei drei Kernfunktionen heraus: die Advocacy-, die Broker- und die Gate-Keeper-Funktion. Im Arbeitsbereich der niederschweligen Drogensozialarbeit liegt der Fokus vorrangig auf der Advocacy- beziehungsweise anwaltschaftlichen Funktion.

Es geht dabei um eine zielorientierte, methodische Vorgehensweise zur Durchsetzung von Klienteninteressen (Wendt, 2010). Wenn Klientengruppen nicht in der Lage sind, selbst ihre persönlichen Interessen aufgrund individueller Problemlagen wie Wohnungslosigkeit, soziale Ausgrenzung oder eben Abhängigkeit von Drogen wahrzunehmen und somit potenzielle Hilfsquellen in Anspruch zu nehmen, tritt der Case Manager als Anwalt für ihre Belange ein. In dieser Funktion hilft er dem Klienten Zugang zu den Leistungen zu fin-

den, auf die er Anspruch haben könnten. Dazu gehören laut Raiff folgende Schritte: „den Klienten über seinen Anspruch auf sozialstaatliche Leistungen aufzuklären, bestehende Hilfsmaßnahmen auf den Bedarf des Klienten abzustimmen und letztendlich neue Dienste zu entwickeln, um Klientenbedürfnisse zu befriedigen“ (Raiff, 1997, S. 95).

Dabei geht die Advocacy-Funktion über den individuellen Einzelfall hinaus und verfolgt zusätzlich das Ziel, Lücken im Versorgungssystem aufzudecken, um diese Informationen dann an entsprechende politische Instanzen weiterzuleiten. Der Case Manager benötigt dabei ein hohes Maß an Fallverständnis, Feingefühl und soziale Kompetenzen. Er muss ebenfalls mit dem vorhandenen Hilfesystem vor Ort vertraut sein, um spezifische Ressourcen optimal nutzen zu können, im Sinne des betreffenden Klienten. Die Advocacy-Funktion wird im Case Management als die ursprünglichste Funktion bezeichnet und ist besonders im Bereich stark benachteiligter Personengruppen von Bedeutung.

Drogenabhängige Menschen benötigen sehr oft ein stärkeres Engagement als die bloße Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder Dienste, da sie aufgrund ihrer problematischen Lebenslage häufig nicht selbst tätig werden können. Ob die bestehenden Angebote und die konzeptuell definierte Vorgehensweise auch bei den Klienten der Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“ ankommt, darüber soll die Klientenbefragung im folgenden Kapitel Aufschluss geben.

Drogenkonsumraumverordnungen im Wandel

Drogenkonsumräume dürfen in der Regel nur im Rahmen der jeweiligen Drogenkonsumraumverordnung betrieben werden. Die luxemburgische Verordnung orientiert sich sehr stark am Vorbild der Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hamburg, die am 25. April 2000 in Kraft trat. Die Zweckbestimmung der genannten Verordnung definiert, dass der Drogenkonsumraum innerhalb einer mit öffentlichen Mitteln geförderten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung betrieben werden muss. Der Betrieb muss darauf gerichtet sein „einen helfenden und beratenden Kontakt insbesondere mit solchen Personen aufzunehmen, die für Drogenhilfemaßnahmen nur schwer erreichbar sind, (...) um die Möglichkeit zu schaffen, sie in weiterführende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie zu vermitteln“ (Konsumraumverordnung Saarland, 2018, S. 1, §2(3)).

In Bezug auf die Notfallversorgung besagt die Verordnung, dass während der Anwesenheit von Konsumenten im Drogenkonsumraum eine ständige Sichtkontrolle der Konsumvorgänge durch geschultes Personal so sicherzustellen

ist, dass im Notfall sofortige Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.

Im Bereich der medizinischen Beratung und Hilfe ist den Klienten in allen Fragen zur jeweiligen Konsumform medizinische Beratung und Hilfe zu gewährleisten. Es zählen dazu insbesondere Aspekte der Infektionsgefahr sowie der Risikozusammenhang zwischen der körperlichen Konstitution der Klienten und der Toxizität der von ihnen vorbereiteten Betäubungsmitteldosis. Diese paramedizinische Beratung und Hilfe erfordern kein ärztliches Handeln, bedürfen aber eines nachweislich medizinisch geschulten Personals.

Im Bereich der sekundären und tertiären Prävention muss sichergestellt sein, dass – über die suchtspezifische Erstberatung hinaus – auch weiterführende Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt und bei Bedarf veranlasst werden. Personen, die ausstiegsorientierte Wünsche äußern, ist Hilfestellung bei der Orientierung zu den geeigneten Einrichtungen zu leisten. Die Vernetzung und die Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen fördern die Wahrnehmung solcher Angebote.

Die Konsumraumverordnungen unterliegen einer permanenten Anpassung, auch um sie den geänderten Bedingungen und dem Suchtverhalten der Klienten zumindest teilweise anzupassen. So hat beispielsweise Ende August 2018 das saarländische Ministerium der Justiz in Bezug auf die Benutzer des Konsumraumes präzisiert: *„die Benutzung des Drogenkonsumraums darf grundsätzlich nur volljährigen Personen angeboten werden. Die Benutzerinnen oder Benutzer müssen aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben. Jugendlichen darf der Zugang nur dann gestattet werden, wenn die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder aufgrund besonderer Umstände nicht vorgelegt werden kann und sich das Personal im Einzelfall nach besonderer Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat“* (Konsumraumverordnung Saarland, 2018, S. 3, §10(1)).

Es wurden in der gleichen Verordnung auch die Ausschlusskriterien zum Drogenkonsumraum neu definiert, und zwar wie folgt: *„es sind auszuschließen offensichtlich konsumunerfahrene Klienten, erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel in ihrem Verhalten beeinträchtigte Klienten und solche, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt“* (Konsumraumverordnung Saarland, 2018, S. 3, §10(2) Punkt 4). Bei den Nutzern des Drogenkonsumraumes sind allerdings die zuletzt erwähnte Klientengruppe mehrheitlich vertreten und einer solcher Ausschluss riskiert sich kontraproduktiv auf die im Drogenhilfzentrum geleistete Arbeit auszuwirken.

Der Drogenkonsumraum „Abrigado“ orientiert sich an der luxemburgischen Verordnung. Diese erfordert, dass mit jedem Klienten ein sogenannter Nutzungsvertrag abgeschlossen wird, bevor es zu einem ersten Zugang zum Konsumraum kommt. Zwischen 2005 und 2018 wurden bislang 1979 Einzelverträge abgeschlossen, der monatliche Durchschnitt liegt bei zwölf neuen Verträgen. Die Anzahl der verschiedenen Menschen, die täglich von diesem Angebot Gebrauch machen, lag 2005 bei einem Durchschnittswert von neun Menschen. Ende 2018 waren dies im Durchschnitt 161 verschiedene Menschen pro Tag. Durchschnittlich fanden 2018 46 % aller Konsumvorgänge intravenös statt, 51 % inhalativ und 3 % nasal. Der Heroinanteil bei den konsumierten Drogen betrug 60 %, der Anteil von Kokain 29 %, die Mischform beider Drogen (Cocktail) betrug 12 %. Der intravenöse Konsum von Heroin ist auf 22 % gesunken, alleine im letzten Jahr um 6 %. Dass besonders der Konsum von Kokain ein wiederholtes Konsumieren erfordert, erklärt auch den enormen Anstieg der einzelnen Konsumvorgänge pro Tag. Waren es Anfang 2005 etwa 12 Konsumvorgänge pro Tag, so liegt der Durchschnittswert 2018 bei rund 170 Menschen und durchschnittlich 400 Konsumvorgängen.

Bei den niederschweligen Angeboten im Bereich der Drogenarbeit ist der Sprizentausch ein wesentlicher Bestandteil der Präventionsarbeit. Auch hier ist der große Anstieg an Klienten in den letzten zehn Jahren mehr als deutlich zu bemerken. Der intravenöse Konsum von Kokain beeinflusst diesen Indikator wesentlich. 2005 wurden rund 53 000 saubere Spritzen verteilt gegen 50 000 gebrauchte, die fachgerecht entsorgt wurden. Der Rücklauf der gebrauchten Spritzen betrug somit

90 %. Ende 2018 wurden rund 400 000 Spritzen ausgegeben, es wurden insgesamt rund 370 000 gebrauchte Spritzen eingesammelt, was einer Quote von 92 % entspricht. Gemäß der Konsumraumverordnung dokumentiert „Abrigado“ seit dem Jahr 2000 die täglich geleistete Arbeit, seit 2005 ist dies auch für den Konsumraum der Fall.

Bezugnehmend auf die Konsumraumverordnung und die darin definierten Ansprüche an eine wirkungsvolle Sozialarbeit im Bereich der Konsumräume wird anhand der vorliegenden Zahlen ersichtlich, dass die individuelle Begleitung und Betreuung schwieriger wird aufgrund der explosionsartig angewachsenen Klientel. Mittelfristig müssen Lösungen gefunden werden, um dem Anspruch des Drogenhilfezentrums, aber auch den Vorgaben des Gesundheitsministeriums, des Justizministeriums und den Zielen des nationalen Drogenaktionsplanes gerecht zu werden.

ERFOLGE UND PROBLEMBEREICHE AUS SICHT DER KLIENTEN

Sozialwissenschaftliche Relevanz des Themas

In den beiden letzten Jahrzehnten ist man immer mehr von einer Art „Kriegszustand“ im Bereich der Drogenhilfe abgerückt. Galt im politischen Bereich lange Zeit die Maxime der „War of Drugs“ und der „Keine Macht den Drogen“ mit einhergehender Kriminalisierung der Konsumenten, so befand die Drogenarbeit sich lange Zeit an der Front der aufsuchenden und begleitenden Arbeit in der Drogenszene oder im Kampf gegen die Drogensucht (Bäuerle, 1991). Die hohe Zahl der sogenannten „Drogentoten“, die zunehmende soziale und körperliche Verelendung und die damit einhergehende öffentliche Sichtbarkeit ermöglichten es innerhalb von zwanzig Jahren, die Differenzen in der Sichtweise weitgehend zu begradien und den Erfahrungen entsprechende Versorgungsangebote zu konstituieren. Mit der steigenden Möglichkeit der psychosozialen Begleitbehandlung gewannen die ambulanten Versorgungsangebote zunehmend an Bedeutung. Der drogenabhängige Mensch wurde – lange Jahre nach den an legalen Drogen suchterkrankten Menschen – nun auch öffentlich als „Kranker“ anerkannt. Heute ist der Begriff der akzeptanzorientierten Drogenarbeit etabliert, entsprechende Konzepte als selbstgestaltete Sekundärprävention und niederschwellige Modellprojekte als akzeptierende Drogenarbeit wurden wissenschaftlich begleitet (Hentschel, 1995).

Der im Juni 2017 veröffentlichte europäische Drogenbericht zeigt, dass der Konsum von illegalen Drogen nach wie vor ein Problem bleibt. Luxemburg zählt mit Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich und den Niederlanden zu jenen sechs EU-Staaten, die es Drogenabhängigen ermöglichen, ihrem Konsum in speziellen Strukturen unter Beaufsichtigung nachzukommen. Auch beschränkt sich die nationale Drogenstrategie in Luxemburg nicht alleine auf den Kampf gegen illegale Drogen, sondern ist weiter ausgelegt und umfasst die Abhängigkeit von legalen Drogen sowie sonstigem Suchtverhalten.

Dennoch ist die Sterblichkeitsrate aufgrund von Drogenmissbrauch im Vergleich zum europäischen Schnitt von 20,3 Toten auf eine Million Menschen mit 30,8 % relativ hoch. Die rezenteste Ausgabe (Februar 2019) des nationalen Drogenbericht RELIS bezieht sich auf die Statistiken und Befragungen der drogenkonsumierenden Klienten in Luxemburg im Jahre 2018 und zeigt die – wenn auch langsame – Auswirkung der Risikominimierung bei Drogenkonsumenten: Es gibt einen signifikanten Rückgang der drogenkonsumierenden Menschen bei den HIV-Neuansteckungen und die Anzahl der Todesfälle durch Drogenüberdosierung ist ebenfalls merklich zurück gegangen. Die Anzahl der sogenannten „problematischen Drogenkonsumenten“, welche wohnungslos, unter prekären sozialen und sanitären Bedingungen Drogen

konsumieren, beträgt laut RELIS 2019 in Luxemburg schätzungsweise um 2200 Menschen. Dies entspricht einer Prävalenzquote von 5,8 Konsumenten pro 1000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren. Im Jahre 2000 stand die gleiche Prävalenzquote bei 9 Konsumenten pro 1000 Einwohner und war eine der höchsten innerhalb der gesamten Europäischen Union (RELIS, 2019).

Theorien mit Bezug auf den theoretischen Rahmen des Forschungsthemas

Beim klassischen Suchtbegriff wurde Sucht vor allem mit psychischer, substanzgebundener Sucht gleichgesetzt. In der aktuellen Forschungsliteratur wird dieser klassische Begriff ausgedehnt auf psychische und soziale Abhängigkeit („umfassender Suchtbegriff“) sowie auf nicht-substanzgebundene Süchte, wie Spielsucht, Internetsucht, Magersucht, usw. („erweiterter Suchtbegriff“). Sucht liegt aber nur dann vor, wenn ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand besteht. Das diesem Verlangen zugrundeliegende Problemverhalten wird zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten, das sich selbst organisiert hat und sich rückhaltlos beständig zu verwirklichen sucht. Diesem Verhalten werden die Objektivität und das rationale Handeln untergeordnet.

Die Entstehung der Sucht

In Bezug auf die Suchtentstehung gibt es zum Teil sehr verschiedene Theorien, wie beispielsweise die psychologischen Erklärungsansätze, welche die Ursache des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit beim Individuum suchen. Hier sind vor allem der psychoanalytische Ansatz, das lerntheoretische Erklärungsmodell und systemische Theorien zu nennen.

Es gibt ebenfalls die biologischen Erklärungsansätze, die versuchen, stoffgebundene Abhängigkeiten auf biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurückzuführen. Die unterschiedlichen legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken neurobiologische Veränderungen. Schlussendlich verfolgen soziologische Erklärungsansätze, die These, dass die Ursachen des Drogengebrauches und der -abhängigkeit auf gesellschaftliche und lebensweltliche Einflüsse zurückzuführen sind. Als Risikofaktoren können hier beispielhaft allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Risikogesellschaft zu rechtzufinden, angeführt werden. Mangelnde Zukunftsperspektiven, Zukunftsängste, massive Verführung zu Suchtmittelkonsum oder auch noch die Erlebnis- und Konsumorientierung der heutigen Gesellschaft sind weitere Risikofaktoren bei den soziologischen Theorien.

Da alle erwähnten Erklärungsansätze für sich alleine genommen das Phänomen Sucht nicht ausreichend erklären können, werden diese Ansätze meist

zu multifaktoriellen Konzepten zusammengefügt, die auf die sich gegenseitig beeinflussenden Variablen psychoaktive Substanz, Individuum und Gesellschaft bzw. soziales Umfeld Bezug nehmen. Am bekanntesten ist die „Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit“ von Kielholz und Ladewig, die bereits 1973 veröffentlicht wurde und die Faktoren Mensch, Mittel und Milieu verbindet. In der rezenten Forschung wird verstärkt versucht, dynamische Modelle zu entwickeln, die Genese und Verlauf von Sucht als Prozess aufeinander folgender Entscheidungsschritte verstehen. Hier können neben den drei genannten Variablen zahlreiche weitere Faktoren in den einzelnen Phasen unterschiedliche Wirkungen entfalten.

So geht beispielsweise Professor Dr. Peter Loviscach, früherer Professor an der Fachhochschule Dortmund mit Fachgebiet Soziologie des abweichenden Verhaltens, besonders auf den stigmatisierenden Effekt der Sucht ein. Er bemerkt, dass die negative Bewertung des süchtigen Verhaltens seitens der Gesellschaft und die einhergehenden Verbote übersehen, dass Verbote und Stigmatisierung die Suchtgefahr steigern. Dabei sollte es eher darum gehen, den Umgang mit den allgegenwärtigen Risiken zu erlernen. (Loviscach, 2000).

Die Sicht auf den Klienten

Aus konstruktivistischer Sicht geht man in der sozialen Arbeit und insbesondere in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit von einer Sichtweise aus, die den Klienten als Experten seiner eigenen Situation betrachtet. Dem Klienten obliegt in dieser Sichtweise die Deutung seiner eigenen Lebenswirklichkeit (Blumberg, 2014). In der akzeptanzorientierten Drogenhilfe gilt der Grundsatz der Orientierung an den Bedürfnissen des Klienten. Dies bedeutet konkret, dass der Klient dazu veranlasst wird, mit dem Sozialarbeiter auszuhandeln, was innerhalb des jeweiligen Rahmens grundsätzlich möglich ist und den individuellen Bedarf des Klienten abdeckt. Es geht bei diesem Prozess hauptsächlich auch darum, die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen und dabei den Klienten als mündigen Menschen auf gleicher Augenhöhe zu betrachten und ihn verstärkt zu eigenem Handeln zu befähigen.

Von dieser Sichtweise, aber auch von der suchtpolitischen Position ausgehend, kommt es zu der folgenden quantitativen Erhebung. Aus suchtpolitischer, wie auch sozialarbeiterischer Sicht steht der Suchtgefährdete oder von Sucht betroffene Mensch im Mittelpunkt der Sozialarbeit. Die Drogenpolitik fordert daher eine passgenaue und effiziente Beratung und Behandlung sowie individuell angepasste Hilfen. Konkret bedeutet dies, dass die Angebote der Suchthilfe und der Schadensminimierung auf ihre Wirkung und Relevanz zu prüfen sind „um die vorhandenen Mittel möglichst zielgerichtet einsetzen zu können“ (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012, S. 17).

Die anonymisierte Klientenbefragung soll dazu verhelfen, die aktuelle Klientenzufriedenheit zu erforschen und somit die Bedenken und die Perspektive auf die erbrachte Leistung aufzudecken beziehungsweise deren Ansichten über eventuell notwendige neue Dienstleistungen zum Ausdruck zu bringen. Dies kann einerseits dazu beitragen, eine bessere Passgenauigkeit der Maßnahmen zu erreichen. Die Klientenbefragung kann aber auch im Kontext der Qualitätssicherung als ein Überprüfungsinstrument gesehen werden. Es geht in der vorliegenden Arbeit prioritär um die Aufdeckung der Bedürfnisse der Klienten und gegebenenfalls um eine Optimierung von Angeboten.

Schlussendlich soll auch überprüft werden, ob das aktuelle Konzept der Drogenhilfeeinrichtung eine passgenaue Hilfe weiterhin ermöglicht, oder ob eben gerade dieses Konzept einer Anpassung bedarf, um weiterhin wie zuvor erwähnt, die vorhandenen Mittel möglichst zielgerecht einsetzen zu können.

Die Befragung der Betroffenen ist aber auch als ein Prozess der Teilhabe zu verstehen. Wird Teilhabe als sozialpolitisches Konzept für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung definiert, kann man damit die alten Konzepte der Fürsorge und Versorgung in Bezug auf Menschen mit deviantem Verhalten ablösen. Das Konzept der Teilhabe entspricht in vollem Umfang auch den Ansätzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Versteht man die Teilhabe weiterhin als Aspekt der partizipatorischen Demokratie, also dem Willen die politische und soziale Mitwirkung möglichst vieler in möglichst vielen Bereichen zu maximieren, so kommt man nicht umhin, die Betroffenen selbst zu befragen und somit ungefiltert Informationen aus erster Hand zu erhalten.

Die Sicht der Klienten

Drogenkonsum und süchtiges Verhalten werden, abhängig von den jeweiligen persönlichen oder gesellschaftlichen Zusammenhängen, in denen damit Erfahrungen gesammelt werden, in der wissenschaftlichen Literatur auf sehr unterschiedliche Weise beschrieben. Die vorliegende Befragung geht von der Annahme aus, dass Drogenkonsum als vielschichtiger Entwicklungsprozess auf dem Hintergrund der Individualität und Einzigartigkeit der Lebensverläufe drogenkonsumierender und drogensüchtiger Menschen zu betrachten ist. Diese Annahme ist für das Angebot beziehungsweise die Einleitung von relevanten Hilfeprozessen unterschiedlichster Art von Bedeutung. Von daher ist jeder einzelne Hilfeprozess zwangsläufig einzigartig und orientiert sich in unterschiedlichen Phasen – vom Spritzenaustausch über die Wundversorgung bis hin zu integrativer, sozialer Einbindung und Weiterorientierung an ausstiegsorientierte Einrichtungen – an der jeweiligen „subjektiven Problemtheorie“.

In der Folge kann über eine Intensivierung der Kontaktdichte zwischen dem professionellen Helfer und dem Klienten eine Beziehung entstehen, welche zur Erschließung von Ressourcen führt und gleichsam die Orientierung für

den Hilfeprozess in Richtung Risikominderung bis hin zum Ausstieg aus der Sucht abbildet. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Befragung beabsichtigt, Antworten auf die folgende Frage zu finden: Entsprechen die Angebote des „Abrigado“ den Bedürfnissen der Klienten?

Um diese ganz spezifische Forschungsfrage beantworten zu können müssen folgende Eckdaten geklärt werden: Handelt es sich bei den Klienten vorwiegend um Menschen, die schon länger auf das Angebot zurückgreifen? Wird die Einrichtung dem Anspruch der Risikoverminderung gerecht? Werden Klienten eher durch ihr soziales Umfeld oder durch vernetzte Dienste zur Einrichtung orientiert? Wie wird die Beziehung zum Personal qualifiziert, Voraussetzung zu einer zielgerichteten Zusammenarbeit? Gibt es bei den befragten Klienten grundlegende Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zwischen jüngeren und älteren Klienten? Wie ausgeprägt ist das Sicherheitsgefühl bei den Konsumenten im Konsumraum?

Falls die Forschungsfrage nicht vollends positiv beantwortet werden kann, drängen sich weitere Fragen auf, um etwas an der derzeitigen Situation zu ändern: Was sind die prioritär wichtigen Angebote, welche Angebote fehlen? Handelt es sich überwiegend um Klienten, die bereits eine oder mehrere gescheiterte Therapien durchgeführt haben? Die dargestellten Antworten auf die Forschungsfrage erfolgen also ausschließlich aus der Sicht der Klienten des Drogenhilfezentrums „Abrigado“ und ermöglichen es, diese zusätzliche Sichtweise in die abschließende Bachelorarbeit zu integrieren.

Methodologisches Vorgehen

Der Fragebogen für die Klientenbefragung orientiert sich an der Itematterie, die durch das Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung in Bochum (ZEUS GmbH) entwickelt wurde zur Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Die Beantwortung des Fragebogens ist anonym und freiwillig. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der Befragung der Klienten nicht um eine Zufallsauswahl und auch nicht um eine repräsentativ ausgewählte Stichprobe handelt. Es handelt es sich um anfallende Stichproben im Konsumraum des „Abrigado“. Das bedeutet, dass Nutzer gefragt, werden die anwesend und bereit sind, einen Fragebogen zu beantworten. Aktuell greifen etwa durchschnittlich 220 Drogenkonsumenten auf das Angebot des Drogenkonsumraumes zurück, eine Mindestanzahl von 30 beantworteten Fragebogen wird anvisiert.

Nach dem Rücklauf der Fragebogen werden die statistischen Daten der Teilnehmer mit den statistischen Daten der Zielpopulation verglichen. Sollte sich dabei herausstellen, dass einzelne Merkmale über- oder unterrepräsentiert sind, wird überprüft werden, ob die Beantwortung der Fragen von diesen

Merkmale abhängig ist. Sollte dies zutreffen, so werden die Antworten durch geeignete Gewichtungszusammenfassungen korrigiert (Bortz; Döring, 2006).

Die Befragung hat zum Ziel, die subjektive Perspektive der Klienten in Bezug auf den Drogenkonsumraum zu ermitteln. Es geht bei dieser schriftlichen Befragung darum, Zusammenhänge und zahlenmäßige Ausprägungen sichtbar zu machen anhand einer möglichst großen und repräsentativen Zufallsstichprobe. Die quantitative Forschung eignet sich hier besonders gut, da sie erlaubt, jeden Teilnehmer bei möglichst exakt den gleichen Voraussetzungen zu befragen und so die Antworten untereinander vergleichbar zu machen.

Der Fragebogen ist dem Zielpublikum angepasst und liegt in deutscher, französischer, englischer und portugiesischer Sprache vor. Nach einem ersten Testdurchlauf wurden verschiedene Fragen passend umformuliert. Es wurde bei der Zusammenstellung des Fragebogens auf die unter anderem von Porst zusammengefassten Regeln bei der Fragebogenerstellung geachtet (Porst, 2014).

BESCHREIBUNG DES SAMPLES

Die empirische Grundgesamtheit besteht aus allen konsumierenden Klienten, die tagtäglich die Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“ aufsuchen. Es geht dabei um durchschnittlich etwa 175 verschiedene Menschen. Da eine Befragung aller Klienten zeitlich nicht möglich ist, wurde auf die Möglichkeit einer Stichprobe zurückgegriffen. Die Methode der Selektion der Elemente der Stichprobe war die Zufallsstichprobe, es wurden jeweils die an den Tagen der Befragung anwesenden Klienten befragt, welche sich mit einer Teilnahme einverstanden erklärten. Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine einfache Zufallsstichprobe.

Die Grundgesamtheit definiert sich aus allen Klienten, die im Befragungszeitraum die Einrichtung aufgesucht haben. Jedes Element der Gesamtgrundeinheit ist nur je einmal in der Stichprobe vertreten. Es wurde darauf geachtet, dass keine Person doppelt befragt wurde. Die Auswahl der Stichprobe ist so gestaltet, dass jedes Element der Gesamtgrundeinheit die gleiche Auswahlchance hat, in die Stichprobe zu gelangen, einziges Ausschlusskriterium war eine Verweigerung der Teilnahme seitens des Teilnehmers.

Die Befragungsergebnisse werden bei der Auswertung, soweit wie möglich, mit dem Aspekt des Geschlechts, des Alters und der Dauer der Nutzung des Angebotes in Beziehung zu der jeweiligen Angabe untersucht, die notwendigen Informationen dazu ergeben sich aus den ersten beiden Fragen der Erhebung. Die vier folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Verfügbarkeit der Einrichtung und ergeben ein erstes Bild darüber, ob der Zugang zu der Ein-

richtung passgenau genug ist, um den Bedürfnissen der befragten Klienten zu entsprechen. Die Frage, auf welche Art und Weise die Klienten auf das Drogenhilfzentrum aufmerksam wurden, kann als ein Indikator genommen werden, ob Handlungsbedarf besteht in Bezug auf Sensibilisierung- und Öffentlichkeitsarbeit.

Es folgen sechs Fragen, die in Bezug auf das Angebot der Einrichtung beziehungsweise den Kontakt zu den Mitarbeitern bestehen. Beeinflusst die Beziehung zu den Mitarbeitern die Wahrnehmung der verschiedenen Angebote? Gibt es einen Zusammenhang zwischen diesen Variablen? In der Folge werden die befragten Konsumenten Aufschluss darüber geben, warum sie ihren Konsum in der Einrichtung tätigen und mit der Beantwortung der Frage, auf welche Angebote sie zurück greifen, gleichsam Informationen liefern, wie die verschiedenen Hilfsangebote wahrgenommen werden.

Eine weitere Frage zu der Kompetenz der Mitarbeiter und der Wahrnehmung einer Kernfunktion dieser Mitarbeiter im Konsumraum sollen Aufschluss darüber geben, ob der Konsumraum lediglich als Schutzraum zum Konsum von illegalen Drogen gesehen wird, oder auch eine lebensrettende beziehungsweise -erhaltende Funktion hat.

Im letzten Teil der Befragung wird neben den statistischen Angaben der Befragten erkundet, ob es sich um Menschen mit Therapieerfahrung handelt. Die Auswertung der Datensammlung wird zeigen, ob es Korrelationen zwischen den Bedürfnissen der Klienten, dem Alter, dem Geschlecht oder eben auch den bisherigen Therapieerfahrungen gibt. Die Wohn- und Einkommenssituation des Einzelnen werden ebenfalls relevante Variablen in dieser Auswertung darstellen.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen, die entweder anhand einer fünfstelligen Lickert-Skala beantwortet werden oder durch Mehrfachwahl auf einer vorgegebenen Tabelle.

AUSWERTUNG DER DATENSAMMLUNG

Bezugnehmend auf die statistischen Erhebungen der Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“ haben im Jahr 2018 durchschnittlich 161 Menschen pro Tag die Einrichtung aufgesucht. Der Trend bei der Anzahl der Konsumenten bleibt unverändert hoch. Befragt wurden bei der quantitativen Erhebung insgesamt 49 Menschen, es handelt sich dabei um 30,4 % der Gesamtgrundeinheit. Im gleichen Zeitraum setzte sich die Klientengruppe aus 18 % Frauen und 82 % Männer zusammen, die befragte Klientengruppe war zu 79,5 % männlichen und zu 20,5 % weiblichen Geschlechts.

Die Nähe zur Drogenszene und damit auch zu den Angeboten dieser Szene spielen sicher auch eine Rolle. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Einrichtungen. Einrichtungen wie das Drogenhilfezentrum „Abrigado“ müssen versuchen, sozial verträglich zu sein. Im Sinne der Sozialraumordnung sollten sie versuchen, eine einseitige Beeinträchtigung der näheren Umgebung zu vermeiden, beziehungsweise sozialverträgliche Lösungen für alle Nutzer des betroffenen Sozialraumes finden.

Konsumräume stehen eigentlich immer im Spannungsfeld von verbraucherorientierter Gesundheitspolitik und kommunaler Ordnungspolitik. Eine Abwägung zwischen Verbraucherinteresse, gesundheitspolitischem und ordnungspolitischem Interesse ist besonders immer dann nötig, wenn die verschiedenen Interessen nicht mehr kompatibel erscheinen (Springer, 2003).

Die zusätzlichen Angebote des „Abrigado“

Werden die Angebote der Drogenhilfeeinrichtung wahrgenommen und welche Angebote haben einen prioritären Stellenwert für den Konsumenten? Die Antworten der weiblichen Teilnehmer unterscheiden sich dabei wesentlich von den Antworten der männlichen Teilnehmer. Stehen für die Frauen die Beratung, der Spritzentausch und die Möglichkeit der Nutzung der sanitären Einrichtungen im Vordergrund und erst nach den weitervermittelnden Angeboten die Nutzung des Konsumraumes, ergibt sich ein anderes Bild bei den männlichen Teilnehmern.

Hier sind es vor allem der Konsumraum, der Spritzentausch und die Beratung sowie die Notschlafstelle, die eine gewisse Priorität haben. Auffallend ist, dass bei beiden Gruppen die Möglichkeit der HIV- beziehungsweise Hepatitis-Diagnose, beides Elemente der sekundären Prävention und von elementarer Wichtigkeit bei der Schadensminimierung, nicht mit der gleichen Wichtigkeit von den Befragten wahrgenommen werden (siehe Tabelle 9). Bei Hepatitis C handelt es sich um eine Leberentzündung, die durch das Virus HCV verursacht wird. Wenn sie nicht frühzeitig behandelt wird, verläuft sie häufig chronisch, die gesundheitlichen Folgen können dann schwerwiegend sein, in manchen Fällen besteht Lebensgefahr. Das Hepatitis-C-Virus wird durch Blut übertragen, vor allem beim gemeinsamen Benutzen von Spritzen beim Drogenkonsum. Auch beim inhalativen Drogenkonsum kann Hepatitis C übertragen werden durch gemeinsam benutzte Utensilien.

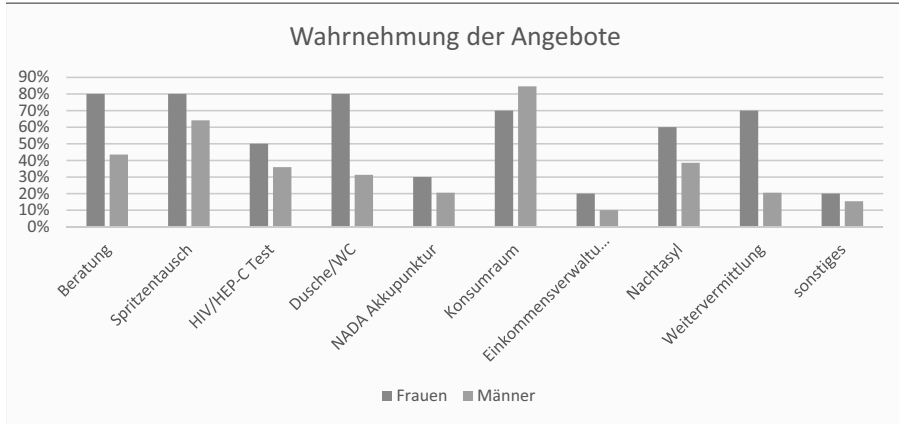


Tabelle 9: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Angebotsnutzung

Es ist also von großer Bedeutung, dass der Konsument sich seines Infektionsstatus bewusst ist, um autonom und verantwortungsvoll zu handeln, und somit sich und seine Lebenswelt zu schützen.

Die Anwesenheit der Mitarbeiter als bester Schutz gegen Überdosierung bestätigen 65,3 % der Befragten mit mehr Zustimmung und größtenteils Zustimmung auf der Lickert-Skala, 26,5 % stimmten dieser Aussage noch teilweise zu.

Therapieerfahrung der Klienten

Bei den befragten Konsumenten handelt es sich mehrheitlich um Menschen, die in ihrem bisherigen Leben noch keine Therapieerfahrung gemacht haben, der Schritt aus dem niederschweligen Angebot der Drogenhilfeeinrichtung ist bislang noch nicht erfolgt. Fast ein Drittel der Befragten haben schon mehrere Therapien abgebrochen. Die Therapieerfahrungen sind bei den weiblichen und männlichen Teilnehmern nahezu identisch (siehe Tabelle 10)

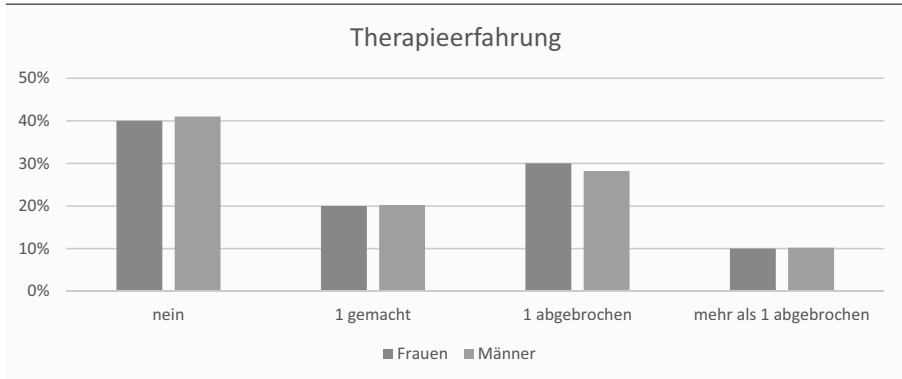


Tabelle 10: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Therapieerfahrung

Die Wünsche der Klienten

Die vorletzte Frage der quantitativen Analyse forderte von den befragten Klienten, der Aussage, dass das Angebot des Drogenhilfezentrums ausreichend ist sie keine weiteren Wünsche haben, entweder gar nicht zuzustimmen oder größtenteils zuzustimmen – auf einer fünfstelligen Lickert-Skala.

Allgemein betrachtet sind 72,4 % der Meinung, dass das Angebot ausreichend ist, es gibt keine wesentlichen Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Teilnehmern. Betrachtet man die restlichen 28 %, so fällt auf, dass die Klienten, welche über ein geregeltes Einkommen verfügen – im Regelfall das Inklusionseinkommen „REVIS“ – und nicht wohnungslos sind, der Aussage tendenziell eher zustimmend gegenüberstehen.

Die Klienten, welche entweder ohne Einkommen oder wohnungslos beziehungsweise beides sind, stimmen der Aussage überhaupt nicht zu. Auch hier gibt es kaum Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Befragten. Eine Hypothese ist, dass besonders wohnungslose Menschen weitere Angebote brauchen und fordern, die dem Umstand gerecht werden, dass sie einen Teil ihres Lebens auf der Straße verbringen und diese „schutzlose“ Zeit so weit wie möglich reduzieren wollen. Allerdings sind bei dieser Befragung nur 10 % der Konsumenten, die das aktuelle Angebot als nicht zureichend empfinden, Nutzer der Notschlafstelle der Einrichtung.

Eine mögliche Hypothese sind hier die Konsumgewohnheiten der Klienten. Wie bereits erwähnt erfordert der Konsum des Kokains ein wiederholtes Konsumieren, damit der Effekt der Droge sich erneut einstellt, weit über zehn Konsumvorgänge pro Tag sind keine Seltenheit (EMCDDA, 2018). Der Konsum innerhalb der Einrichtung ist beschränkt auf den Drogenkonsumraum, es ist nicht erlaubt im Bereich der Notschlafstelle der Einrichtung zu konsumieren. Es kann sein, dass dies ein Exklusionskriterium für Konsumenten mit hohem Suchtdruck darstellt und somit der Schritt aus der Wohnungslosigkeit heraus mit der Notschlafstelle keine Option ist.

Die teilnehmenden Klienten wurden am Ende des Fragebogens gebeten, zu äußern ob noch zusätzliche Wünsche in Bezug auf das bestehende Angebot bestehen. Zur Wahl stand ein Konsumraum in der jeweiligen Wohngegend, niederschwellige Wohnmöglichkeiten, ein Substitutionsangebot in der Drogenhilfeeinrichtung und schlussendlich der Wunsch, nicht mehr aufgrund der Sucht diskriminiert zu werden. Die niederschwellige Wohnangebote waren nur für zwei der insgesamt 49 Teilnehmer von Wichtigkeit. Einen Konsumraum in der eigenen Wohngegend zu haben, wurde von sehr wenigen Klienten als Wunsch geäußert, insgesamt von drei Betroffenen. Es gibt verschiedene Hypothesen in Bezug auf das Thema des zusätzlichen Konsumraumes.

Die Frage mit Mehrfachwahlmöglichkeit ist so allgemein formuliert, dass sie isoliert betrachtet bedeuten kann, dass es in der jeweiligen Wohngegend einen Konsumraum gibt, die ganze Verkaufs- und Begegnungsszene sich allerdings weiterhin in der Hauptstadt abspielt. Eine weitere Hypothese wäre die, dass die aktuelle Situation in der Drogenhilfeeinrichtung, aber auch im unmittelbaren Umfeld durch ihre quantitative Größe ein gewisses Maß an Sicherheit und Anonymität gibt, ein Umstand, der in einer ländlichen Gegend oder in kleineren Einrichtungen nicht unbedingt garantiert wäre.

Die beiden Wünsche die am häufigsten – sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Teilnehmern – geäußert wurden, ist einerseits die Möglichkeit eines niederschweligen Substitutionsangebotes und andererseits der Wunsch, nicht wegen des Drogenkonsums diskriminiert zu werden (siehe Tabelle 11).

Ausgehend von den kurzfristigen Zielen der Substitutionsbehandlung, der Risikominimierung hinsichtlich der konsumierten Substanzen und der vorhandenen Konsummuster sowie der Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation sowohl in gesundheitlicher wie in sozialer Hinsicht, macht die niederschwellige Substitution in der Drogenhilfeeinrichtung Sinn und fügt sich bestens in das Konzept der Schadensminimierung ein. Die Substitution kann auch in der Einrichtung unterstützend sein bei der Behandlung weiterer Erkrankungen physischer oder psychischer Natur und zu einer Verbesserung

der Lebensqualität beitragen. Schließlich kann niederschwellige Substitution auch eine Risikoverminderung einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft bedeuten und schlussendlich kann die Substitution, die bereits in der Drogenhilfeeinrichtung erfolgt, ein erster Schritt in Richtung Integration in das abstinentorientierte Suchthilfesystem sein.

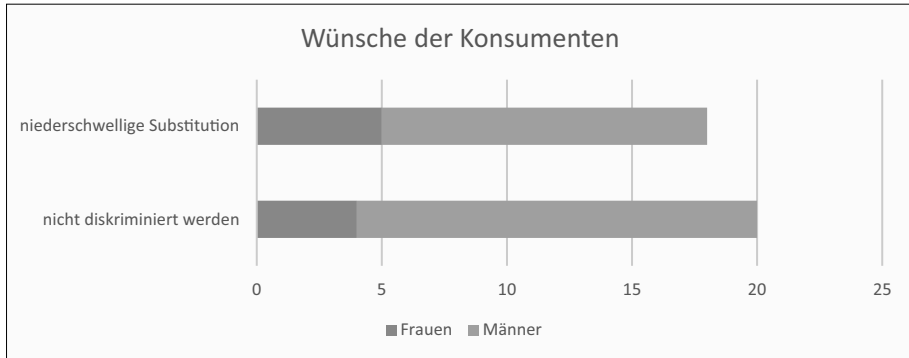


Tabelle 11: Fragebogen "Abrigado" 2019_Wünsche

Bei der Auswertung der Fragebögen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Teilnehmern, die wenigen Auffälligkeiten sind jeweils obenstehend beschrieben. Es gab eine Auffälligkeit bei der letzten Frage, welche die zusätzlichen Wünsche der Klienten erforscht. Es haben von den insgesamt 49 Teilnehmern nur 16 Männer (n=39) und 5 Frauen (n=10) geantwortet, alle stammen aus der Alterskategorie der 41-50-Jährigen.

Akzeptanzsteigerung durch Paradigmenwechsel

Die deutsche Aidshilfe macht in ihrem alternativen Drogen- und Suchtbericht 2015 darauf aufmerksam, dass es an der Zeit für einen Paradigmenwechsel ist, weg vom erfolglosen Verbot zu einer wirkungsvollen Regulierung. Sie macht somit auch auf einige Gründe der Stigmatisierung und Diskriminierung von drogenabhängigen Menschen aufmerksam. Prof. Dr. Heino Stöver, Vorstandsvorsitzender von akzept e.V. und Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences bemerkt in genanntem Drogen- und Suchtbericht: „Wir wissen längst, welche Maßnahmen wirken. Mit einer staatlich kontrollierten Abgabe von Drogen können wir viele Probleme lösen. Jugend- und Verbraucherschutz würden damit massiv gestärkt.“ (akzept e.v, 2015, S. 9).

Die Strafverfolgung hat sicher schädliche Auswirkungen, auch in Bezug auf die Akzeptanz und die Nicht-Diskriminierung der Drogenkonsumenten. Der Konsument wird in die Illegalität gedrängt und ist für Hilfsangebote schwerer erreichbar. Die organisierte Kriminalität und die hohen Schwarzmarktpreise

ziehen Beschaffungskriminalität nach sich mit unangenehmen Folgen für den gesamten Sozialraum. Zudem ist die Qualität illegaler Substanzen nicht kontrollierbar und sie enthalten größtenteils krankmachende beigemengte Streckmittel. Es sind nicht Strafe, Zwang und Prohibition, die zu gesundheitsbewusstem Verhalten führen, sondern Unterstützung und Respekt. Drogenkonsumenten aufgrund ihrer Sucht aus der Gesellschaft auszuschließen, beziehungsweise an den Rand der Gesellschaft zu stellen, ist sicher nicht der richtige Weg. Es wird eher die helfende Hand gebraucht, um dem Wunsch der befragten Klienten zu entsprechen.

AMBIVALENZEN DER AKZEPTANZORIENTIERTEN DROGENARBEIT

Die beiden ersten Teile der vorliegenden Arbeit haben sich einerseits auf einer theoretischen Ebene mit der akzeptanzorientierten Drogenarbeit beschäftigt. Andererseits wurde versucht, auf einer praktischen Ebene, mittels einer Klientenbefragung die Thematik der Akzeptanzorientierung im Kontext der Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“ aus der Sicht der Betroffenen empirisch zu erforschen. Der dritte und letzte Teil der Arbeit beschäftigt sich, allerdings nur ansatzweise mit dem aktuellen politischen Kontext und den damit einhergehenden legalen Bestimmungen und Richtlinien für die Drogensozialarbeit.

Akzeptanzorientierte Drogen-Sozialarbeit im politischen Kontext

Die nationale Strategie und der Aktionsplan der luxemburgischen Regierung in Bezug auf die Bekämpfung der illegalen Drogen und der damit verbundenen Drogensucht unterliegt der Koordination des nationalen Drogenbeauftragten des Gesundheitsministeriums. Diese nationale Strategie visiert verschiedene Ziele an. Es geht einerseits um eine Verringerung der Drogennachfrage, eine Risikominimierung auch durch präventive Maßnahmen im Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention. Andererseits wird die Forschungsarbeit im Bereich der Drogen- und Suchtproblematik gefördert. Die Drogen-Sozialarbeit in Luxemburg wird mehrheitlich finanziert über die Mittel, die vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt werden, die verschiedenen Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind, gestalten ihre Sozialarbeit konform zur entsprechenden Gesetzgebung, dem sogenannten ASFT-Gesetz. (Mémorial, 1998, S. 1599-1604)

Die Kosten der ambulanten Dienste sowie die stationären Einrichtungen werden über staatliche Konventionen finanziert (Origer, 2016). Der gesetzliche Rahmen zur Drogensozialarbeit ist gegeben durch das luxemburgische Betäubungsmittelgesetz aus Jahre 1973, welches einerseits den Verkauf verschiedener Medikamente regelte und andererseits die Bekämpfung illegaler Drogen zum Ziel hatte. Die letzte Änderung in Bezug auf diese gesetzlichen

Rahmenbedingungen erfolgte durch das Betäubungsmittelgesetz vom 27. April 2001 (Mémorial, 2001, S.1180-1182) Dieses Gesetz schafft den legalen Rahmen, um verschiedene Hilfsangebote im Bereich der akzeptanzorientierten Drogensozialarbeit organisieren zu können, es erlaubt ebenfalls alle Maßnahmen im Bereich der Risikominimierung und der Substitution. Spritzentausch, Safer-Use-Sensibilisierung und der überwachte Drogenkonsumraum haben ab 2002 den notwendigen gesetzlichen Rahmen, ebenso die überwachte Heroinsubstitution. Es wird noch einige Jahre dauern, bis diese Form der Substitution als komplementäre Hilfe angeboten wird. Seit 2017 ist die Stiftung der Jugend- und Drogenhilfe (JDH) in diesem Bereich aktiv.

Erwähnenswert ist, dass das oben erwähnte Gesetz auch eine Lockerung der Strafverfolgung einführt, die Haftstrafen für Cannabiskonsum werden abgeschafft und die Strafhöhe wird dem jeweiligen Suchtmittel angepasst. Damit gehört Luxemburg zu den sieben Mitgliedsstaaten der EU, die über einen differenzierten Katalog der Strafverfolgung im Bereich des illegalen Suchtmittelkonsums verfügen. Es ist dies ein erster Schritt in Richtung Entkriminalisierung von drogenabhängigen Menschen (Origer, 2016). Zusätzlich zu diesem gesetzlichen Rahmen orientiert die aktuelle Drogensozialarbeit sich an den bestehenden gemeindespezifischen Reglementierungen.

Im konkreten Fall der Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“ handelt es sich um das „règlement général de police“ von 2015. Besonders die Artikel in Zusammenhang mit der Nachtruhe, dem Verbot der Erregung öffentlichen Ärgernisses und der Benutzung des öffentlichen Raumes stehen der Drogensozialarbeit entgegen mit Klienten, denen es aufgrund ihrer Sucht an Struktur und Orientierung mangelt, um den Anforderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entsprechen zu können. Somit steht die Drogensozialarbeit in einem dauernden Spannungsfeld zwischen, wie Bourdieu es formuliert hatte, *„denen er gerne helfen wurde, die aber oft zu demoralisiert sind, um ihre eigenen Interessen (...) zu vertreten und andererseits den Verwaltungsorganen“* (Bourdieu, 1997, S.219).

Geht man vom Ansatz der systemischen Sozialarbeit aus, unter Einbeziehung der sozialarbeiterischen Aspekte in die Beratung, Behandlung und Unterstützung von exkludierten, isolierten, gefährdeten und erkrankten Menschen aus, so könnte man es auf einen einzigen Satz reduzieren. Finden die Menschen nicht ins System, so muss das System die Menschen finden. Darüber hinaus muss, im Sinne der Sozialraumorientierung darauf geachtet werden, dass dieser Sozialraum auch für alle Beteiligten ausgewogen und gerecht benutzbar bleibt. Es müssen also einerseits Lösungen gefunden werden, die bei gerechter Sozialraumnutzung den Menschen, die nicht in das System finden, die nötige Hilfe und Orientierungen zu geben. Andererseits muss eben diese Sozialarbeit so gestaltbar sein, dass ein gesellschaftliches Miteinander konfliktfrei möglich sein kann.

Konzeptuelle Neuorientierung bei verändertem Sucht- und Konsumverhalten

Der europäische Drogenbericht 2018 (EMCDDA, 2018) bestätigt für das Referenzjahr 2014 eine Prävalenzrate von 2.5 % beim Kokain für das Lebensalter der 15-64-Jährigen, bei den Opioiden liegt die Schätzung des Hochrisiko-Opioidkonsums für das Referenzjahr 2015 bei 4,46 Fällen je 1000 für Luxemburg.

Man kann die Lage als durchaus ernst betrachten. Das Arbeitskonzept des „Abrigado“, in seiner aktuellen Form, wurde zu einem Zeitpunkt geschrieben, in dem sich die Konsumgewohnheiten der Klienten nicht besonders von den heutigen unterscheiden. Dennoch haben die bessere Verfügbarkeit und Qualität des Kokains maßgeblich dazu beigetragen, dass der Konsum und damit die Konsumvorgänge gestiegen sind (EMCDDA, 2018). Erschwerend kommt hinzu, dass im Kontext der Sozialraumordnung verschiedene Stadtviertel konsequent von Drogenkonsumenten befreit wurden. Die Umorientierung der Konsumenten, die das Ziel verfolgt, die Betroffenen zu einem Konsum außerhalb des öffentlichen Raumes, in einem geschützten Umfeld zu motivieren, hat auch zur Folge, dass die Quantität der Konsumenten in unmittelbarer Nähe des Drogenhilfezentrums fast unüberschaubare Dimensionen angenommen hat.

Wie der europäische Drogenbericht vermerkt, sind die Auswirkungen des Kokains auf die öffentliche Gesundheit derzeit schwer messbar, da die Rolle dieser Droge bei akuten wie auch bei langfristigen Gesundheitsschäden schwer zu überwachen und nicht unbedingt erkennbar ist. Es scheint allerdings wahrscheinlich, dass die substanzbedingten Probleme zunehmen, wenn die Prävalenzrate des Kokainkonsums und insbesondere der hochriskanten Konsummuster zunehmen.

Es ist unbestritten, dass Drogenkonsumräume Menschenleben retten. Hier wird durch die niederschweligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote realisiert. Durch den positiven Kontakt und den Aufbau einer vertrauensstiftenden Zusammenarbeit wird der Raum eröffnet, um weitere Hilfe anbieten zu können, insbesondere für solche Drogenkonsumenten, die vorher nicht oder nur schwer erreicht werden konnten. Allerdings bedingt die steigende Anzahl von Nutzern der Einrichtung „Abrigado“, die dem Konsum angepasste Vermittlung der Inhalte der Prävention, und der schwierigen und angespannten Situation im direkten Umfeld der Einrichtung, eine konsequente Überarbeitung des bestehenden Konzeptes.

Andere Überlegungen, die bei einer konzeptuellen Neugestaltung unbedingt Berücksichtigung finden müssten, sind beispielsweise die Trennung der Not-

schlafstelle vom Rest der Einrichtung. Oder die Frage, ob der Konsum von Alkohol im Innenbereich der Einrichtung grundsätzlich verboten sein sollte, führt er doch regelmäßig dazu, dass der Alkohol durch sogenanntes Sturztrinken vor der Einrichtung konsumiert wird. Oder auch noch die Frage nach einem niederschweligen Substitutionsangebot in der Einrichtung, beispielsweise durch Diacetylmorphin (Heroin) in Pillenform.

Im letzten Kapitel werden zwei Modelle kurz beschrieben, die einen möglichen Ausblick auf eine zukünftige Neuorientierung geben können. Während der Entstehung der vorliegenden Arbeit fanden Arbeitsvisiten in der Schweiz und in Kanada statt. In zwei Exkursen erlaube ich mir diese Erfahrungen in die vorliegende Arbeit einfließen zu lassen.

ALTERNATIVEN ZUM AKTUELLEN MODELL

Es gibt weder ein allgemeingültiges Rezept in der Drogensozialarbeit noch ein Allheilmittel. Die akzeptanzorientierten Ansätze versuchen, den Klienten individuell dort zu unterstützen, wo es im Lebensprojekt des betroffenen Konsumenten passt und notwendig ist. Und selbst wenn es gelingen würde ein Universalmittel gegen Drogenkonsum zu entwickeln, bleibt es – im Respekt der Autonomie und der Lebenswelt des Klienten- die Entscheidung des Betroffenen ein solches Angebot in Anspruch zu nehmen oder nicht. Man kann und sollte sich an verschiedenen Modellen inspirieren und orientieren, um neue Wege und Möglichkeiten in der Drogensozialarbeit zu finden.

Exkurs SIP Züri- Sicherheit, Intervention, Prävention in der Drogensozialarbeit in der Schweiz

Eine kürzlich organisierte „Studienreise“ nach Zürich führte die politisch Verantwortlichen der Stadt Luxemburg, Vertreter der Justiz und der Polizei und Vertreter der Organisationen im Bereich der Drogensozialarbeit nach Zürich. Während vier Tagen fand ein reger und interessanter Austausch zwischen beiden Ländern statt mit dem Ziel von der „best practice“ des Anderen zu lernen. Im Folgenden wird zusammenfassend ein Projekt beschrieben, welches man sich in abgewandelter Form auch in Luxemburg als unterstützende Maßnahme in der Drogensozialarbeit vorstellen kann.

Zwischen 1986 und 1995 ist der Platzspitz, der sogenannte „Needle-Park“, im Zentrum von Zürich, wie auch der Bahnhof Letten die größte offene Drogenszene in Europa. Es existiert hier ein quasi rechtsfreier Raum, Gewalt, Schießereien und Drogenverkauf in großem Umfang stehen an der Tagesordnung. Durchschnittlich 600 HIV-Neuansteckungen werden pro Jahr gezählt, die Zahl der Neuinfektionen an Hepatitis C ist genauso so hoch. Im Durch-

schnitt zählt die Stadt Zürich bis zu 80 durch Drogen verursachte Todesfälle pro Jahr. Die vor Ort ansässigen Hilfsorganisationen verteilen bis zu 10 000 Spritzen- und Nadelsets pro Tag.

Ende der 90er Jahre beschlossen die politisch Verantwortlichen, wohl auch auf Druck der in der Drogensozialarbeit verorteten Organisationen, die sogenannte Vier-Säulen-Politik bestehend aus Prävention, Therapie, Schadenminimierung und Überlebenshilfe sowie Repression. Die drogenpolitischen Grundsätze der Stadt Zürich wurden fortan folgendermaßen dekliniert: Hauptziel der Stadt ist es, eine Stadtverträglichkeit zu erreichen, die eine für jeden verträgliche Aufteilung des Sozialraumes erlaubt, die Abstinenz ist keine Priorität. Es soll zu einer Entlastung des öffentlichen Raumes kommen, Integration statt Segregation ist die Maxime, eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit, Polizei und Medizin ist erwünscht und wird gefördert.

Hilfsangebote wurden so strukturiert, dass sie prinzipiell alle drogenabhängigen Erwachsenen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich erreichen konnten und sollten, es handelte sich hier um etwa 850 Personen. Die soziale Integration sollte gefördert und die Lebensqualität verbessert werden, die Übertragungsrates von Infektionskrankheiten sollte merklich verringert werden. Todesfälle durch Drogenüberdosierungen sollten die Ausnahme bilden, der Zugang zu Behandlungs- und Ausstiegsmöglichkeiten sollte verbessert werden. Es sollte bei dieser Zielsetzung zu einer Entlastung des öffentlichen Raumes kommen.

In der Folge wurden in Zürich sieben Drogenkonsumräume eröffnet, das Angebot an niederschweligen Wohnmöglichkeiten wurde erhöht, die medizinische Versorgung im niederschweligen Bereich organisiert und bereitgestellt. Anfang 2019 bestehen noch insgesamt drei der sieben Drogenkonsumräume, die restlichen wurden aufgrund schwindender Konsumentenzahlen im Laufe der Jahre geschlossen. Der Kontext ist nun klar beschrieben, und man erkennt an dem eigentlichen Projekt, der sogenannten „SIP-Einheit“ der Stadt Zürich, unter welchen Bedingungen diese Arbeit erfolgen kann.

Sicherheit-Intervention-Prävention, kurz „SIP-Züri“ genannt, wurde geschaffen im Hinblick auf die Zusammenarbeit und die Interventionen im Bereich der Nachbarschaft und den verschiedenen Standorten der Drogensozialhilfsangebote. Die Nachbarschaft und der gesamte Sozialraum reagieren sensibel auf Einrichtungen und Nutzer von Drogenkonsumräumen. Die Mitarbeiter der „SIP-Einheit“ achten auf die Nachbarschaftsverträglichkeit des Angebotes und suchen den Dialog mit den Nachbarn und der gesamten Wohngegend. Es geht vorrangig darum, den Sozialraum so zu gestalten, dass alle Beteiligten in gleichem Masse an der Gesellschaft teilhaben können. Konkret bedeutet dies, dass etwa 60 Mitarbeiter jeden Abend in Teams von zwei Mitarbeitern in den betreffenden Stadtgebieten unterwegs sind, um regulie-

rend eingreifen zu können. Dies vermittelt einerseits ein Gefühl der Sicherheit für die Bewohner des jeweiligen Viertels, und andererseits eine gewisse Nähe und einen Ansprechpartner für die Menschen, die sich aufgrund ihres Drogenkonsums im öffentlichen Raum aufhalten.

Der Drogenkonsum im öffentlichen Raum wird von den Mitarbeitern insofern unterbunden, dass die betreffenden Personen in die verschiedenen Drogenkonsumräume orientiert werden. Bei einer gemeinsamen Patrouille mit den Mitarbeitern des „SIP-Züri“ wurde schnell ersichtlich, wie effizient dieses System funktionieren kann. Ein Stadtpark, der sowohl von den Anwohnern und ihren Kindern als auch von den Drogenkonsumenten benutzt wird, wird sozialraumtechnisch so verhandelt, dass der Raum von beiden Parteien - mit einem gebührenden Abstand, der sowohl die Sicherheit der Anwohner wie auch die gesellschaftliche Teilhabe der Konsumenten garantieren kann - genutzt werden kann. Ein solches Modell kann allerdings nur dann seine volle Wirkung entfalten, wenn beispielsweise ausreichend Möglichkeiten bestehen, um Konsumenten im öffentlichen Raum in bestehende Einrichtungen zu vernetzen.

Die aktuelle Lage in Luxemburg erlaubt diese Vorgehensweise nur sehr bedingt. Im Hinblick auf den geteilten Sozialraum ist es – wie auch ersichtlich aus der Auswertung der Befragung der Klienten des „Abrigado“ – wichtig dass man einerseits die Möglichkeit des überwachten Konsumraumes schafft. Andererseits ist die Vernetzung in diesen Konsumraum auch ein Schritt in Richtung gesicherter Sozialraum, da kein Konsum mehr im öffentlichen Raum stattfindet. Kommt es zu einem Regelverstoß des Konsumenten im „Abrigado“, der einhergehend mit einem zeitlich begrenzten Ausschluss aus der Institution verbunden ist, findet der Konsum für den betreffenden Klienten zwangsweise wieder im öffentlichen Raum statt. Es gibt aktuell keine andere Vernetzungsmöglichkeit.

Exkurs Kanada – Drogensozialarbeit im Land des legalisierten Cannabiskonsums

Unter ähnlichen Voraussetzungen fand in der letzten Maiwoche 2019 eine Arbeitsvisite in Kanada statt unter der Leitung des luxemburgischen Suchtverbandes, also des Dachverbandes der Organisationen, welche in der Drogen- und Suchthilfe tätig sind. Die Visite wurde im Hinblick auf die geplante Legalisierung des Cannabiskonsums in Luxemburg anberaumt. Der Drogenkonsum im Allgemeinen war ebenfalls ein Thema. Es bestand während des Aufenthaltes die Möglichkeit, sich mehrere Drogenhilfeeinrichtungen mit akzeptanzorientiertem Ansatz in Montreal anzusehen.

Legalisierung des Cannabiskonsums und notwendige Präventionsmaßnahmen vor der Legalisierung sollen an dieser Stelle nicht weiter als alleinstehen-

des Thema vertieft werden, die Fragen in Bezug auf diesen Themenkomplex könnten Inhalt einer weiteren wissenschaftlichen Arbeit sein. Auch wenn der aktuelle Konsum in Kanada leicht differiert vom europäischen, sind die Grundsätze doch die gleichen. Zwei der besuchten Einrichtungen verfügen im Prinzip über die gleichen Mittel wie die Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“, der akzeptanzorientierte Ansatz ist ebenso gegeben und die Konsumenten werden ganzheitlich und systemisch begleitet.

In Kanada wie in der Schweiz gibt es allerdings einen grundlegenden Unterschied zum Angebot in Luxemburg: Es bestehen mehrere Einrichtungen, die fußläufig zu erreichen sind und sich in ihren Öffnungszeiten ergänzen. Der Konsument hat also die Möglichkeit, risikominimiert zu konsumieren und darüber hinaus fachlich beraten zu werden. Das diversifizierte Angebot hat zudem den Vorteil, dass ein Klient, welcher in einer Einrichtung wegen Verstoßes gegen eine der wenigen Regeln ausgeschlossen ist, sich in eine andere Einrichtung begeben kann und nicht gezwungen ist, im öffentlichen Raum zu konsumieren.

Ein erwähnenswertes, denn innovatives Modell aus Kanada sei hier kurz vorgestellt: Die Stadt Montreal verfügt über insgesamt vier Drogenkonsumräume unterschiedlicher Aufnahmekapazität und mit unterschiedlichen Öffnungszeiten. Es steht zudem eine mobile Lösung zur Verfügung, die auf Abruf bereitsteht, um zu dem jeweiligen Klienten zu fahren. Ein eigens zu diesem Zweck umgebauter Transporter mit zwei eingerichteten Konsumplätzen wird vom Klienten über Telefon geordert und ermöglicht so den Konsum in der Wohngegend des Klienten.

Diese Lösung bietet gleich mehrere Vorteile. Die Klienten brauchen sich nicht in die Stadt zu begeben, brauchen keinen unmittelbaren Kontakt mit der Drogenszene und sind dennoch nicht gezwungen, im öffentlichen Raum zu konsumieren. Die Lösung bietet sich vor allem an für beispielsweise alleinerziehende Eltern, die den Konsum nicht in Anwesenheit der Kinder tätigen wollen oder auch noch für Menschen, die nicht in den eigenen vier Wänden konsumieren wollen. Neben dem Konsum finden hier auch die Beratung, der Spritzentausch und die Sensibilisierungsgespräche statt, die zu einem risikominimierenden Konsum führen sollen. Man kann beispielhaft als letzten Vorteil dieser mobilen Lösung anführen, dass er auch eine Lösung für die Menschen darstellt, die aufgrund gesundheitlicher Probleme in ihrer Bewegungsautonomie eingeschränkt sind. Den politisch Verantwortlichen wie auch den Organisationen in Montreal geht es vorrangig darum, Lösungen zu finden für Menschen, die den Weg in das System nicht finden.

FAZIT UND AUSBLICK

Der Erfolg der akzeptanzorientierten Haltung

Man kann durchaus behaupten, dass akzeptanzorientierte Ansätze zu einem bedeutenden Umdenken in der luxemburgischen Drogenhilfe beigetragen haben. Besonders in Bezug auf die Heroin- und Kokainkonsumenten, welche intravenös konsumieren, konnten erfolgreich Schwellen abgebaut werden und neue Angebote in das bestehende Hilfesystem integriert werden. Es ist vor allem der akzeptanzorientierten Drogenhilfe zu verdanken, dass unter anderem durch das politische Engagement, aber auch den politischen Mut verschiedener Akteure, Angebote wie Drogenkonsumräume und Spritzentausch rechtlich möglich gemacht wurden und mittlerweile umsetzbar sind. Die in der Arbeit aufgeführten Beispiele des mobilen Spritzentauschs, der bereits vor über dreißig Jahren stattfand, oder die Pionierarbeit des „Kollektiv Spackelter“ Ende der 80er Jahre haben durch ihren unermüdlichen Einsatz den Beweis erbracht, dass dieser Ansatz erfolgreich sein kann.

Es waren eben diese Pioniere, die politisch Verantwortliche mit Fakten davon überzeugten, dass eine Wende im Umgang mit drogenabhängigen Menschen eingeleitet werden musste. Die hohe Anzahl an Opfern von Drogenüberdosierungen war letztendlich der traurige Beweis dafür, dass Prohibition und Kriminalisierung keine sozial- oder gesundheitspolitischen Antworten auf die Frage des Umgangs mit drogenabhängigen Menschen waren. Die in der Zwischenzeit stagnierenden oder rückläufigen Zahlen bei den HIV- und Hepatitis C-Neuinfektionen in Luxemburg, wie auch in Europa, gehören unter anderem zu den Erfolgsmaximen dieser Drogensozialarbeit. Die Akzeptanzorientierung war und ist den Klienten zugewandt und hat viel für die Suchthilfe getan, vor allem durch den menschenwürdigen Umgang und der Orientierung an der jeweiligen Lebenswelt des Klienten. Akzeptanzorientierte Drogensozialarbeit gibt mit ihrem Ansatz den betroffenen Menschen auch ein Stück weit die Würde zurück, die in den meisten Fällen schon länger verloren gegangen ist.

Antworten, Hypothesen und mögliche Lösungen

Die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit war es, festzustellen ob das aktuelle Arbeitskonzept der Einrichtung „Abrigado“ den wandelnden Konsumgewohnheiten der Klienten Rechnung trägt, oder ob Anpassungen vorgenommen werden müssen. Es sollten auch die Möglichkeiten und Grenzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit aufgezeigt werden. Die empirische Untersuchung in Form der Klientenbefragung hat zu beiden Elementen der Forschungsfrage einige Erkenntnisse gebracht.

Ein Resultat der Befragung ergab, dass der größte Anteil an Klienten entweder von Freunden oder Bekannten aus der Drogenszene auf das Angebot des

„Abrigado“ aufmerksam gemacht wurde. Es stellt sich also unweigerlich die Frage nach den Gründen für diese Aussage. Bestenfalls sind die bestehenden sozialen Dienste so gut miteinander vernetzt, dass jeder Klient, der in Berührung mit diesen Diensten kommt, seinen Bedürfnissen entsprechend orientiert wird. Dies scheint hier nur bedingt der Fall zu sein, da die Orientierung durch beispielsweise Sozialarbeiter, Polizei oder Medien verschwindend gering ist. Eine mögliche, hypothetische Erklärung wäre, dass Menschen, die im öffentlichen Raum Drogen konsumieren bereits viel Lebensstrukturierung verloren haben und infolgedessen nicht auf die strukturierten Hilfen wie beispielsweise das Sozialamt oder andere Dienste zurückgreifen können. Die Orientierung hin zum niederschweligen Angebot des Drogenkonsumraumes verläuft dann eher über die Bekanntschaften in der Drogenszene.

Die Frage nach der Intensität der Nutzung des Konsumraumes hat bei der Befragung die Bestätigung gebracht, dass das sich ändernde Konsumverhalten neue Herausforderungen an das „Abrigado“ stellt. Mehrfachkonsum der gleichen Klienten am gleichen Tag setzen voraus, dass die bereitgestellte Infrastruktur diesem Anspruch gerecht werden kann. Bringt man diesen Mehrbedarf in Zusammenhang mit der Frage nach längeren Öffnungszeiten, beziehungsweise den Wartezeiten beim Einlass zum Konsumraum, so muss man feststellen, dass das Angebot der aktuellen Nachfrage nur bedingt nachkommen kann.

Die Befragung bestätigt auch die Vermutung der genderspezifischen Elemente in der niederschweligen Drogensozialarbeit. Die weiblichen Konsumenten haben wohl teilweise die gleichen Bedürfnisse wie die männlichen, geben den einzelnen Angeboten des „Abrigado“ aber eine andere Priorität. Die begleitenden Angebote wie die Sanitäreinrichtungen, das suchtdruckmindernde Akkupunkturprogramm NADA oder die risikomindernden Beratungsgespräche sind den Frauen wichtiger als die Nutzung des Drogenkonsumraumes. Aber auch in Bezug auf die jeweilige Wohnsituation der Konsumentinnen sind die Bedürfnisse verschieden gelagert, der später folgende Ausblick zeigt eventuelle Alternativen auf.

Die Akzeptanzorientierung ist sicher die richtige – und vielleicht einzig mögliche – Ausrichtung einer Einrichtung im niedrigschweligen Bereich. Der erste Kontakt, die ersten Stabilisierungsmaßnahmen die ergebnisoffen zumindest Vertrauen schaffen, sind die Grundvoraussetzung, um weiterführende Angebote überhaupt zu ermöglichen.

Ist das Konzept der Einrichtung den aktuellen Gegebenheiten und den Bedürfnissen der Klienten noch angepasst, oder drängen sich – eventuell grundlegende – Veränderungen auf? In Bezug auf das Angebot der Einrichtung und ausgehend von den Ansichten der Klienten ist die konzeptuelle Ausrichtung passend, die strukturellen beziehungsweise infrastrukturellen Voraussetzun-

gen bedürfen jedoch einer Anpassung. Die hohe Anzahl der täglichen Klienten, der substanzbedingte Suchtdruck und das Bedürfnis mehrmals am Tag konsumieren zu können, haben aufgrund fehlender beziehungsweise unzureichender Infrastrukturen negative Auswirkungen auf die Qualität der begleitenden Sozialarbeit. Es ist schlichtweg nicht möglich bei einem Aufkommen von 160 Konsumenten pro Tag, allen Betroffenen die Aufmerksamkeit zu schenken, die sie in ihrer individuellen Situation brauchen. Ein Beispiel soll dies stellvertretend veranschaulichen.

Aufgrund des gestiegenen Kokainkonsums kommt es vermehrt bei Klienten zu Situationen, wo die Klienten im Rauschstadium durch die Substanz verschuldete, ängstlich paranoide Stimmungen entwickeln, oder auch noch akustische oder optische Halluzinationen haben können. Besonders bei den Halluzinationen bedürfen diese Klienten einer erhöhten Aufmerksamkeit, die Betreuungsintensität erhöht sich um ein Vielfaches. Diese nicht selten auftretenden Nebeneffekte der Droge bedeuten bei der aktuellen Belastung des „Aborigado“ ein nicht zu unterschätzendes Problem. Aber auch die gravierenden psychischen Folgen des Kokainkonsums wie Depressionen, Angst und Psychosen mit paranoiden Wahnvorstellungen sind in der täglichen Drogensozialarbeit Herausforderungen, die dann zu Belastungen werden, wenn sie bei einer großen Anzahl von Klienten auftreten. Hier kann kurz- und mittelfristig nur die Schaffung weiterer Anlaufstellen Abhilfe bringen, wie es die Beispiele der Schweiz und Kanada zeigen.

Das Angebot der Drogenhilfeeinrichtung muss weiter ausdifferenziert werden. Die Bedürfnisse beziehungsweise Ansprüche der weiblichen Klienten unterscheiden sich in verschiedenen Bereichen grundlegend von den Bedürfnissen der männlichen Klienten. Das Leben auf der Straße unterscheidet sich für drogenkonsumierende Frauen erheblich von dem der Männer. Körperliche und sexuelle Gewalt seitens ihrer jeweiligen Lebenspartner oder seitens der Drogenhändler sind keine Ausnahmen. Sind diese Frauen Nutzer des Angebotes der Notschlafstelle der Einrichtung, gibt es für die Nacht wohl eine räumliche Trennung, der „Täter“ schläft allerdings im gleichen Gebäude wie das „Opfer“. Überhaupt wurde die Genderspezifität, auch in der akzeptierenden Drogenarbeit, sehr lange unterschätzt und war bislang kaum ein Thema in der Fachliteratur.

In den nächsten Jahren muss verstärkt der Diversität Rechnung getragen werden, ob es nun um die Identität des Menschen, seine kulturelle Herkunft, seine Sprache oder anderer Elemente seiner Individualität geht. Die „European Anti- Poverty Network Luxembourg“ (EAPN) bietet beispielsweise in diesem Kontext Weiterbildungen für den Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit und der Drogensozialarbeit an, wo das Miteinander der verschiedenen Kulturen, die Akzeptanz der Verschiedenheit ein Hauptthema sind. Auch wenn die Sozialarbeit bislang schon immer ein Vermitteln zwischen Kulturen war – bei-

spielsweise der Jugend- und Erwachsenenkultur, oder der Weiblichkeits- und Männlichkeitskulturen – geht es mittlerweile auch um die kulturelle Übersetzungsarbeit zwischen verschiedenen ethnischen und kulturellen Herkunftsn. In diesem Bereich kann Sozialarbeit sicher vom Diversity Management lernen, welches als unternehmerisches Konzept Vielfalt als Produktionsfaktor für den Unternehmenserfolg ansieht.

Ansätze zur konzeptuellen Weiterentwicklung

Zudem ergab sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Befund, dass die noch bestehenden Hürden im niederschweligen Bereich - wie beispielweise der universelle Leistungszugang - weiter abgebaut werden müssen. 2019 sind rund 43 % der Klienten, die das „Abrigado“ aufsuchen, ohne gesetzliche Krankenversicherung. Drogenkonsumierende Menschen in prekären Lebens- und Wohnverhältnissen haben vermehrt gesundheitliche Probleme und erfahren eine signifikant höhere Rate an Sterblichkeit und chronischen Krankheiten als die Normalbevölkerung. Die Abwesenheit einer gesetzlichen Krankenversicherung hat zumindest zwei negative Auswirkungen: erstens geht, trotz Behandlungsbedarf, der Betroffene nicht zum Arzt aufgrund der anfallenden hohen Kosten und der Gesundheitszustand verschlechtert sich weiterhin. Zweitens ist es die Ungewissheit, ob bei weiterführenden und abstinenzorientierten Angeboten und einer abwesenden Regelkrankenversicherung die Kosten für beispielsweise eine therapeutische Begleitung übernommen werden.

Durch die abwesende Krankenversicherung bleibt der Betroffene von Angeboten der Vorsorge und der Gesundheitsförderung – aber auch der kurativen Medizin – ausgeschlossen. Luxemburg braucht eine zugängliche Regelgesundheitsversorgung, einen universellen Leistungszugang zu den Angeboten des Gesundheitssystems. Es reicht nicht, nur administrative und physische Zugangshürden zu beseitigen, es bedarf in diesem Bereich auch einer besseren Information über die angebotenen Gesundheitsdienste und die jeweiligen Anspruchsberechtigungen.¹⁾

Die Institution „Abrigado“ soll und muss weiterführende Überlegungen machen, ob der Konsum von legalen Drogen, wie beispielsweise Alkohol, im Bereich der Institution weiterhin untersagt bleiben. Ein Umstand, der für verschiedene Klienten zu einem Ausschlusskriterium wird. In der Weiterentwicklung des Arbeitskonzeptes sollen vermehrt Angebote geschaffen werden, die einerseits helfen Spannungsfelder der akzeptanzorientierten Drogensozialarbeit abzubauen, und die andererseits positive Auswirkungen

1) *Rezente Gespräche im September 2019 mit dem Minister der sozialen Sicherheit und den Verantwortlichen des Centre commun de la Sécurité Sociale ergaben deutliche Verbesserungen in Bezug auf den Zugang zur Regelkrankenversicherung*

auf das Allgemeinwohl, die öffentliche Sicherheit und die öffentliche Gesundheit haben.

Mit der Schaffung eines zweiten Drogenkonsumraum im Süden des Landes, der in einigen Wochen seine Türen öffnet, übernimmt mit der Stad Esch eine zweite Gemeinde politische Verantwortung im Bereich der akzeptanzorientierten Drogensozialarbeit. Auch hier entsteht eine Institution, unter der Leitung der Stiftung „Jugend- an Drogenhëllef“, die sich in unmittelbarer Nähe eines Wohngebietes und eines größeren Einkaufszentrums befindet. Es entsteht somit ein weiteres Spannungsfeld zwischen Allgemeinwohl, öffentlicher Sicherheit und Drogensozialarbeit. Die Organisationen im kanadischen Montreal haben in den verschiedenen Wohnvierteln, in denen sich die Drogenkonsumräume befinden, sogenannte „comité de quartier“ gegründet.

Diese Gruppierungen, die sich vorrangig aus Bewohnern des Viertels und Mitarbeitern und Verantwortungsträgern der Vereinigung zusammensetzen, treffen sich in regelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr, um eventuell auftretende Probleme lösungsorientiert zu diskutieren. Diese Vorgehensweise, alle Beteiligten in die Gestaltung des Sozialraumes mit einzubeziehen, trägt maßgeblich dazu bei, konfliktfrei und im konstruktiven Dialog die bestmögliche Lösung zu finden. Es ist dies sicher ein „best practice“ Beispiel, welches man auch in Luxemburg umsetzen könnte.

In Bezug auf die Akzeptanz des Drogenproblems in der Gesellschaft werden die Grenzen der akzeptanzorientierten Haltung schnell ersichtlich. Der Konsum im öffentlichen Raum und die bedingungslose Akzeptanz der Substanzabhängigkeit als Krankheit und den damit einhergehenden, rechtlich verankerten Anspruch auf medizinische Versorgung, diese beiden Elemente werden momentan nicht öffentlich diskutiert. Der gesellschaftliche Diskurs fokussiert sich in diesem Bereich vorwiegend auf die störenden Einflüsse der Drogenkonsumenten im gemeinsamen Sozialraum. Die Sensibilisierung der nicht drogenkonsumierenden Gesellschaft, um auf die Probleme der drogenabhängigen Menschen aufmerksam zu machen, ist nur ein Element dieser Drogensozialarbeit. Akzeptanz zu erreichen für die Menschen, die den Weg in das System nicht finden und Lösungen zu erarbeiten, die bestehende Diskriminierungen eliminieren oder minimisieren, wären hier beispielhaft als zu erreichende Ziele zu definieren.

Die Diskussion über Drogenkonsum in Luxemburg wird sich sicher in den nächsten Wochen und Monaten um das Thema der Cannabislegalisierung drehen. Dies gibt sicher auch die Möglichkeit, das Thema der Entkriminalisierung der illegalisierten Drogen erneut aufzugreifen. Ein Diskriminierungsgrund der drogenkonsumierenden Menschen ist unter anderem der illegale Kontext, in dem dieser Konsum stattfindet, beziehungsweise stattfinden muss. Der drogenabhängige Konsument muss, um seinem Suchtverlangen nachzu-

kommen, in den Besitz der illegalen Droge gelangen. Ausgehend davon, dass rund die Hälfte der Befragten der „Abrigado-Studie“ nach eigenen Angaben ohne Einkommen waren, muss man davon ausgehen, dass das notwendige Geld zum Drogenkauf aus mutmaßlich nicht legalen beziehungsweise kriminellen Aktivitäten kommt. Die Klienten werden bereits durch ihre Sucht und dem der Sucht inhärenten Verhalten von der Gesellschaft ausgegrenzt. Die Beschaffungskriminalität, sei es Diebstahl oder Prostitution verstärkt diese Ausgrenzung und die damit verbundene Diskrimination. Mögliche Lösungsansätze in diesem Kontext sind sowohl die niedrigschwelligen Substitutionsangebote wie aber auch die Entkriminalisierung der sogenannten illegalen Drogen.

Der gesellschaftlich geführte Diskurs in Bezug auf Drogen ist zumindest ansatzweise im Wandel. Dazu tragen letztlich auch Initiativen wie „4 motion“ und ihrem Projekt „pipapo“ bei. Die Vereinigung ohne Gewinnzweck ist bereits seit einigen Jahren auf vielen öffentlichen Veranstaltungen unterwegs, um junge Menschen beratend zu begleiten in Bezug auf gesundheitsrelevante Themen. Hier wird neben der Verteilung von Ohrstöpseln und Kondomen auch die Möglichkeit einer Analyse der psychoaktiven Substanzen angeboten, die die Eventbesucher konsumieren. „Pipapo“ ist also sowohl im Bereich der primären Prävention aktiv, wie auch im Bereich der akzeptanzorientierten sekundären Prävention und motiviert die zumeist jungen Konsumenten zu einem verantwortungsvollen Umgang mit der Substanz.

Der politische Diskurs wie auch der gesellschaftliche in Bezug auf Drogen drehen sich in Luxemburg im Moment sehr fokussiert um Cannabis. Man kann den Schritt, dass Luxemburg als erstes Land in Europa den Konsum von Cannabis legalisieren will, als durchaus mutig bezeichnen. Es handelt sich ja hier nicht um den Gebrauch der Substanz zu medizinisch-therapeutischen Zwecken, sondern um den legalisierten Freizeitkonsum.

Der politische und gesellschaftliche Diskurs um Cannabis kann allerdings beispielhaft angeführt werden, um die verschiedenen Diskussionsebenen in der Drogenfrage zu veranschaulichen. Welche Substanzen werden in der Gesellschaft als Drogen angesehen und welche Diskurse werden von welchen Akteuren über diese Drogen geführt? Während die Politik sich bereits um mögliche Modelle der Legalisierung bemüht und sich über erste Erfahrungswerte, beispielsweise in Kanada austauscht, ist der gesellschaftliche Diskurs noch immer in der Abwägungsphase, ob Cannabis die Einstiegsdroge für die sogenannten „harten Drogen“ oder doch eher als unbedenklich einzustufen ist. Es bleibt in dieser Hinsicht noch eine Menge Aufklärungsarbeit zu leisten, um die in der vorliegenden Arbeit bereits beschriebene gesellschaftliche Akzeptanz einer Droge zu erreichen, und die diskriminierende Haltung gegenüber den Konsumenten dieser Droge zu mindern oder aufzugeben.

Die Politik wird nicht umhinkommen, einerseits verstärkt in den Bereich der Primärprävention zu investieren – in Luxemburg besonders im Hinblick auf die Cannabislegalisierung – und andererseits die Forschung zu unterstützen, um weitere Erkenntnisse hinsichtlich Drogenkonsums und Folgeschäden zu erhalten und demgemäß Hilfsangebote anpassen zu können. Dies könnte beispielsweise mittelfristig dazu führen, auch ein wirksames Substitutionspräparat zu entwickeln für kokainabhängige Menschen.

Schlussendlich bleibt zu bemerken, dass kurzfristig alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollen – und hier sind die Modelle aus der Schweiz und Kanada nur zwei Beispiele – um das Angebot der akzeptanzorientierten Drogensozialarbeit passgenau auf die Bedürfnisse der Konsumenten anzupassen beziehungsweise so zu gestalten, dass ein weitgehend spannungsfreies Miteinander im gemeinsam genutzten Sozialraum möglich ist.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Fragebogen „Abrigado“ _2019_Alter&Geschlecht 41

Tabelle 2: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Einkommenssituation 42

Tabelle 3: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Wohnssituation 43

Tabelle 4: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Nutzung Konsumraum..... 44

Tabelle 5: Fragebogen „Abrigado“ 2019 _ Nutzungskadenz..... 45

Tabelle 6: Fragebogen „Abrigado“ 2019_ Öffnungszeiten und
Bedürfnisse..... 46

Tabelle 7: Fragebogen „Abrigado“ 2019_ Beratung und
Schadensbegrenzung..... 47

Tabelle 8: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Gründe des Konsums
in der Einrichtung..... 49

Tabelle 9: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Angebotsnutzung 50

Tabelle 10: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Therapieerfahrung 51

Tabelle 11: Fragebogen „Abrigado“ 2019_Wünsche..... 53

ANHANG


ABRIGADO
 CNDS asbl

Fragebogen/Questionnaire

Das Angebot der Drogenkonsumräume in Europa ist in den letzten Jahren vielfach thematisiert worden. Der vorliegende Fragebogen beschäftigt sich vorrangig mit den Elementen, die Sie als Nutzer interessieren könnten. Ich freue mich über Ihre Teilnahme an dieser Umfrage und bedanke mich bereits im Voraus. Die ungefähre Dauer der Befragung beträgt 10 Minuten.

L'offre de salles de consommation de drogues a été largement discutée ces dernières années en Europe. Le présent questionnaire traite surtout des éléments qui pourraient vous intéresser. Je vous remercie vivement d'avance pour votre participation. La durée de réponse au questionnaire est d'environ 10 minutes.

Datenschutz-Einwilligung

Die Umfrage ist anonym und freiwillig. Alle erhobenen Daten werden vertraulich und ausschließlich zu Zwecken der Forschung genutzt. Das Speichern der Daten erfolgt lediglich im forschungsrelevanten Zeitraum, die Daten werden im späteren Verlauf gelöscht.

Mention d'information concernant la protection des données

La participation au questionnaire est anonyme et volontaire. Les données collectées seront exclusivement utilisées à des fins scientifiques. L'enregistrement des données ne sera conservé que pour la durée nécessaire à l'évaluation, la suppression des données aura lieu après l'évaluation.

 Einverstanden / D'accord
 Nicht-Einverstanden / Pas d'accord
Wie lange nutzen Sie bereits den Konsumraum Abrigado?

Depuis quand utilisez-vous la salle de consommation Abrigado ?

Seit 1 Monat / depuis 1 mois	
Seit 3 Monaten / depuis 3 mois	
Seit 6 Monaten / depuis 6 mois	
Seit 1 Jahr / depuis 1 an	
Seit 2 Jahren / depuis 2 ans	
Seit 3 Jahren / depuis 3 ans	
Seit mehr als 3 Jahren/ depuis plus de 3 ans	
Keine Angaben / pas de réponse	

Wie oft nutzen Sie den Drogenkonsumraum?

Combien de fois utilisez-vous la salle de consommation ?

1 x täglich / 1 x par jour	
Mehrmals täglich / plusieurs fois par jour	
Mehrmals pro Woche / plusieurs fois par semaine	
1 x wöchentlich / 1 x par semaine	
Weniger als 1x im Monat / moins d'1 x par mois	
Mehrmals im Monat / plusieurs fois par mois	

Die Öffnungszeiten des Abrigado entsprechen meinen Bedürfnissen

Les horaires d'ouverture conviennent à mes besoins

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Abrigado müsste morgens früher öffnen

Abrigado devrait ouvrir plus tôt le matin

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Abrigado müsste abends länger öffnen

Abrigado devrait fermer plus tard le soir

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Abrigado sollte am Wochenende die gleichen Öffnungszeiten haben wie in der Woche

Abrigado devrait avoir les mêmes horaires d'ouverture en semaine que les week-ends

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Wie wurden sie auf das Angebot des Abrigado aufmerksam?

De quelle façon avez-vous pris connaissance de l'offre de l'Abrigado ?

Szene /scène	
Drogenhilfe / service prévention drogues	
Freunde / amis	
Zufall / hasard	
Medien / médias	
Familie / famille	
Partner / partenaire	
Gefängnis / centre pénitentiaire	
Polizei / police	
Andere / autres	
Keine Angabe / pas de réponse	

Wurde bei ihnen eine Erstberatung durchgeführt, bevor sie den ersten Zugang zum Drogenkonsumraum erhielten?

Est-ce qu'une première consultation a eu lieu avant de vous donner l'accès à la salle de consommation ?

Ja	Nein	Kann mich nicht mehr erinnern
Oui	Non	Je ne me souviens plus

Der Kontakt zu den Mitarbeitern des Abrigado ist

Le contact avec les collaborateurs de l'Abrigado est

Sehr gut Très bon	Gut Bon	Mittelmäßig Moyennement bon	Schlecht Mauvais	Sehr schlecht Très mauvais

Die Beratung im Abrigado hilft mir Risiken beim Konsum zu vermindern

Les conseils de l'Abrigado m'aident à réduire les risques liés à la consommation

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Die medizinische Erstversorgung im Abrigado entspricht meinen Bedürfnissen

Le traitement médical de base à l'Abrigado convient à mes besoins

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Das Angebot des Drogenkonsumraumes entspricht meinen Bedürfnissen

L'offre de la salle de consommation convient à mes besoins

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Die Wartezeiten beim Zugang zum Konsumraum stören mich

Le temps d'attente pour l'accès à la salle de consommation me dérange

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Ich tätige meinen Drogenkonsum im Abrigado wegen

Je consomme mes drogues à l'Abrigado parce que

Abwesenheit der Polizei / absence de la police	
Mehr Sicherheit als im öffentlichen Raum / plus de sécurité que sur la voie publique	
Will nicht im öffentlichen Raum konsumieren / ne veut pas consommer sur la voie publique	
Wegen dem zusätzlichen Angebot im Abrigado / offre complémentaire à l'Abrigado	
Nähe zur Szene / proximité de la scène	
Nähe zum Dealer / proximité des dealers	
Kontrolle durch Mitarbeiter / contrôle par les collaborateurs	
Weniger Gefahren als im öffentlichen Raum / moins de danger que sur la voie publique	
Keine Angaben / pas de réponse	

Ich greife auf folgende Angebote des Abrigado zurück

Je profite de l'offre suivante de l'Abrigado

Beratungsgespräch / Conseil et orientation	
Spritzentausch / Echange de seringues	
HIV/HEP-C Test / Dépistage HIV/HEP-C	
Sanitäranlagen (Dusche/WC) / sanitaires (douche/ WC)	
NADA Programm / programme NADA	
Konsumraum / salle de consommation	
Einkommensverwaltung / gestion financière volontaire	
Notschlafstelle / asile de nuit	
Vermittlung weiterer Angebote / mise en relation avec d'autres offres	
Sonstiges / autres	

Die Mitarbeiter des Abrigado sind sozial und fachlich kompetent

Les collaborateurs sont compétents aux niveaux social et professionnel

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Die Anwesenheit der Mitarbeiter im Konsumraum ist der beste Schutz vor Überdosierung

La présence des collaborateurs dans la salle de consommation est la meilleure protection contre la surdose

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

In meinem bisherigen Leben habe ich Therapieerfahrungen gesammelt

Jusqu'à présent, j'ai fait des expériences de thérapie

Noch nie / jamais	
ich habe eine Therapie durchgeführt / j'ai suivi une thérapie	
ich habe eine Therapie abgebrochen / j'ai abandonné une thérapie	
ich habe mehr als eine Therapie durchgeführt / j'ai suivi plusieurs thérapies	
ich habe mehr als eine Therapie abgebrochen / j'ai abandonné plusieurs thérapies	
Keine Angaben / pas de réponse	

Das Angebot des Abrigado ist ausreichend und ich habe keine weiteren Wünsche

L'offre de l'Abrigado est suffisante et je n'ai pas d'autres souhaits

Stimme ich gar nicht zu Pas du tout d'accord	Stimme ich eher nicht zu Très peu d'accord	Stimme ich teilweise zu Moyennement d'accord	Stimme ich mehr zu Assez d'accord	Stimme ich größtenteils zu Majoritairement d'accord

Ich wünsche mir zusätzlich / souhaits complémentaires :

Konsumraum in meiner Wohngegend / salle de consommation à proximité de mon logement	
Niederschwellige Wohnmöglichkeit / possibilités de logement bas seuil	
Substitutionsangebot im Abrigado / possibilités de substitution au sein de l'Abrigado	
Keine Diskrimination aufgrund meiner Sucht / pas de discrimination due à mon addiction	

Statistische Angaben / Données statistiques

Sie sind / Vous êtes

- eine Frau / une femme
 ein Mann / un homme
 anderes Geschlecht / autre sexe

Ihr Alter / votre âge

18-25	
26-30	
31-40	
41-50	
51-60	
60+	
70+	

Ihre Wohnsituation / votre situation de logement

Eigene Wohnung / logement propre	
Bei Freunden/Bekanntem / logé chez amis/connaissance	
Begleitetes Wohnen / logement accompagné	
Housing First / housing first	
Notschlafstelle / asile de nuit	
Wohnungslos / sans domicile	
Andere Wohnform / autre forme de logement	

Ihre Einkommenssituation / votre situation de revenu

Geregeltes Gehalt / salaire régulier	
Garantiertes Mindesteinkommen / REVIS	
Ohne Einkommen / sans revenu	
Keine Angaben / pas de réponse	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Merci beaucoup pour votre participation

BIBLIOGRAPHIE

- Akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.). (2015). 2. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Barsch, G. (2010). *Drogen und soziale Praxis. Teil 1*. Menschenbilder akzeptierender Drogenarbeit und wie sie sich in Grundbegriffen wiederfinden. Ein Lehrbuch für Sozialarbeiter, Lehrer, Erzieher, Eltern, Politiker und alle, die mit Drogenthemen konfrontiert sind. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Barsch G. (2014). *Drogen und soziale Praxis. Band 2*. Das Drogenthema und wie es in Berufsfeldern der sozialen Arbeit auftaucht. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Bäuerle, D. (1991). *Im Kampf gegen die Drogensucht*. Hilfe für Eltern und ihre Kinder. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Baudelaire, C. (1860). *Les paradis artificiels*. Petits poèmes en prose. Band 3 der Oeuvres complètes von Charles Baudelaire. Paris: Nouvelle revue française (1921).
- Blumberg, N. (2014): Leitperspektiven und Deutungen. Wirklichkeit(en). In: Friesenhahn, G., Braun, D., Ningel, R. (Hrsg.): *Handlungsspielräume Sozialer Arbeit: Ein Lern- und Lesebuch*. (S. 97-105) Regensburg: Barbara Budrich Verlag.
- Bommers, M.; Scherr A. (2012). *Soziologie der Sozialen Arbeit*. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe (2. überarbeitete Auflage). Grundagentexte Soziologie. Weinheim: Verlag Beltz Juventa.
- Bortz, J. Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage) (S.259-261). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bourdieu, P. (1997). *Das Elend der Welt*. Studienausgabe. Konstanz: UVK, Universitäts-Verlag Konstanz.
- Brockhaus Enzyklopädie (1986). 19. völlig überarbeitete Auflage. Erster Band A-APT. Seite 299. Mannheim: F.A. Brockhaus Verlag.
- CNDS (2009). *Leitbild des CNDS*. Intern erstelltes Konzeptdokument des CNDS welches als Grundlage zur weiteren Erstellung der jeweiligen Konzepte dient. Luxemburg: Arbeitsteam „Abrigado“
- CNDS (2010). TOX-IN. *Das Arbeitskonzept*. Intern erstelltes Arbeitskonzept des Drogenkonsumraum „Abrigado“ am 29. Juni 2010 in Zusammenarbeit mit Stefan Richter (Dipl.Psychologe, Institut für Organisationsberatung (IFOB), Potsdam). Luxemburg: Arbeitsteam „Abrigado“

- DBDD (2002). Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V.(Hrsg.). (1999). *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit*. Münster: akzept Bundesverband.
- Deutsche Aids-Hilfe (2011). *Drogenkonsumräume in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012). Was ist Case-Management? Offizielle Definition der DGCC 2012. Verfügbar am 10. März 2019 unter <https://www.dgcc.de/case-management/>.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*. (Bericht).Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- EMCDDA (2000). Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. *Jahresbericht der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/372568.
- EMCDDA (2006). Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. *Jahresbericht der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/372784.
- EMCDDA (2011). Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. *Jahresbericht 2011.Stand der Drogenproblematik in Europa*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/43013.
- EMCDDA (2018). Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. *Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. DOI: 10.2810/372574.
- Fürst R.; Hinte, W. (Hrsg) (2019). *Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten*. (3. Aktualisierte Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Greifenhagen, A., Fichte; M. (1998). Verrückt und obdachlos – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen. In: *Wohnungslos* 3/98 (S. 89-98). Berlin: BAG W – Verlag.

- Grabs, I. (2006). Todesursachen von Wohnungslosen in Hamburg. Eine Analyse von 307 Todesfällen, Med. Dissertation, Hamburg. In: *Wohnungslos 1/2016* (S. 52-68). Berlin: BAG W – Verlag.
- Hense, A. (2016). *Sozialstrukturanalyse*. Wahrnehmung der eigenen Prekarität. Grundlagen einer Theorie zur sozialen Erklärung von Ungleichheitswahrnehmungen (S. 46-73). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hentschel, U. (1994). Kurzbericht zum Modellvorhaben „Niederschwellige Angebote in der Drogenhilfe“ in Nordrhein-Westfalen. In: INDR e.V. (Hrsg): *Reader zur niederschweligen Drogenarbeit in NRW: Erfahrungen, Konzepte, Forschungen* (S. 9-20). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Hermanns, S. (2017). *Akzeptierende Drogenarbeit*. Drogenpolitik im Spannungsfeld von Strafrecht und Kriminologie. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin
- Kratz, D. (2018). Ist das Hilfe oder kann das weg? In: Sozial Extra, Volume42, Issue 5. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI <https://doi.org/10.1007/s12054-018-0082-7>.
- Loviscach, P. (2000). Genese. In: Stimmer, F. (Hrsg.) (2000). *Suchtlexikon*. München: Oldenburg Verlag.
- Merton, R. (1971). Social Problems and Sociological Theory. In: Merton R. K., Nisbet, R. (Hrsg.) *Contemporary Social Problems* (S. 793-845). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Ministère de la Santé. (2015). *Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées*. Ministère de la Santé. Direction de la Santé, Cellule de Coordination « Drogues ». Luxembourg: Ref.doc. PAND2015VF_Origer_CCD.
- Mémorial (1998). Recueil de législation. *Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'état et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutiques* (p. 1599-1604). Luxembourg: Mémorial A, N°82.
- Mémorial (1999). Recueil de législation. *Comité National de Défense Sociale. Statuts coordonnées suite à l'assemblée générale du 27 mars 1999* (p. 24006). Luxembourg : Mémorial C n° 501 du 30 juin 1999.
- Mémorial (2001). Recueil de législation. *Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie* (p. 1180-1182). Luxembourg: Mémorial A, N°61.

- Michaux, H. (1957). *Turbulenz im Unendlichen: Die Wirkungen des Meskalins*. Deutsche Übersetzung von Helmut Heißenbüttel. Originaltitel: L'infini turbulent. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Müller, J. (2013). *Drogenabhängigkeit und Soziale Arbeit: Nutzen und Nutzungsprozesse niederschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenhilfsangebote*. Hamburg: Disserta Verlag Hamburg
- Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales*. Louvain-la-Neuve : édition Academia-L'Harmattan s.a.
- Porst R. (2014). Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. In: *Frage bogen-Ein Arbeitsbuch* (4. erweiterte Auflage). (S. 99-119). Wiesbaden: Springer Fachmedien. Raiff, N.R. (1997). *Fortschritte im Case Management*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1997
- Reuband, K.H. (1999): Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, G., Groenemeyer, A., Stallberg, F. (Hrsg.). *Handbuch soziale Probleme* (S.319-336). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag,.
- Schetsche, M.(1996). *Die Karriere sozialer Probleme*. Soziologische Einführung. München: R. Oldenbourg Verlag.
- Schetsche, M. (2014) *Empirische Analyse sozialer Probleme*. Das wissenssoziologische Programm (2. Aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schetsche M., Schmidt, R.-B. (Hrsg.) (2016). *Rausch-Trance-Ekstase*. Zur Kultur psychischer Ausnahmezustände. Transcript. Bielefeld: Edition Kulturwissenschaft.
- Schetsche, M., Schmied-Knittel,I. (2019) Wissenssoziologische Drogenforschung. In: Feustel, R., Schmidt- Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.). *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (1. Auflage 2019). Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Schmidt- Semisch, H.: Drogenpolitik. (1995) In: Böllinger, Lorenz, Stöver (Hrsg.): *Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik*. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen (5. Auflage). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Schneider, W. (1998). Akzeptierende Drogenarbeit, Harm-Reduction und Empowerment. In: Lochmann, R. (Hrsg.): *Überlebenshilfen in der Drogenarbeit-Dokumentationsband zum Fachtag für Soziale Arbeit* (S.35-71). Esslingen: FH Esslingen.
- Schneider, W. (2004): Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsversionen. In: Schneider, Wolfgang/ Gerlach, Ralf (Hrsg.): *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung.

- *Single Convention on narcotic drugs* (1961). As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, New York: United Nations.
- Springer, A. (1989). *Kokain: Mythos und Realität*. Eine kritisch dokumentierte Anthologie (1. Auflage). Wien: Verlag Christian Brandstätter.
- Springer, A. (2003). *Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Stimmer, F. (1999). *Suchtlexikon*. Oldenburg: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Stöver, H.(1999): Akzeptierende Drogenarbeit–Rückblick und Perspektiven. In: Stöver H. (Hrsg.): *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz* (S.11-24). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stöver, H./ Gerlach, R. (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In: Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.): *Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- Thamm, B. G. (1980): Zur Kokainsituation in der Bundesrepublik Deutschland mit Berlin (West). In: *Soziale Arbeit. Volume 29* (S. 241-250). Arbeitsgemeinschaft für Öffentliche und Freie Wohlfahrtspflege. München: Verlag Vahlen.
- UN-Vollversammlung. (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* (217 [III] A). Paris.
- Ville de Luxembourg (2015). *Règlement général de police du 26 mars 2001 tel que modifié le 23 novembre 2015*. Luxemburg : Referenz 69/1990/3. Gemeindereglementierungen der Stadt Luxemburg.
- Vogt, Irmgard (1999): Sozialarbeit mit Drogenabhängigen in einem „akzeptierenden“ Setting. In: Stöver, H. (Hrsg.), *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Wendt, W.R. (2010). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Eine Einführung (5. überarbeitete Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Edwards, G., Arif, A., Hadgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 59(2) (p.225–242).

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	5
Einführung in das Thema	5
Ein Abkommen und viele Konsequenzen	5
Der Umgang mit der Drogenproblematik in Europa	6
Gesellschaftlich.....	6
Politisch	7
Veränderung der Drogenkonsummuster	8
Die allgemeine Forschungsfrage	9
Drogenkonsum in der EU: Entwicklung zwischen 2000 und 2018	10
Drogenkonsumräume – geschichtlicher Abriss am Beispiel Luxemburg	11
Entwicklung und Etablierung in Luxemburg	11
Drogenabhängigkeit: Krankheit oder selbstgewählter Lebensstil	13
Exkurs: Die gesellschaftliche Konstruktion des Drogenproblems	16
Der politische Diskurs	17
Substanzgebundener Konsum- Genuss oder psychische Störung?	18
Akzeptanzorientierte Drogenarbeit: theoretische Grundlagen	19
Ausgangslage und Hintergründe	20
Grundannahmen und Prinzipien der akzeptanzorientierten Drogenarbeit	21
Ziele akzeptanzorientierter Drogenarbeit	22
Grenzen der Akzeptanz	23
Praktische Umsetzung akzeptanzorientierter Drogen-Sozialarbeit am Beispiel des Drogenkonsumraums „Abrigado“ in Luxemburg	24
Der Träger	24
Die Einrichtung	26
Konzeptuelle Ausrichtung	27
Das Arbeitskonzept des „Abrigado“	28
Einzelne Elemente des Arbeitskonzeptes	28
Das konkrete Hilfsangebot	29
Case Management in der niederschweligen Sozialarbeit	30
Drogenkonsumraumverordnungen im Wandel	31
Erfolge und Problembereiche aus Sicht der Klienten	34
Sozialwissenschaftliche Relevanz des Themas	34

Theorien mit Bezug auf den theoretischen Rahmen des Forschungsthemas	35
Die Entstehung der Sucht	35
Die Sicht auf den Klienten	36
Die Sicht der Klienten	37
Methodologisches Vorgehen	38
Beschreibung des Samples	39
Auswertung der Datensammlung	40
Statistische Daten der Stichprobe	41
Die Einkommenssituation	41
Die Wohnsituation	42
Nutzungsformen des Drogenkonsumraumes	44
Hilfsangebot versus Bedürfnis	46
Orientierung und Prävention	47
Der Drogenkonsumraum als Element der Sozialraumordnung.....	48
Die zusätzlichen Angebote des „Abrigado“	49
Therapieerfahrung der Klienten.....	50
Die Wünsche der Klienten.....	51
Akzeptanzsteigerung durch Paradigmenwechsel.....	53
Ambivalenzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit	54
Akzeptanzorientierte Drogen-Sozialarbeit im politischen Kontext	54
Konzeptuelle Neuorientierung bei verändertem Sucht- und Konsumverhalten	56
Alternativen zum aktuellen Modell	57
Exkurs SIP Züri- Sicherheit, Intervention, Prävention in der Drogensozialarbeit in der Schweiz	57
Exkurs Kanada – Drogensozialarbeit im Land des legalisierten Cannabiskonsums	59
Fazit und Ausblick	61
Der Erfolg der akzeptanzorientierten Haltung	61
Antworten, Hypothesen und mögliche Lösungen	61
Ansätze zur konzeptuellen Weiterentwicklung	64
Tabellenverzeichnis	69
Anhang	71
Bibliographie	75