

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND VI

**DER TOLERIERTE
INTRAVENÖSE DROGENGEBRAUCH
IN DEN ANGEBOTEN DER DROGEN-
UND AIDS-HILFE**

Ein Sammelband



AIDS-FORUM D.A.H.

Band VI

**DER TOLERIERTE
INTRAVENÖSE DROGENGEBRAUCH
IN DEN ANGEBOTEN DER DROGEN-
UND AIDS-HILFE**

Ein Sammelband

herausgegeben von Heino Stöver
im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum

AIDS-FORUM D.A.H. Band VI, 1991
© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Nestorstraße 8-9
1000 Berlin 31
April 1991

Herausgeber: Heino Stöver
im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger,
Christine Höpfner, Heino Stöver
Gestaltungskonzept: Detlev Pusch
Satz: EinSatz Ahmed Kusserow
Druck: Oktoberdruck
alle Berlin

Fotos: Gertrud Vogler (S. 96),
aus: Vogler, Gertrud (Fotografie), Bänziger, Chris (Text):
Nur saubergekämmt sind wir frei. Drogen und Politik in Zürich.
Hrsg. v. Verena Stettler im eco-verlag, Zürich 1990
Claus Pries (S. 98, 102) entnommen der Foto-Ausstellung
„Scene-Szenen“ von Claus Pries

ISSN 0937-1931

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, Berlin
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03)
Postgiroamt Berlin
Konto 179 00-105 (BLZ 100 100 10)

Die D.A.H. ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Vorwort Ingo Michels	5
Summary Heino Stöver	7
Einführung	
Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe: Problembereiche und Perspektiven eines konsequenten Angebots der Überlebenshilfe und des Gesundheitsschutzes Heino Stöver	9
I. Erfahrungen mit toleriertem Drogenkonsum in der Schweiz	
Geschichte und Erfahrungen der Stiftung Contact mit Fixerräumen in Bern Régine Linder	23
Anlaufstellen mit Fixerraum (Fixercafé) der Stiftung Contact, Bern Robert Hämmig	43
Das Basler Fixerstübli. Geschichte und Erfahrungen des Vereins V.I.R.U.S. mit dem „Fixerstübli Lucky“ Heinz Forster	51
Das Projekt „Gassenzimmer“ in Basel Josef Frey	77
Haus Gilgamesch – Übernachtungsstätte für Drogengebraucher in Basel François Thiebaud; Gaby Wirbel-Lorenz	81
„Fixerraum Platzspitz“ in Zürich Werner J. Fuchs	91

II. Erste Erfahrungen mit toleriertem Drogenkonsum innerhalb von Angeboten niedrigschwelliger Drogenhilfe in der Bundesrepublik

Erfahrungen mit einer Konsumgelegenheit im „Kontaktladen Weberstraße 39“, Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen
Birgit Stiem 99

Erste Erfahrungen mit toleriertem Gebrauch innerhalb eines gesundheitsfördernden Nachtangebots für drogenabhängige Prostituierte, Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen
Ulrike Hemkes 103

Zu den praktischen Erfahrungen und dem aktuellen Stand der Diskussion um Druckräume in Bonn am Beispiel des Kontaktcafés KiC der AIDS-Hilfe Bonn
Michael Hübner; Peter Lindlahr 107

III. Rechtliche Aspekte

Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betreibens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland
Sabine Michaelis 111

IV. Zur Diskussion über Druckräume und Perspektiven wirksamer HIV-Prävention in der Drogen- und AIDS-Hilfe

„Und wenn die Bullen jetzt einfach reinkommen in die Toilette und hauen einem den Schuß weg...“
Interview mit einem langjährigen Drogengebraucher
Michael Gröne 119

Konsumbedingungen des i.v. Drogengebrauchs – Ein Situationsbericht aus Bremen
Inge Baumann; Rolf Bösche 125

Warum fordert JES Druckräume?
Werner Hermann 127

Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention
Jean-Paul C. Grund, Rotterdam; L. Synn Stern, New York 129

AutorInnen 144

VORWORT

„Tolerierter intravenöser Drogengebrauch“ ist ein etwas gekünstelt anmutender Begriff für eine offene Notsituation, die sich in der AIDS- und Drogenarbeit der letzten Jahre entwickelt hat. Mittlerweile wird das Konzept der „Harm reduction“, also der Priorität der schadensbegrenzenden Maßnahmen im Bereich des illegalen Drogengebrauchs vor dem abstrakten Wunsch oder auch der Forderung nach Abstinenz weltweit anerkannt und zunehmend auch praktisch umgesetzt.

Das Agens dieser gesundheitspolitischen Entwicklung war allerdings nicht die Akzeptanz des Lebensstils von Konsumenten illegaler Drogen, sondern eine schlicht pragmatische Handlungsstrategie vor dem Hintergrund der sich entwickelnden AIDS-Krise unter i.v. DrogengebraucherInnen. Jede Strategie – und hier treffen sich die Eigeninteressen der Betroffenen mit den gesundheitspolitischen Interessen des Staates sowie der professionellen und ehrenamtlichen AIDS- und DrogenarbeiterInnen – zur Verhinderung von gesundheitlichen Folgeschäden des Drogengebrauchs unter illegalisierten Bedingungen (besonders plastisch werden die risikoreichen Lebens- und Drogenkonsumbedingungen in dem Interview mit einem langjährigen Drogengebraucher dargestellt) kann handlungspolitische Spielräume eröffnen, um unkonventionelle Formen der AIDS-Prävention zu erproben und durchzusetzen.

Betroffenenorganisationen wie JES (Junkies, Ex-User, Substituierte) stellen die überlebenspolitische Forderung, Fixerräume einzurichten. Das Tolerieren des i.v. Drogenkonsums in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe wird mittlerweile auch von Experten (wie zuletzt auf der II. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm vom 3. – 6. März 1991 in Barcelona) und Fachverbänden (wie dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V.) gefordert. Mehr und mehr werden die existentiellen Gesundheitsschutzinteressen der DrogengebraucherInnen ernstgenommen und in das bestehende Angebotsspektrum integriert.

Die Einrichtung von Fixerräumen, also die Bereitstellung geschützter Räumlichkeiten, in denen unter hygienischen Bedingungen und einigermaßen streißfrei Drogen intravenös appliziert werden können, in denen bei Überdosierungen Hilfe zur Verfügung steht und Anleitung zum sicheren Drogenkonsum („Safer use“) angeboten wird, war und ist allerdings eine sehr umstrittene Form und Unterstützung der AIDS-Prävention.

In allen hier vorgestellten Projekten wurden aus der Sicht der MitarbeiterInnen durchgängig folgende Erfahrungen gemacht:

- Einerseits ist der Besucherandrang kaum zu bewältigen, andererseits kommen aber auch mehr Kontakte zu bisher nicht bekannten DrogengebraucherInnen zustande.

- Handel und Konsum fallen oft zusammen, was bisweilen zu Belästigungen der Nachbarschaft führt. Durch dieses Angebot werden außerdem häufig neue Szenen geschaffen bzw. bereits existierende örtlich verlagert.
- Die MitarbeiterInnen übernehmen verstärkt Ordnungs- und Kontrollfunktionen. Ihre psychische und physische Belastung ist hoch.
- Die Beziehung zu den Besuchern wird „ehrlicher“, dadurch aber nicht unbedingt streßfreier oder konfliktärmer: Sie verändert sich qualitativ zu einer konsequenten und glaubwürdigen akzeptierenden Drogenarbeit.

Der vorliegende Band bietet zum ersten Mal Gelegenheit, sich umfassend über die bisher vor allem in der Schweiz, aber auch der Bundesrepublik Deutschland mit Fixerräumen gemachten Erfahrungen zu informieren. Berücksichtigt werden auch die rechtlichen und drogenpolitischen Aspekte und nicht zuletzt der forschungspolitische Rahmen betroffenenaher Ansätze zur HIV-Prävention.

Berlin, im April 1991

Dr. Ingo Michels
Referent für Drogen und AIDS,
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

SUMMARY

The Implementation of "Shooting-Rooms" and Toleration of Intravenous Drug Use in Low-Threshold Offers: A Step to "Normalize" the Living and Health Conditions of Intravenous Drug Users?

Heino Stöver

In some cities in Switzerland "shooting-rooms" have been set up, in some other offers intravenous (i.v.) drug use is tolerated. To establish further facilities of this kind is presently not only discussed in Swiss urban centres but also in Germany (Bremen, Bonn) where first experience has been made in the field of tolerated i.v. drug use.

The reasons for establishing such facilities are the specific living conditions of i.v. drug users and the risky conditions of i.v. drug use.

Although a process of reorientation in the theoretical and practical aspects of drug work can be observed in several regions of Germany and Switzerland, low-threshold projects of harm reduction – such as syringe provision schemes in contact houses – are still confronted with the following dilemma: on the one hand, they come up to the health care needs of clients by giving out clean works, on the other hand, clients are not allowed to inject drugs within the projects' rooms.

In big cities, the living conditions and specific conditions of i.v. drug use of many users are characterized by social disintegration, homelessness, a bad physical and mental health state, and criminal prosecution. According to these conditions, intravenous drug use occurs in high risk situations.

Many drug users inject the drug immediately at the places where they buy it; they often suffer from withdrawal symptoms. Drug use, then, takes place in hectic situations. Drugs are injected in house niches, in public toilets and parks, in ruins or playgrounds. In such situations the basic hygienic precautions – such as using sterile syringes and needles, measuring and sharing the drug solution safely, using sterile or clean water and spoons and alcohol swabs – are ignored. The act of injection is dominated by the fear of being prosecuted. Hectic, darkness, using old tins instead of spoons for cooking up, lead to health damages, e.g. abscesses. A high proportion of drug users dies in public areas where first-aid measures often cannot be rendered: afraid of being examined by the police, drug users tend to leave overdosed users alone; very often, emergency calls are made too late.

Finally, these conditions are obstacles to the conveyance of "safe" drug using techniques.

Up to now, facilities which tolerate drug use within their rooms are not free of contradictions, though. On the one hand, they can reach a large number of i.v. drug users and improve the conditions for low risk drug use. By making equipment, clean water, sterile syringes and antiseptic swabs available, drug users can be helped to follow hygienic rules of injection. In cases of overdoses, well-informed and trained staff members are at hand to start resuscitation measures or, if necessary, to call an ambulance. Counselling activities enable drug users to follow the rules of "safer sex" and "safer use" in order to prevent irreversible damages caused by infections. On the other hand, it has become clear that in such facilities conflicts between staff members and clients are frequent. They also come easily into conflict with the neighbourhood and public authorities. They constantly run the risk of being overtaken and "swallowed up" by the drug scene and the blackmarket, and of losing public and political support. The setting up of low-threshold offers demands careful evaluation of the regional situation and a political climate which gives way to flexible health care and socio-political activities.

The legal basis for the toleration of drug use within the facilities of drug and AIDS services is not yet clear. According to expertises on that matter, it does not seem to be a criminal offence.

In cities with big drug scenes it can cause problems, if there is only one accessible shooting-room available. As these drop-in centres are close to the central meeting places of the drug users, they are constantly overcrowded. To keep the staff members' strain within limits, it seems to be useful to set up more than just one shooting-room and to locate them somewhat distant from the central meeting places. These findings are supported by Swiss experience. Shooting-rooms needn't necessarily be run by social workers; concerned drug users or members of other professions can guarantee interdisciplinary work.

The more low-threshold offers are developed which tolerate i.v. drug use, the more it is possible to influence the everyday life of a considerable number of i.v. drug users in a positive way. Providing the conditions for hygienic injections with clean equipment may help drug and AIDS workers to get into contact with drug users who cannot be reached by traditional drug services.

Especially in view of the spread of HIV among drug users, unprejudiced discussion on whether such facilities can support the prevention of HIV/AIDS as well as of other infections and diseases is necessary.

The toleration of i.v. drug use within low-threshold offers (e.g. housing projects, sleep-ins) could be the first step towards an improvement of the general health conditions of i.v. drug users.

EINFÜHRUNG

Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe: Problembereiche und Perspektiven eines konsequenten Angebots der Überlebenshilfe und des Gesundheitsschutzes¹

Heino Stöver

1. Umorientierung in der Drogenarbeit

Seit dem massiven Auftreten der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unter den intravenös applizierenden DrogengebraucherInnen und seit der verbreiteten Erkenntnis in die Notwendigkeit einer Differenzierung, vor allem auch einer Erhöhung der Reichweite bestehender Hilfsangebote, ist in der Drogenarbeit etwa seit Mitte der 80er Jahre eine normative und praktische Umorientierung zu beobachten. Die Prämissen und die z.T. realisierte Praxis dieser Umorientierung drücken sich in neuen Begriffen aus: „nicht-bevormundende“, „suchtbegleitende“, „offensive“, „klientenorientierte“, „risikomindernde“, „niedrigschwellige“ oder „akzeptierende“ Drogenarbeit. Das Alte bleibt noch in der negativen Abgrenzung durch das Neue sichtbar: Drogenhilfe war (und ist in einigen Regionen der Bundesrepublik auch heute noch) „bevormundend“, „hochschwellig“, eben nicht „klientenorientiert“, sondern eher „trägerorientiert“, Hilfen sind einseitig auf Suchtbeendigung ausgerichtet worden statt auf Suchtbegleitung, kurz: Drogenhilfe trat (und tritt) dem Hilfesuchenden nicht akzeptierend gegenüber, sondern mit massiven Verhaltensänderungsansprüchen. Das heißt, der Status quo des Drogengebrauchers war inakzeptabel: die Lebensweise und die Persönlichkeit der DrogengebraucherInnen sollten radikal verändert werden. Die grundsätzliche Veränderung hin zum abstinenter Leben schien quasi naturgesetzlich vorgegeben. Der Abstinenzwillen des Drogengebrauchers war teilweise Bedingung einer Hilfgewährung und wurde in aller Anpassungsleistung auch vom potentiellen Hilfsempfänger geäußert. Für die, die „noch nicht soweit waren“, mußte der Leidensdruck noch verschärft werden: Eltern, Freunde, Bekannte, Justiz, Strafverfolgungsbehörden, aber auch die Drogenhilfe, z.T. zusammen, sollten an der Erhöhung des Leidensdrucks mitwirken, um DrogengebraucherInnen an das Ende der Leidensspirale zu bringen, wo sich der Drogenfreiheitswunsch von selbst einstellen sollte.

Zusätzlich zu dieser Eindimensionalität der Zielausrichtung von Hilfe am Paradigma der Abstinenz kam – in der Wahl der Mittel – die Verquickung von

Therapie und Strafe, d.h. eine Integration von Therapie in die Strafvollstreckung. Der Königsweg der Drogenhilfe (Drogenberatung, stationärer Entzug, stationäre Langzeittherapie, Nachsorge) war damit politisch legitimiert und fachlich unumstritten. Vor allem diese fatale Allianz von Justiz und Drogenhilfe machte neben der inhaltlichen Zurichtung (und Austrocknung der Vielfalt von Alternativansätzen) das gesamte Drogenhilfesystem für viele tatsächlich Hilfsbedürftige nicht nur unattraktiv, sondern auch ungläubwürdig: Was war das für eine Therapie, die von dem justitiellen Zulieferer lebte und nicht aus sich selbst heraus (über)leben konnte, die davon lebte, daß es im Ausland erfolgreich praktizierte Ansätze in der Bundesrepublik eben nicht gab und sie eine absolute moralische, fachliche und ökonomische Monopolstellung besaß. Eine Therapie, die aufgrund der Behandlungsparagrafen im Betäubungsmittelgesetz (§ 35 BtMG ff) größtenteils als Gefängnisvermeidungsveranstaltung aufgefaßt werden muß(te), die wesentliche Grundrechte der Klienten massiv einschränkt(e), die in Großeinrichtungen vollzogen wurde und wird – das alles in einer Zeit, in der die Antipsychiatrie in anderen Ländern die Tore stationärer Verwahranstalten öffnete und auf die Wichtigkeit der (Re-)Integration des Kranken (bzw. des so diagnostizierten) in Familien- und Gemeindestrukturen hinwies, die mit Hilfe ambulanter Pflege- und Versorgungsdienste abgestützt werden sollten.

Die Neuorientierung der Drogenarbeit war auch zu verstehen als ein längst überfälliger Reflex auf die hochschwellige, selektive und ineffektive Hilfe. Die Kritik entzündete sich vor allem daran, daß sich die seit der Release-Bewegung gewachsene Drogenhilfe zunehmend professionalisierte (dabei Betroffenenennähe immer mehr verlor, sich also immer weiter von den tatsächlichen Bedürfnissen der Gebraucher entfernte) und verbürokratisierte², dabei nur einen Bruchteil erreichte mit ihrem selektierenden Angebot der „Therapieketten“ und zudem noch nicht einmal besonders effektiv zu sein schien. Schließlich war es die Realitätsferne der drogenpolitischen Maximalforderung nach Drogenfreiheit als Endziel (und Voraussetzung), die zusammen mit steigenden HIV-Infektionen eine praktische Umorientierung einleitete.

Neben den o.g. Begriffen war es der Begriff der Akzeptanz, der neuen Initiativen und Konzepten in der Drogenhilfe zugrunde gelegt wurde. Wie die anderen neuen Begriffe wurde auch dieser nie grundsätzlich definiert, sondern diente als Sammelbegriff für Angebote, die betroffenenennah arbeiteten bzw. arbeiten wollten. Bemüht man sich um eine Klärung des Begriffs Akzeptanz, so läßt sich als eine Gemeinsamkeit der Wunsch herauskristalisieren, die Moralbefrachtung der Drogenhilfe abzubauen, mit der jahrelang an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeplant und -gearbeitet wurde. Das moralisierende Befinden über andere Lebensstile, die Tendenz, die Bedürfnisse der Drogengebraucher selbst als krankheitsgefärbt zu mißachten, die Stilisierung eines möglichen Therapiezieles – Drogenfreiheit – zum Dogma, dies alles provozierte auch gleichzeitig eine Gegenbewegung, die realitätsnah und pragmatisch an den realen (Überlebens-)Bedürfnissen der Drogengebraucher ansetzte, und zwar oft gegen alle moralischen Glaubensbekenntnisse der Drogenarbeit.

Beispielhaft deutlich wurde diese pragmatische Drogenhilfe in der Frage der (frühzeitigen) Vergabe steriler Spritzen an Drogenabhängige (ab 1984)³ im Rahmen effektiver AIDS-Prävention und in der Diskussion um die Chancen und

Grenzen der Methadonbehandlung⁴. In beiden Fällen wurde den Befürwortern vor allem ein Argument entgegengehalten, das heute erneut gegenüber den Befürwortern von Fixerräumen angeführt wird: „Kapitulation vor der Sucht“. Dies scheint zum Universalargument in der Drogendebatte zu avancieren, ist es doch in fast allen drogenpolitischen Kontroversen anwendbar, u.a. auch in der laufenden Debatte einer Legalisierung verbotener Drogen.

Der „Entmoralisierung“, der „Entrümpelung“ der Drogenhilfe von bevorzugen Interventionen in die Lebenswelten sozial bereits Ausgegrenzter, der Akzeptanz des Drogenabhängigen lag normativ zugrunde, daß man auch mit denjenigen Drogenabhängigen leben (lernen) mußte und leben konnte, die ihren Gebrauch derzeit nicht aufgeben wollten oder konnten, die diesen Gebrauch als wichtigen bzw. momentan unentbehrlichen Teil ihres Lebensstils betrachteten oder die sich nicht als „krank“, „beratungs-“ oder „behandlungsbedürftig“ wahrgenommen hatten. Diese Gesellschaft, das war bekannt, kann und muß mit einer Vielzahl von Abhängigkeiten leben – mit manchen sogar (per Besteuerung) sehr gewinnbringend. Drogenfreiheit war also ein sehr weitgehendes Ziel, das nicht für jeden und nicht zu jeder Zeit realistisch war. Drogenabhängige haben auch ohne Bekenntnis zur Suchtbeendigung einen legitimen Anspruch auf Hilfe. Bevor das Ziel der Abstinenz ernsthaft in Angriff genommen werden kann, geht es für viele DrogengebraucherInnen schlicht um die Befriedigung existentieller Bedürfnisse.

Die normative Akzeptanz des Drogenabhängigen war die Grundlage für die praktische Entwicklung von bedürfnisgerechten, lebensweltnah gestalteten Angeboten, die den Schaden des Drogengebrauchs unter den gegenwärtigen Prohibitionsbedingungen reduzieren helfen sollten. Angesichts der starken gesundheitlichen Verelendung eines Großteils der i.v. DrogengebraucherInnen wurden aufgrund dieser Prämissen vornehmlich Angebote zum Gesundheitsschutz entwickelt: Spritzenabgabe/-umtausch, Kondomvergabe als HBV/HIV-Prophylaxe, ambulante Wundversorgung, Essensangebote, Organisation von Substitution. Der sozialen Ausgrenzung Drogenabhängiger Rechnung tragend, wurden auch Angebote zum Rechtsschutz für Drogengebraucher initiiert: Rechts- und Sozialhilfeberatung. Darüber hinaus waren praktische Alltagshilfen gefordert: Hilfen beim Umgang mit Ämtern, bei der Wohnungs-, Arbeits- bzw. Jobsuche, beim Umzug, Wasch- und Duschkmöglichkeiten, Kontaktkafés und Übernachtungsmöglichkeiten.

Diese Angebote wurden zumeist innerhalb von Kontaktläden oder Übernachtungsstellen organisiert. Akzeptanz in diesen Angeboten hieß allerdings nicht völlige Regellosigkeit: Gewaltandrohung, Dealen und Fixen waren und sind in fast allen Angeboten nicht erlaubt.

2. Grenzen akzeptierender Drogenarbeit

Die Grenzen und Widersprüchlichkeiten eines akzeptierenden und suchtbegleitenden Ansatzes in der Drogenarbeit, der die Bedürfnisse der DrogengebraucherInnen v.a. nach Gesundheitsschutz in seinem Mittelpunkt stellt, werden dort deutlich, wo es um den Umgang mit dem Drogenkonsum der Nutzer innerhalb der verschiedenen Angebote der Drogen- und AIDS-Hilfen geht. Ak-

zeptierende Drogenarbeit steht eben auch vor dem Dilemma, Spritzenumtausch und -vergabe und andere suchtbegleitende Unterstützungen zwar zunehmend zu organisieren, doch den Konsum der Drogen mittels dieser Spritzen – ebenso wie die traditionelle Drogenhilfe – inkonsequenterweise nicht zu akzeptieren: Toilettenschlüssel werden eingesammelt, zu langes Verweilen auf der Toilette mit Mißtrauen begleitet, Türklinken entfernt, Nischen überwacht und Zuwiderhandlungen mit Hausverbot belegt. Nach wie vor bleibt der Akzeptanzanspruch nur unvollständig realisiert: das, was sowieso und in erheblich riskanteren Situationen stattfindet und aufgrund der Abhängigkeit mehrmals am Tag stattfinden muß, wird innerhalb bestehender Angebote nicht geduldet. Es muß weiter draußen, heimlich, ohne prophylaktische Hilfen und medizinische Soforthilfen im Bedarfsfall konsumiert werden.

3. Konsum- und Lebensbedingungen von Drogengebrauchern

Die Tolerierung und Unterstützung eines risikoarmen und hygienischen Gebrauchs in den niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen, sowie in Übernachtungsprojekten mag als eine Form der Überversorgung Drogenabhängiger erscheinen – wie wichtig jedoch gerade die Tolerierung des intravenösen Gebrauchs für den gesundheitlichen Status des Gebrauchsers wäre, zeigt eine Betrachtung der konkreten Konsum- und Lebensbedingungen Drogenabhängiger unter den gegenwärtigen Prohibitions- und Verfolgungsbedingungen.

Die Lebensbedingungen der geschätzten 60 000 - 100 000 Konsumenten sog. harter Drogen sind in hohem Maße geprägt von den negativen Folgen der Kriminalisierung durch das Strafrecht und die Strafverfolgungsbehörden. Das Leben spielt sich wechselweise nur in drei Bereichen ab: Szene, Knast oder wahlweise bei einer Strafhöhe von nicht mehr als zwei Jahren: Therapie. Deutlich konstatierbar hat in den letzten fünf Jahren eine Entwicklung hin zur massiven gesundheitlichen Verelendung und sozialen Ausgrenzung vieler DrogengebraucherInnen stattgefunden.

Das hohe Ausmaß an gesellschaftlicher Desintegration Drogenabhängiger führt vor allem dazu, daß wichtige Momente ihres Alltags ausgegrenzt werden und sich in aller Heimlichkeit abspielen müssen: v.a. der intravenöse Konsum selbst. Und da nicht alle Junkies an dem Ort des Drogenerwerbs auch eine Wohnung besitzen, in der sie sich in Ruhe und Hygiene den „Druck“ setzen können, passiert dies – oft bereits unter Entzugserscheinungen – in öffentlichen Toiletten oder solchen von Kneipen in Szenenähe, in Häusernischen, Abbruchhäusern, Parks oder auf Kinderspielplätzen. Der Drogengebrauch findet hier unter unhygienischen, risikoreichen und streßbehafteten Bedingungen statt: das Wasser wird z.T. aus dem Toilettenbecken aufgezogen, saubere Spritzen sind oft nicht vorhanden, geschweige denn Alkoholtupfer oder ein kleines Pflaster, wie wir es von einer hygienischen Injektion her gewöhnt sind. Oftmals werden statt Löffel alte Dosen oder Kronkorken zum Aufkochen benutzt. Hetze und Angst vor Verfolgung bestimmen den Injektionsablauf. In der Hektik, z.T. Dunkelheit werden häufig die Venen durchstoßen, was zu Abszessen führt. Diese gesundheitlichen Schäden werden entweder gar nicht oder oft zu spät ärztlich behandelt, weil die Zeit für ein Arztbesuch fehlt, viele Ärzte in

Szenenähe die Behandlung ablehnen oder weil kein Versicherungsschutz besteht.

Die Zahl der Drogentoten steigt besonders in der Bundesrepublik steil an: 1989 starben 991 Drogenabhängige, das waren 47,9% mehr als im Vorjahr, 1990 waren es 1436, was einer weiteren Steigerung um rund 46% entspricht; für 1991 rechnet man mit 2.000 sog. Drogentoten⁵. Diese Zahlen drücken in der Regel nur die polizeilich in eindeutigen Situationen registrierten Toten aus. Die Dunkelziffer liegt erheblich darüber: sei es, daß Drogenabhängige Selbstmord verübten, oder der Drogengebrauch nach einem tödlichen Verkehrsunfall oder einer drogenbedingten Krankheit unbemerkt blieb.

Die Vereinzlung vieler Drogenabhängiger birgt ein hohes Todesrisiko in sich: im Falle einer Überdosierung oder eines lebensgefährlichen Mischkonsums ist keine medizinische Soforthilfe möglich. Und wenn mit mehreren zusammen konsumiert wird, erfolgt oft keine Benachrichtigung der Ambulanz aus Angst vor einer Verwicklung in polizeiliche Nachforschungen, in denen die eigene Beteiligung aufgedeckt wird. Die Bilder und Meldungen von den Toten auf den Toiletten oder in den Gebüschchen sind immer wieder Ausdruck dieser Hilflosigkeit und Isolation. Viele Drogenabhängige sterben hinter verschlossenen Toilettentüren oder nicht einsehbaren Nischen und Gebüschchen. Hilfe wäre in vielen Fällen möglich: nach einem Bericht des Bundeskriminalamtes⁶ über die Drogentoten 1989 starben 44,2% an einer Überdosis Heroin, 19% an einer Mischintoxikation. In diesen Fällen ist Atemdepression die Todesursache, der mit künstlicher Beatmung hätte begegnet werden können.

Interessant ist vor allem der Fundort der Toten: der Anteil der in einer Privatwohnung gefundenen Verstorbenen lag 1989 bei 58,4%, im Freien wurden 10,2%, im öffentlichen WC/Bahnhofsgebiet 10,2%, in Hotels/Pensionen 4,2%, im PKW 3,2%, in Gaststätten 4,2% und in sonstigen Situationen 9,6% aufgefunden. Das heißt, ein großer Teil der Drogenabhängigen stirbt in öffentlichen Bereichen, sei es, weil viele von ihnen wohnungslos sind, oder weil viele den „Druck“ unmittelbar nach Erwerb der Droge setzten. Eine holländische Untersuchung kommt zum selben Ergebnis, daß der Kaufort in mehr als jedem zweiten Fall auch der Konsumort ist⁷.

In dieser Situation der unter Entzug und Verfolgungsangst durchgeführten Injektion fällt es oft schwer, HIV/HBV-Infektionsrisiken zu vermeiden: sei es, daß sterile Spritzen nicht verfügbar sind (v.a. in Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden) und Spritzen von mehreren benutzt und nur oberflächlich gereinigt werden, sei es, daß Übertragungsrisiken bei bestimmten Techniken des Drogen-Teilens entstehen⁸ oder beim gemeinsamen Gebrauch von Injektionsutensilien (Löffel, Filter, Wasser)⁹.

Unter solchen Bedingungen ist vor allem kein Platz und keine Zeit für die Vermittlung und Tradierung von „sicheren“ Normen und Regeln eines risikoarmen intravenösen Gebrauchs von Drogen an Neueinsteiger.

Neben dem hohen Mortalitätsrisiko ist der gesundheitliche Zustand der DrogengebraucherInnen vor allem durch die HIV-Infektion gefährdet. Gegenwärtig ist davon auszugehen, daß etwa jeder fünfte Drogenabhängige HIV-infiziert ist¹⁰. Während die Zahl der neu an AIDS-Erkrankten in anderen Hauptbe-troffenengruppen, etwa bei den Schwulen, sinkt, ist sie bei Drogengebrauchern weiterhin ansteigend. Adäquate Therapien sind nicht möglich, weil die

Kontinuität in der Behandlung von Drogenabhängigen oft nicht geleistet werden kann. Eine Substitutionsbehandlung ist trotz zahlreicher Initiativen im Bundesgebiet immer noch recht wenigen – meist AIDS-erkrankten – Drogenabhängigen vorbehalten. Ebenso existieren zwar einige gut funktionierende Spritzenabgabe- bzw. -umtauschmodelle, doch in einigen Städten haben gutgemeinte Programme nur eine symbolische Funktion. In anderen Städten und Regionen fehlen effektive, am Gesundheitsschutz orientierte Angebote ganz.

Die gesundheitliche Verelendung vieler DrogengebraucherInnen läßt sich jedoch nicht nur an der hohen Todesrate, an Infektionskrankheiten und an der AIDS-Erkrankung, sondern auch am Allgemeinzustand ablesen: eine Vielzahl konsumiert nicht nur Heroin, sondern überbrückt Versorgungsengpässe mit Ausweichdrogen (Barbiturate, Benzodiazepine, Alkohol), die in Verbindung mit Heroin die atemdepressive Wirkung des Opiats weiter verstärken und oft genug Todesursache sind. Dazu kommt, daß unter dem Einfluß dieser Schlaf- und Beruhigungsmittel motorische Störungen auftreten, die oftmals zu Verletzungen führen.

Schließlich bringen die verschiedenen Formen der Beschaffungskriminalität und des Lebens in der Illegalität hohe psychische Belastungen mit sich: vor allem für Prostituierte bzw. Stricher.

4. Problembereiche von „Druckräumen“

Projekte, die den intravenösen Drogengebrauch tolerierten, gab es bereits in den 70er Jahren in Amsterdam sowie Anfang der 80er Jahre auch in dem selbstverwalteten Jugendzentrum „AJZ“ in Zürich. Beide Projekte waren geprägt vom Ansatz, mit Drogenabhängigen wie mit anderen Menschen umzugehen, sie zu integrieren und Hilfe nicht an den Wunsch zur Drogenfreiheit zu koppeln. Das hieß in der Konsequenz, eben auch ihren Konsum zu tolerieren¹¹.

In der Schweiz sind vor geraumer Zeit einige solcher Einrichtungen wieder entstanden. Deren Erfahrungen werden in diesem Band ausführlich dargestellt.

Diese Angebote sind weder in der Schweiz noch in der Bundesrepublik unumstritten¹².

Obwohl die oben beschriebenen problematischen Umstände und Konsequenzen des „Drückens auf offener Szene“ bekannt sind, bestehen in der Bundesrepublik und z.T. in der Schweiz nach wie vor fachliche, rechtliche und politische Bedenken gegen die Einrichtung von Anlauf- bzw. Übernachtungsstellen, in denen nicht nur verschiedene Basisangebote gemacht werden (Erhältlichkeit von sterilen Spritzen und Kanülen, Ascorbin, Alkoholtupfern, Pflaster, desinfizierenden und gewebtbildenden Salben, Kondomen), sondern schließlich der intravenöse Drogengebrauch selbst toleriert wird. Im folgenden werden relevante Aspekte dieser ständig wiederauftretenden Problembereiche und Bedenken gegenüber der Etablierung von Fixerräumen in der Bundesrepublik sowie noch offene Fragen diskutiert. Dies geschieht vornehmlich vor dem Hintergrund der drogenpolitischen Situation in Bremen.

4.1. (Drogen-)Politische Aspekte

Am Beispiel Bremens läßt sich zeigen, daß die zunehmende Verelendung und der Zuwachs der Drogenszene insgesamt nicht nur im Ruf nach mehr Repression, sondern auch in Forderungen nach verbesserten sozialen Hilfen münden kann. In dem vom Drogenproblem am stärksten belasteten Stadtteil wird von Anwohnern auf Versammlungen die Forderung nach verbesserten medizinischen Soforthilfen für Überdosisfälle, die für alle sichtbar sind, laut. Zudem erscheint es vielen Bürgern sinnvoll, das öffentliche Fixen in Parks, Sandkästen, Gebüschen etc. in medizinisch beaufsichtigte Räumen hineinzuverlagern.

Die Bevölkerung ist von der Verelendung der Abhängigen betroffen: Bewohner, v.a. Kinder, finden weggeworfene Spritzen¹³ oder gebunkerte Drogen in den Sandkästen ihrer Spielplätze und werden mit der Injektion oder Überdosisfällen direkt konfrontiert. Das muß nicht heißen, daß etwa Kinder völlig verstört reagieren, sondern im Gegenteil bei Erklärung der Umstände Verständnis aufbringen. Der Wunsch vieler Anwohner nach Einrichtung eines Fixerraums ist auch nicht gleichzusetzen mit dem Wunsch, ja nicht selbst mit dem Elend konfrontiert zu werden. Die BürgerInnen werden mit dem „Drogenproblem“ und der „offenen Szene“ sowieso konfrontiert, und aus Diskussionen in belasteten Bremer Stadtteilen zu diesem Thema ist ein überraschendes Maß an „sozialer Kompetenz“ der BürgerInnen sichtbar geworden. Ein großer Teil der betroffenen Eltern und Anwohner reagiert daher mit sehr viel Verständnis für diese Lebens- und Konsumbedingungen der Drogengebraucher. Ein anderer Teil jedoch fordert ausschließlich Hilfen woanders oder den Ausbau repressiver Maßnahmen.

Die Interessen an einem Druckraum sind vielfältig: für viele der Anwohner in belasteten Wohngebieten sind Begegnungen mit Drogengebrauchern mit Ängsten und Unsicherheit verbunden. Die Strafverfolgung verstärkt diese Unsicherheit noch. Die Hilflosigkeit dieser Bürger drückt sich aus in der Forderung nach qualifizierter Hilfe in einem medizinisch überwachten Raum, in dem Drogen intravenös appliziert werden können. Daneben gibt es Anwohner, die einen Wertverlust ihres Wohnhauses befürchten, oder mit einer Zunahme des Drogenproblems einen Verlust der Wohnqualität insgesamt wahrnehmen. Schließlich sind es die Interessen der Geschäftsleute, die wollen, daß Junkies aus ihren Hausecken verschwinden. Sie betrachten bestimmte Treffpunkte oder Verhaltensweisen der Drogengebraucher als geschäftsschädigend.

Druckräume werden nur zum Teil für diese unterschiedlichen Interessen eine Lösung darstellen. Hier wären eher mehr Kontaktläden, Übernachtungsstätten, Übergangswohneinrichtungen und vor allem mehr Wohnungen gefordert, denn die Wohnungsnot unter den Drogenabhängigen ist enorm groß¹⁴. Vielleicht schaffen Druckräume sogar neue Treffpunkte, bewirken Verlagerungen ganzer Szenen, bzw. schaffen neue, die wiederum Gegenstand öffentlicher Debatten werden¹⁵. Das bringt ganz zwangsläufig eine hohe Belastung für die Anwohner mit sich. Gezeigt hat sich, daß man nach sozial verträglichen, gemeindenahen Lösungen mit und nicht gegen die Bevölkerung suchen muß. Das schließt vor allem Informationen für die Anwohner ein.

Das Stadtteilparlament dieses betroffenen Bremer Stadtteils hat neben vielen anderen niedrigschwelligen Hilfen 1988 mehrheitlich beschlossen, daß ein

„Druckraum“ bei der Drogenberatung oder einem anderen Träger eingerichtet werden muß und durch politische Initiativen des Senats die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden sollen¹⁶. Die Drogenselbsthilfegruppe JES Bremen (Junkies, Ex-User, Substituierte) hat ebenso Forderungen nach einem Druckraum aufgestellt wie betroffene gemeinnützige Kultureinrichtungen¹⁷, in deren zentral gelegenen Toiletten Drogen konsumiert werden.

Bislang sind diese Forderungen von offizieller Seite allerdings nicht umgesetzt worden. Die staatliche Drogenberatungsstelle begibt sich nicht in eine fachliche und rechtliche Grauzone¹⁸. Überdies wäre die Einrichtung eines einzigen Fixerraumes in einer Großstadt mit mehreren Tausend Drogengebranchern ein „inszenierter Mißerfolg“¹⁹. Nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen – weil eine Institution schließlich anfangen muß – wäre eine solche Initiative denkbar: sie müßte allerdings die fachliche, rechtliche und politische Rücken- deckung wesentlicher Teile des Drogenhilfssystems haben. Denkbar wäre auch eine Kooperation mehrerer Träger, wie es gegenwärtig in Hamburg diskutiert und beispielhaft praktiziert wird („Druckmobil“). Ein einziger Raum würde – vor allem im Winter – wahrscheinlich völlig überlaufen werden; die Mitarbeiter hätten nur die Rolle des Aufsichts- und Ordnungsdienstes zu übernehmen²⁰.

Es ist zu fragen, ob realistischerweise damit begonnen werden muß, den i.v. Drogengebrauch statt in völlig offenen eher in „halboffenen“ Bereichen zu tolerieren: Notschlafstellen, (Übergangs-)Wohnrichtungen, niedrigschwellige Frauenprojekte. Die Berichte in diesem Band (Hemkes, Wirbel-Lorenz/Thiebaud) legen einen solchen Schluß nahe. Dieser Weg der Umsetzung ist von Nachbarschafts- und politischer Seite anscheinend eher zu akzeptieren²¹. Viele offene Bereiche (Kontaktläden, Cafés) in mehreren Großstädten sind bereits ohne Injektionsmöglichkeit z.T. stark überlaufen, und die Arbeit in ihnen ist sehr belastend. Durch eine Tolerierung des i.v. Konsums von Drogen in möglichst mehreren halboffenen Bereichen ist bereits eine reale Verbesserung der Konsumbedingungen zu erreichen, wenn sie auch für alle Interessierten zugängliche Druckräume nicht ersetzen kann.

Linder und Hämmig (vgl. Beiträge in diesem Band) schlagen eine räumliche Trennung und damit eine Entflechtung von offener Szene und Druckraum-Angebot vor, um spezifischen Belastungen durch ein Zusammenfallen von Druckmöglichkeit unmittelbar in der offenen Szene und entsprechendem Angebot zu entgehen.

Nun wird eingewandt, Druckräume hätten sozial- und ordnungspolitisch den Anspruch und die Konsequenz, das Elend zu kaschieren, es wiederum nur Spezialisten zu übergeben und das Straßenbild zu säubern. Ob man durch Druckräume das Elend kaschiert oder es sich selbst überläßt, ist eine Frage, die relativ zynisch ist: soll durch eine Elendsakzeptanz bzw. sogar Zuspitzung der hochriskanten Lage eine, im Sinne der Betroffenen, vorteilhafte Änderung der Drogenpolitik und -arbeit erreicht werden? Wären die über 1400 sog. Drogentoten und die eingangs beschriebene – für alle seit Jahren sichtbare – zunehmende hohe gesundheitliche und soziale Verelendung nicht längst Grund genug, die Drogenpolitik schnell und nachhaltig zu ändern in Richtung bedürfnisgerechter und verbraucherfreundlicher Angebote? Wäre es nicht längst an der Zeit, den Kriminalisierungsdruck zu reduzieren, weil man die schädlichen Auswirkungen zur Genüge kennt?

4.2. Fachliche Aspekte

Explizit fachliche Bedenken gegen die Einrichtung von Fixerräumen werden in der Bundesrepublik bislang selten geäußert, allenfalls moralisch geprägte Stellungnahmen einiger Experten, die solche Angebote als „Kapitulation des Staates vor der Sucht“²² verstehen, oder die argumentieren „Das ist keine Lebenshilfe, wenn wir den Junkies den Höhepunkt verschaffen“²³.

Ablehnende Haltungen gegenüber dem Tolerieren des i.v. Drogenkonsums sind vor allem der besonderen Beziehung von Berater/Behandler und Klient geschuldet: in vielen Fällen ist dieses Verhältnis angstbesetzt. Nur unter Ausschluß des tatsächlichen Drogenkonsums kann man besser oder überhaupt „darüber“ bzw. darüber, wie er abzustellen ist, reden. Denn offen kann ein (Ex-)Drogengebraucher nicht über seinen intravenösen Drogengebrauch reden: nur leidvolle Erfahrungen werden zugelassen. Das ambivalente Gefühl, das auch Positives miteinzuschließen hätte, wird reduziert auf den einfachen Realitätsausschnitt „Elend“. Diese Reduktion macht gleichzeitig das „Ballern“ zum Tabu, das zu brechen nach Auffassung der Therapeuten dazu führen kann, daß dadurch eindeutige Therapiebotschaften zunichte gemacht werden. Über Positives sprechen zu können, regt aber gleichzeitig das Denken „darüber“ an. Das Behandlungssystem, das darauf nicht eingeht, wird letztlich wenig vom Denken, Fühlen und vom Lebensstil des Gegenübers mitbekommen. Das heißt auch, daß gewisse Details und Risiken nicht in HIV/AIDS-Prävention oder andere Botschaften integriert werden können: wie sind die genauen Konsumbedingungen, wo liegen Gefahren und wo kann man mit Gesundheitsangeboten eingreifen²⁴? Der Ausschluß des Drogenkonsums aus den Räumlichkeiten und der Atmosphäre des Beratungssettings mag fachlich begründbar sein, er scheint darüber hinaus aber auch die Funktion zu haben, den Konsum nicht bereits durch die Duldung anzuerkennen und damit ggf. zur Bagatellisierung oder Normalisierung eines Verhaltens beizutragen.

Zunehmend wird allerdings von Drogenberatern die Forderung erhoben, den negativen Effekten gestreßter und unhygienischer Injektionen (hohes Risiko von Venenentzündungen und Blutvergiftungen) mit der Einrichtung von Fixerräumen zu begegnen²⁵. Dabei ist allen klar, daß dies nicht das Ende der gesundheitlichen Verelendung oder zwangsläufig der hohen Mortalität der Junkies bedeutet. Gleichzeitig wird eine Verbesserung der psychosozialen Hilfen (Wohnungen, Arbeits- und Ausbildungsplätze, Schuldenregulierung, Freizeit- und tagesstrukturierende Angebote) und gesundheitlichen Hilfen gefordert, bis hin zur medizinisch kontrollierten Abgabe des Heroins. Klar scheint allerdings auch zu sein, daß Fixerräume und z.B. mehr Wohnungen für Drogengebraucher unter den gegenwärtigen Bedingungen der Illegalität nicht alternativ diskutiert werden können. Es werden also immer auch aus benachbarten Stadtteilen Drogenabhängige mit eigener Wohnung sich an Ort und Stelle den Druck setzen wollen; Kaufort und Konsumort sind in vielen Fällen identisch; nicht zuletzt übrigens aus dem Wunsch, mit anderen zu drücken, was aufgrund notwendiger Verheimlichungen zu Hause oft nicht möglich ist.

Den i.v. Drogengebrauch zu tolerieren könnte eine Möglichkeit sein, ehrlicher auf Drogenkonsumenten einzugehen (vgl. die Beiträge von Stiem und Hämmig in diesem Band), d.h. einen normativen Akzeptanzanspruch praktisch

umzusetzen. Dies kann die Glaubwürdigkeit und damit zusammenhängend ggf. auch die Reichweite der Drogenhilfe erhöhen. Gleichwohl wären weitere klare Absprachen und Regelungen nötig; nicht zu „dealen“ und Verzicht auf Gewaltanwendung oder -androhung zu üben. Allein die Überwachung der Einhaltung dieser Regeln bringt die MitarbeiterInnen wieder in das Dilemma von Aufsichts- und Beratungsaufgaben, ein Dilemma allerdings, das bereits jetzt in den bestehenden Kontaktläden ohne Tolerierung des Drückens besteht.

Ob Druckräume wieder nur von Spezialisten geführt und damit weitere Spezialeinrichtungen geschaffen werden, muß anhand der Möglichkeit diskutiert werden, Betroffene in die Mitarbeit zu integrieren. Sicherlich sind in einem solchen Überlebensangebot Experten gefragt, und das sind Betroffene: sie sind Experten ihrer Sucht, kennen bestimmte Symptome, Drogen(neben)wirkungen, lebensstilbezogene Risiken. Sie sind unbedingt an der Arbeit zu beteiligen. Es ist eher zu fragen, ob ein solches Angebot mit Sozialarbeitern ausgestattet werden muß, oder ob die Arbeit nicht sogar effektiver von anderen Professionen (KrankenpflegerInnen, ArzthelferInnen) geleistet werden kann? Vielleicht ist auch ein interdisziplinär zusammengesetztes Team vonnöten. Auf jeden Fall sollte medizinisch geschultes Personal beteiligt werden, um Reanimationen und etwa eine ambulante Wundversorgung durchführen zu können.

Ob man schließlich den Junkies mit dem Angebot von Druckräumen „ihre Privatheit“ nimmt, ist angesichts der existentiellen Bedrohung und der Notwendigkeit von Überlebenshilfen für diese Bevölkerungsgruppe eher eine akademische Überlegung²⁶. Der Einstich in die Vene ist im Grunde ein sehr intimer Akt – weshalb es auch wohl nicht denkbar ist, daß innerhalb traditioneller öffentlicher Drogenkonsumorte Injektionen völlig normal sind. Das Drücken mit mehreren zusammen scheint aber von den Nutzern nicht als unangenehm empfunden zu werden, im Gegenteil, der Druckraum ist eher ein Ort des sozialen Austausches, der Kommunikation (nicht nur über Qualität und Preis von Drogen, sondern auch über gesundheitliche Beschwerden, korrekte Dealer etc.).

Gleichwohl gibt es NutzerInnen des Druckraums, die allgemein „unvorsichtig drücken“, d.h. die sehr risikoreich oft verschiedene Drogen zusammen gebrauchen. Bei diesen Nutzern hat man den Eindruck, daß sie ihre Verantwortung für ihre Gesundheit quasi an das Personal abgeben, das dann den Notarzt zu verständigen hat. Dies sind Extremfälle, mit denen man in irgendeiner Weise umgehen lernen muß.

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist ferner zu diskutieren, ob das Angebot eines für alle DrogengebraucherInnen offenen Druckraums innerhalb eines offenen Kontaktladenangebots überhaupt eingerichtet werden kann, oder ob die eigentliche Kontaktladenarbeit dadurch zu kurz kommt, bzw. überhaupt nicht mehr durchgeführt werden kann. Anzunehmen ist, daß das Drücken den Ablauf eines Angebots völlig bestimmt und alle anderen Hilfeleistungen in den Hintergrund drängt. Nach Erfahrungen in der Schweiz scheint eine Trennung beider Angebotsformen sinnvoll, d.h. nicht, daß in einem Druckraum nicht auch Spritzentausch und eine ambulante Wundversorgung angeboten werden können – intensive Gespräche, Kurzberatungen und Krisenhilfen können allerdings nur ansatzweise durchgeführt werden.

4.3. Rechtliche Aspekte

Die rechtliche Zulässigkeit von Fixerräumen in der Schweiz wird in einem Gutachten des Strafrechtsprofessors Schultz²⁷ bestätigt. Schultz stützt sich auf den § 19a, Ziffer 3 des Schweizer Betäubungsmittelgesetzes, in dem explizit die Möglichkeit erwähnt wird, daß der Konsum von Drogen „unter ärztlich beaufsichtigter Betreuung“ straffrei bleibt. Die Präsenz von Sozialarbeitern und die Mitarbeit von Ärzten in der Kontakt- und Anlaufstelle garantieren diese Betreuung. Der Konsum selbst ist nach dem Schweizer Betäubungsmittelgesetz lediglich eine Übertretung, die mit Haft oder Buße bestraft wird. Eine Gehilfenschaft (vergleichbar mit dem § 29 Abs. 1 Nr. 10 des bundesdeutschen BtMG: „Verschaffung/Gewährung einer Gelegenheit“) wird gesetzlich nur im allgemeinen Teil des Strafgesetzbuches geregelt: danach besteht eine Straffreiheit bei Gehilfenschaft zu Übertretungen wie dem bloßen Konsum (vgl. auch den Beitrag von Linder in diesem Band).

Mit der Einrichtung von Druckräumen in der Bundesrepublik begibt man sich in einen rechtlichen Graubereich: der § 29 Abs. 1 Nr. 10 Betäubungsmittelgesetz stellt das „Verschaffung bzw. Gewähren einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln“ unter Strafe (Freiheitsstrafe bis zu 4 Jahren oder eine Geldstrafe). Im Kommentar dieses Straftatbestandes wird allerdings immer von Delikten ausgegangen, in denen die „Gelegenheitsverschaffer“ eigennützig aus wirtschaftlichen Interessen handeln. Der Straftatbestand „Verschaffen/Gewähren einer Gelegenheit“ richtet sich also vornehmlich auf Wirte, die in ihren Betrieben Drogenkonsum/-handel dulden, fördern oder sich selbst unmittelbar daran beteiligen. Es war nicht die Intention des Gesetzgebers, Träger der Drogenhilfe mit diesem Straftatbestand zu bedrohen.

Die Betreiber von Druckräumen handeln uneigennützig und im Interesse eines Gesundheitsschutzes und einer effektiven AIDS-Prävention. Sie stellen zwar Räumlichkeiten für den Konsum zur Verfügung, dies aber nur für NutzerInnen, die bereits abhängig sind und ihre Abhängigkeit sowieso und meistens unter sehr viel riskanteren Bedingungen befriedigen. Druckräume sind keine Orte des Handels mit Drogen: der Verkauf muß strengstens untersagt, Zuwiderhandlungen müssen sanktioniert werden (vgl. den Beitrag von Michaelis in diesem Band).

Eine bereits im Mai 1990 im Bundesrat beschlossene Neufassung des Tatbestandes der „Verschaffung/Gewährung einer Gelegenheit“ im Betäubungsmittelgesetz scheint künftig – sollte ihr auch im Bundestag zugestimmt werden – mehr Freiraum für die Einrichtung solcher Druckräume als Maßnahme der AIDS-Prävention und der allgemeinen Gesundheitsvorsorge zu ermöglichen: nach dieser vorgeschlagenen Neufassung des Gelegenheitsstatbestandes bleibt die „Verschaffung einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch“ straflos. Damit ist zwar zunächst die rechtliche Klarstellung der Spritzenabgabe als straffrei gemeint, jedoch ließe sich diese AIDS-präventive Maßnahme auf andere ausdehnen.

Zudem besitzt dieser Tatbestand in der Verurteilungspraxis kaum eine Relevanz: nur 30 Verurteilungen (oder 0,14% von 21.948 Verurteilungen insgesamt) erfolgten im Jahre 1987 aufgrund dieses Tatbestandes²⁸.

5. (Sub-)Kulturelle Bedeutung eines tolerierten Drogenkonsums

Über die fachliche, politische und rechtliche Dimension hinaus sind Druckräume (bzw. tolerierte Räume) auch unter dem Aspekt zu diskutieren, was sie für die Betroffenen und ihr Zusammenleben bringen können.

Druckräume sind mehr als nur Orte des technischen Vollzugs der Injektion von Drogen, sie sind auch Kommunikationsräume. Hier kann sich ein Austausch über verschiedenste Inhalte ergeben, Inhalte, die z.T. in der traditionellen Drogenarbeit eher unerwünscht waren, die aber gleichwohl für den Drogengebraucher von wichtiger Bedeutung sein können:

- Informationen, wo es guten und preiswerten Stoff gibt,
- Erfahrungsaustausch über Applikationsformen und Strategien der Infektionsvermeidung,
- Weitergabe von Techniken eines risikoarmen Gebrauchs („Drück' zuerst nur die Hälfte“),
- kleine gegenseitige Hilfen (beim Abbinden oder Druck-Setzen, Filter-Weitergabe),
- Anteilnahme am Schicksal anderer (siehe Forster in diesem Band).

Druckräume können also die Funktion des Informations- und Erfahrungsaustausches innerhalb der Drogenszene erfüllen. Angesichts der starken Verfolgung und Vereinzelung dieser Gruppe sind Ansätze für eine verbesserte Kommunikation und auch noch so geringfügig erscheinende Solidarisierungszeichen für die Gruppe der Drogengebraucher unbedingt positiv zu bewerten.

6. Zusammenfassung

Wie in traditionellen Angeboten herrscht genau dasselbe Mißtrauen gegenüber dem möglichen Konsum auch in szenenahen, sog. niedrigschwelligen Projekten. Dies prägt die Mitarbeiter/Besucher-Beziehung ganz wesentlich. Widersprüchlich bleibt der Anspruch und die Praxis akzeptierender Drogenarbeit: einerseits ist die Notwendigkeit von Angeboten der Überlebenshilfe und des Gesundheitsschutzes der Gebraucher unumstritten, andererseits werden keine konkreten Angebote entwickelt, um den gesundheitlich hochriskanten Lebens- und Konsumbedingungen auf der Szene zu begegnen.

Die Einrichtung von Druckräumen, in denen ein hygienischer, streßfreier, gesundheitsbewußter Drogengebrauch stattfinden kann, wäre die konsequente Fortsetzung einer akzeptierenden Drogenarbeit, die die Gesundheitsschutzinteressen der Drogengebraucher in den Mittelpunkt ihrer Angebote stellt. Ihre Einrichtung im Rahmen anderer Angebote (Übernachtung, Übergangswohn-einrichtung) kann dabei zunächst den Weg ebnen für die Akzeptanz des Drogengebrauchs auch in für alle offenen Kontaktläden.

Die rechtlichen und fachlichen Bedenken sind geringer als angenommen. Es kommt allerdings darauf an, mehrere dieser Angebote sozialverträglich und unter Einbindung des „Expertenwissens“ Betroffener zu organisieren.

Fixerräume können nur einen kleinen Teil einer „Harm-Reduction-Strategie“ ausmachen. Weitere niedrigschwellige (Überlebens-)Hilfen sind in der Drogenarbeit zu entwickeln, um eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung der

Drogengebraucher zu erreichen. Diese weitere Differenzierung der Drogenhilfe muß unterstützt werden durch drogenpolitische Innovationen, vor allem im rechtlichen Bereich. Im Rahmen einer effektiven Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten – über die Straffreiheit von „Konsumdelikten“ – können Fixerräume die Funktion „entkriminalisierter (Ruhe-)Zonen“ einnehmen.

Zwischen den Polen Ghettoisierung und Normalisierung scheinen Fixerräume eher ein Schritt auf dem Weg in Richtung Akzeptanz des Konsums und damit Normalisierung des Umgangs mit Drogenkonsumenten zu sein. Der intravenöse Gebrauch von Drogen wird aus der Tabuzone herausgeholt in einen Bereich, in dem man sich dazu bekennen kann und in dem man Hilfe erwarten kann. Fixerräume könnten ein Ort für Drogengebraucher sein, um einen selbstbestimmten Umgang mit Drogen zu pflegen und Verantwortung für einen gesundheitsbewußten Konsum zu übernehmen (weil die Ruhe und Utensilien vorhanden sind), statt sich in selbstzerstörerischer Weise unter unwürdigen Umständen zu spritzen.

Anmerkungen:

- 1) Für anregende Diskussionen danke ich besonders Michael Gröne und anderen Mitarbeiterinnen des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen
- 2) vgl. Stöver, H.: Akzeptierende Drogenarbeit – Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven. In: Schuller, K.; Stöver, H. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg: Lambertus, 1990
- 3) vgl. Schuller, K.; Stöver, H.: Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Modelle der HIV-Prävention bei i.v. Drogengebrauch im internationalen Vergleich. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1989
- 4) vgl. Bossong, H.; Stöver, H.: Methadon: Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung. Berlin, 1989
- 5) vgl. Weser-Kurier, Bremen, 20.3.91, S. 16
- 6) vgl. Bundeskriminalamt: Rauschgifttote in der Bundesrepublik Deutschland 1989, Manuskript, o.J.
- 7) vgl. Grund, J.P. et al.: Hidden Risks In The Drug Taking Ritual Of IVDU's – The Case Of Front-loading. Manuskript, 1990
- 8) vgl. Grund, J.P., a.a.O.
- 9) vgl. Koester, St.; Booth, R.; Wiebel, W.: The Risk Of HIV Transmission From Sharing Water, Drug Mixing Containers And Cotton Filters Among Intravenous Drug Users. In: The International Journal On Drug Policy 1, Nr. 6, S. 28-31
- 10) vgl. Kleiber, D.: HIV-positiv und drogenabhängig. In: Sozialmagazin, H. 1/1990, S. 41ff
- 11) vgl. Herwig-Lempp, J. et al. (1991): Entkriminalisierte Zonen: Frei-Räume für Drogenkonsumenten. In: Brennpunkte Sozialer Fragen, H. 1/91 (im Druck)
- 12) vgl. Berichte über Fixerräume in Winterthur, Zürich und in der West-Schweiz. In: die Kette 17, Nr. 1/91, S. 29
- 13) Weser-Kurier, Bremen: „Fünfjährige verletzte sich mit einer Fixernadel“ v. 11.4.91
- 14) Linnert, K. (1991): Drogenarbeit vor dem Zusammenbruch. Drogenpolitik in Bremen. In: Alternative Kommunalpolitik 1/91, S. 21-22
- 15) Hammig, R. (1990): The Streetcorner Agency With Shooting Room („Fixerstübli“). Präsentation at the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Liverpool, April 9-12, 1990
- 16) Freie Hansestadt Bremen, Ortsamt Mitte/Östliche Vorstadt: Drogenproblematik im Bereich Östliche Vorstadt. Protokoll der Sitzung v. 8.11.1988
- 17) vgl. Offener Brief des Lagerhauses und seiner Nutzergruppen v. Okt. 88 an den Senator für Jugend und Soziales; vgl. auch Weser-Kurier v. 24.10.90: „Lagerhaus wird zum geduldeten Druckraum“
- 18) vgl. auch die Ansicht der Frankfurter Gesundheitsdezernentin Margarethe Nimsch, die rechtliche Voraussetzungen (wie Straffreiheit von Besitz und Erwerb einer Tagesration) für die Einrichtung solcher Räume fordert. In: „Null Toleranz“. Der Spiegel 50/1990, S. 73
- 19) vgl. die Diskussion um den einen Fixerraum in Basel: P. Fehrer: „Unüberwindliche Gegensätze“. In: Die Kette, Dez. 1990, S. 12; vgl. auch Stiftung Contact-Bern (1990): Jahresbericht Stiftung Contact-Bern 1989

- 20) Müller, W. (o.J.): Anlaufstelle Münsterergasse, Bern: 1986-1989: „Fixen erlaubt, dealen verboten“ (Manuskript)
- 21) vgl. „Drogenkonsum in Zagjg-Räumen selbstverständlich – Nachwehen der Fixerraumdebatte in Zürich“. In: Neue Zürcher Zeitung v. 4.1.91
- 22) Landesdrogenbeauftragte Baden-Württembergs H. Giepen. In: „Null Toleranz“. Der Spiegel 50/1990, S. 70
- 23) Landesdrogenbeauftragter Berlins W. Penkert. In: „Null Toleranz“. Der Spiegel 50/1990, S. 73
- 24) Butzko, H. (1986): „Das Mystische am Drogenverbot“. In: Sozial Extra 1/86
- 25) vgl. die Schlußfolgerungen der „1. Konferenz: Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels“ (v. 20.-22.11.1990 in Frankfurt): „The option for ‘Shooting Galleries’ providing help, as well as the controlled medical distribution of drugs to long time users, should be tested under unbiased conditions in a scientific frame“.
- 26) vgl. etwa die Zahl der akuten Überlebenshilfen im Fixerstübli „Lucky“ in Basel und im ZIPP-AIDS-Projekt in Zürich (siehe Fuchs in diesem Band).
- 27) vgl. Schultz, H.: Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit von „Fixerräumen“. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern 1989
- 28) vgl. Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Rechtsprechung nach den strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes in den Jahren 1985 bis 1987. DS 11/4329, 11.4.89

I. ERFAHRUNGEN MIT TOLERIERTEM KONSUM IN DER SCHWEIZ

GESCHICHTE UND ERFAHRUNGEN DER STIFTUNG CONTACT MIT FIXERRÄUMEN IN BERN

Régine Linder

Vorbemerkung	24
1. Bern	24
2. Stiftung Contact-Bern	24
3. Allgemeines zu den Anlaufstellen mit Fixerräumen ¹	24
3.1. Rechtliche Grundlagen	25
3.2. Angebote und Regeln in den Anlaufstellen	26
4. Die Anlaufstelle Münsterergasse 12 („Müga“)	27
4.1. Planung und Entstehung	27
4.2. Betrieb Sommer 1986 bis Sommer 1988	28
4.3. Betrieb Sommer 1988 bis Ende 1990	30
5. Die Anlaufstelle Kleine Schanze („Schänzli“)	32
5.1. Planung und Entstehung	32
5.2. Betrieb (und Umfeld) Jan. 1990 bis August 1990	34
6. Die Anlaufstelle Nägeligasse 3e („Näga“)	37
6.1. Planung und Entstehung	37
6.2. Betrieb ab Juni 1990	39
7. Zusammenfassung	40
8. Perspektiven	42

Vorbemerkung

Dieser Bericht ist ein buntes Gemisch aus persönlichen Erfahrungen, aus Konzepten, Presseberichten, Gesprächen mit anderen (ehemaligen) MitarbeiterInnen und Erinnerungen. Er ist dementsprechend aus subjektiver Sicht abgefaßt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1. Bern

Bern ist die Hauptstadt der Schweiz und hat als Agglomeration ca. 300 000 EinwohnerInnen auf 184 qkm Fläche. Im Gemeindegebiet leben 145 000 EinwohnerInnen auf 52 qkm Fläche. Der Stadt wurde die Auszeichnung „Schönste Blumenstadt Europas“ zugesprochen und sie wurde von der UNESCO in die Liste der Weltkulturgüter aufgenommen. Als Hauptstadt der Schweiz und Sitz des diplomatischen Korps ist Bern eine ausgesprochene BeamtlInnenstadt. Die Lauben (Arkaden) sind mit 6 km Länge „größtes modernes, wettergeschütztes Einkaufszentrum Europas im mittelalterlichen Rahmen“ [Stadtplan Kümmerly und Frey 1989].

2. Stiftung Contact-Bern

Die Drogenhilfe in Bern entwickelte sich 1971 aus der Release-Bewegung (deren Angebot war freiwillig, kostenlos, unbürokratisch und auf Wunsch auch anonym). 1973 wurde Release geschlossen; nach Forderungen im Stadtrat wurde daraufhin Contact eröffnet, mit einer halben Stelle für die Leitung, einer Stelle für Beratung und fünf Stellen für die Notschlafstelle. Trägerin war die Fürsorgedirektion der Stadt Bern (Jugendamt). 1984 wurde Contact in eine Stiftung (Stiftung Contact-Bern, SCB) umgewandelt.

Heute sind die Stadt Bern und 25 Anliegergemeinden Mitglieder der Stiftung, die vom Kanton Bern finanziert wird. Contact ist heute die größte Institution der Drogenarbeit in Bern.

Angestrebt wird ein möglichst breites Hilfsangebot für DrogengebraucherInnen, und zwar von einem stationären Angebot Familienplatzierung über Beratung (inkl. Triage für abstinente Therapien), Arbeitsplätze, Schulprojekt, betreutes Wohnen, Methadonabgabe und Gassenarbeit bis zu Anlaufstellen mit FixerInnenräumen.

Neben Contact gibt es in Bern verschiedene ergänzende Angebote für DrogengebraucherInnen: kurzfristiger „kalter“ Entzug, stationäres Angebot für kranke obdachlose Menschen, kirchliche Beratung, Gassenküche usw.

3. Allgemeines zu den Anlaufstellen mit Fixerräumen

Alle Anlaufstellen in Bern basieren auf derselben rechtlichen Grundlage, und in allen bestand und besteht grundsätzlich das gleiche Angebot; ebenso galten und gelten dieselben Regeln.

3.1. Rechtliche Grundlagen

Bereits im Juli 1988 formuliert der Generalprokurator [= Oberster Staatsanwalt] des Kantons Bern „Rahmenbedingungen“ für die Anlaufstelle (Zusammenfassung):

- „1. Handel oder Vermittlung von Betäubungsmitteln werden von den Justizbehörden in keiner Form toleriert. Die Polizei wird angewiesen, bei Hinweisen einzuschreiten.
2. Reiner Konsum von Betäubungsmitteln wird in Anwendung von Art. 19a Ziff. 3 des BetMG² unter folgenden Bedingungen toleriert:
 - a) eine ständige soziale Betreuung der Drogenabhängigen muß gewährleistet sein (d.h. ständige Präsenz von ausgebildeten Fachleuten);
 - b) Schulpflichtigen ist der Konsum von Betäubungsmitteln in den Räumen zu verwehren. Betreuer übernehmen diesbezüglich entsprechende Kontrollaufgaben.“

Im November 1988 beauftragt das BAG (Bundesamt für Gesundheitswesen) Prof. Dr. Hans Schultz mit einem Rechtsgutachten: Sind Fixerräume unter den jetzigen gesetzlichen Bedingungen legal/illegal? Im Juni 1989 wird das Schultz-Gutachten veröffentlicht: Es kommt zu dem Schluß, daß Fixerräume keine sog. rechtsfreien Räume sind, sondern dort die Regeln des Bundesrechts, des kantonalen und des kommunalen Rechts gelten. Schultz interpretiert Art.19a Ziff.3 des Betäubungsmittelgesetzes ebenfalls in dem Sinne, daß Fixerräume als Form der Betreuung betrachtet werden können. Das bloße Betreiben eines Fixerraumes könne auch nicht als öffentliches Bekanntgeben einer Gelegenheit zum Konsum von Betäubungsmitteln gelten, da der Raum ohne besondere äußere Kennzeichnung betrieben werde und nur den darauf angewiesenen BesucherInnen bekannt sei.

(Quelle: Dr. jur. Hans Schultz, em. Professor der Universität Bern: Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit von „Fixerräumen“. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern, Juni 1989)



„Schänzli“ mit Spritzenkiosk

3.2. Angebote und Regeln der Anlaufstellen

	„Müga“	„Schänzli“	„Näga“
Öffnungszeiten	Juni 86 - Juni 88 Di/Mi/Do/Fr 17 - 21 Uhr	Jan. 90 - Mai 90 Mo/Di/Mi/Do/Fr 17 - 22 Uhr (Fixraum 19 - 22Uhr)	Juni 90 - Okt. 90 Di/Mi/Do/Fr 18.30 - 22 Uhr
	Juli 88 - Dez. 89 Mo/Di/Mi/Fr 19 - 22 Uhr	Juni 90 - Aug. 90 Mo - So 17 - 22 Uhr (Fixraum 19 - 22 Uhr)	Okt. u. Nov. 90 Mo - Sa 18.30 - 22 Uhr Mitte Nov. - Dez. 90 Di-So 18.30 - 22 Uhr Ab Jan. 91 Di/Mi/Do/Fr 18.30-22 h
Aufenthaltsraum	warme u. kalte Getränke (alkfrei) Snacks u. Sandwiches Zeitungen, Spiele, Broschüren, Infowand Telefonautomat; Sterile Spritzen, Alkoholtupfer, Trockentupfer, Ascorbinsäure, Präservative liegen auf	Teeausschank (gratis) später Getränke-automat Zeitungen	warme + kalte Getränke (alkfrei) abends warme Mahlzeit Zeitungen, Broschüren Spiele
Fixerraum	5 Plätze Sterile Spritzen, Alkoholtupfer, Trockentupfer, Ersatznadeln in verschiedenen Größen, Ascorbinsäure, Wasser, Löffel, Kerzen	12 Plätze	8 Plätze
Nebenzimmer	1 WC Lageraum	Pflegeraum mit Sitzbadewanne 1 WC Unterstand	Pflegeraum; sep. Dusche mit Rollstuhl-WC plus 2 WC's Küche
Dienstleistungen		Gassenküche (Jugendkonferenz)	Tumbler
		Information über sauberes Spritzen, Beatmungen bei Überdosis, Notfalldienst rufen (Sanitätspolizei), allg. „Sozialinformationen“, Pflegedienst (Wund-, Venenpflege, Anleitung zur Selbstpflege)	
Mitarbeiter (MA) u. Pflege-dienst (PD)	Juni 86 - Juni 88 2 MA	Jan. 90 - Aug. 90 3 MA plus 1 PD	Juni 90 - Nov. 90 2 MA ab Nov. 90 3 MA plus BenutzerInnen
Regeln	nicht vor dem Lokal herumstehen, kein Deal im Lokal, nicht mehr Leute im Fixerraum als Plätze vorhanden sind, kein Alkoholkonsum, keine Gewalt		

4. Die Anlaufstelle Münstergasse 12

4.1. Planung und Entstehung

„Im Winter 1983 entstand bei verschiedenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Stiftung Contact-Bern die Idee, eine szenennahe Anlaufstelle für Drogenabhängige zu schaffen (...). Das Ergebnis dieser Gruppe war eine mehr oder weniger diffuse Idee von szenennaher Sozialarbeit und ein Flugblatt, das diese Idee provokativ bei den anderen MitarbeiterInnen des Contact-Bern proklamierte.“ (W. Huber, T. Iseli: Organisationsanalyse Projekt Anlaufstelle Münstergasse. Januar 1987)

Bereits im Mai 1984 steht von der Arbeitsgruppe Münstergasse 12 das Grundkonzept „Keller Münstergasse 12“: „Das Projekt Münstergasse entstand zum einen aus der laufenden Diskussion über ein dezentrales psychosoziales Angebot für drogenabhängige und -gefährdete Jugendliche und der abnehmenden Funktion der Beratungsstelle als Anlaufpunkt. Zum anderen hat die Rückmeldung der Gassenarbeiter die Notwendigkeit einer Anlaufstelle für diese Jugendlichen in Form eines Treffpunkts bestätigt.“ (Konzeptpapier vom 2.5.84)

Zielsetzung ist zu diesem Zeitpunkt ein „Raumangebot“; Arbeitsschwerpunkt für die MitarbeiterInnen soll „Mobilisierung des Selbsthilfepotentials der Benutzer und ihres Umfeldes“ im Sinne von Animation sein. Inhaltliche Schwerpunkte sind eine Infobörse (Anschlagbrett mit Informationsaustausch über Wohnmöglichkeiten, Arbeit, Jobs etc. sowie eine Kartei mit Angeboten sozialer Institutionen und div. Tageszeitungen), Sachhilfe und kurzfristige Beratungen sowie Freizeitgestaltung und soziokulturelles Bildungsangebot. Ein wichtiger Punkt ist auch die Einbeziehung der BenutzerInnen in die Arbeit: „Arbeiten wie Buchführung, Warenbestellung und Einkäufe sowie die wöchentliche Großreinigung, die der Kellerbetrieb mit sich bringt, sollen gegen Entlohnung von den Jugendlichen erledigt werden.“

Das Konzept (mit Budget) von 1984 wird mehrmals überarbeitet (3. Entwurf Dez. 1984, 4. Version Februar 1985 z.H. Stiftungsausschuß). Von Anfang an wird auf den Abstinenzanspruch verzichtet. Allerdings rechnen die PlanerInnen eher mit einem „versteckten“ Drogenkonsum in den Toiletten, weshalb diese von außen zugänglich eingerichtet werden. Ebenfalls im Februar 1985 erstellt ein Architekturbüro die Ausbauidee und Kostenschätzung für den Umbau des Kellers und des Ladenlokals. Im November 1985 beschließt der Gemeinderat, die in unmittelbarer Nähe gelegene Münsterplattform (in den letzten Jahren wichtiger Aufenthaltsort der „Szene“) zu schließen. Im Februar 1986 beginnen die Umbauarbeiten an der Münstergasse 12 unter Mitarbeit von Jugendlichen (daraus entsteht später das „Bauprojekt“, ein nichtabstinentes Arbeitsprojekt). Am 17. Juni 1986 wird an der Münstergasse 12 die Anlauf- und Kontaktstelle für Süchtige und Suchtgefährdete eröffnet.

4.2. Betrieb Sommer 1986 bis Sommer 1988

Öffnungszeiten: Dienstag bis Freitag, 17 - 21 Uhr

Präsenz: Zwei MitarbeiterInnen. „Ihre Aufgabe ist es, den Service und den Abendbetrieb zu gewährleisten. Sie geben Getränke aus, putzen Tische, spülen Geschirr und geben Auskunft darüber, was im Café erlaubt ist und wie die Spielregeln sind. Diese Art der Arbeit ist an den Cafébetrieb gebunden. Für die abhängigen BenutzerInnen wird es so leichter, die professionellen MitarbeiterInnen anzusprechen. Die Schwelle, um mit diesen ins Gespräch zu kommen, ist niedrig. Präsent sein, ansprechbar sein sind wesentliche Anteile der Arbeit in der Münstergasse (...). Neu für die Arbeitsweise der Arbeitsgruppe war die teamübergreifende Zusammenarbeit einzelner Contact-Teams, welche eine fruchtbare fachliche Auseinandersetzung ermöglichte.“ (Jahresbericht 1986 SCB)

Der FixerInnenraum

„Der Projektgruppe war klar, daß in einer Cafeteria für Junkies auch gedrückt werden wird. Wie selbstverständlich wurde angenommen, daß die Leute dafür das Klo benützen würden. Nach einer kurzen Phase mißtrauischen Abwartens richteten sich die Gäste selbst ein. In einem offenen (ursprünglich als Lagerraum geplanten – Anm.d.V.) Nebenraum stellten sie fünf Stühle an einen Tisch, 'hier machen wir's' und sagten, was noch fehle: Tüpfel, Ascorbinsäure, Löffel.“ (W. Müller: Fixen erlaubt – Dealen verboten. Anlaufstelle Münstergasse 12, Bern, 1986-1989)

Bereits im Winter 1986/87 platzt die Anlaufstelle aus allen Nähten. Jetzt zeichnet sich auch eines der immer wieder auftauchenden Hauptprobleme ab: die Trennung von Konsum und Deal. Durch das Dealverbot im Lokal spielt sich der Handel direkt vor der Tür ab, was zu größeren Menschenansammlungen führt. Dies wiederum erschreckt und stört die nähere und weitere Nachbarschaft.

Die offene Szene trifft sich neben verschiedenen Oberstadt-Gassen auf der Kleinen Schanze, einem Park in Bahnhofsnähe (s.unten). „Die Plattform ist heute kein Drogenplatz mehr, sagt Armin Amherd von der Stadtpolizei. Dafür beschlagnahmte sie auf der Kleinen Schanze während einer Razzia am 13. August (1987) mehrere hundert Gramm Rauschgift. Und wer mit offenen Augen durch Berns Innenstadt geht, merkt rasch einmal, daß die Drogenszene stadtaufwärts neue Treffpunkte gefunden hat.“ („Der Bund“, 20. 8. 87)

Auffallend ist, daß sich während der Öffnungszeiten der Anlaufstelle ein Teil der Szene in die Münstergasse bewegt, ein anderer Teil aber auf der Kleinen Schanze bleibt.

Polizei / Justiz

„Wir haben der Contact-Leitung von Anfang an klargemacht, daß an der Münstergasse 12 kein rechtsfreier Raum geduldet werde, betont der Berner Polizeidirektor Marco Albisetti. Solange sich aber dort Süchtige unter medizinischer Obhut (Albisetti: 'Und darauf müssen wir bestehen!') Drogen spritzten, sei der Treff eine 'legale Einrichtung'.“ („Der Bund“, 20. 7. 87)

Diese juristische Einschätzung wird zuerst vom Generalprokurator des Kantons Bern und im Gutachten von Prof. H. Schultz bestätigt. Für die Polizei gelten die Zutrittsbedingungen wie bei einer privaten Wohnung, da das Lokal durch die Organisation der Trägerschaft als Stiftung ebenfalls privat ist (d.h. Zutritt nur mit Hausdurchsuchungsbefehl oder aber mit Haftbefehl gegen eine bestimmte Person oder in Fällen besonderer Dringlichkeit/Gefährlichkeit).

Im Sommer 1987 ist die Anlaufstelle eindeutig überlastet (Frequenz 80-120 Leute pro Abend) und macht Betriebsferien. Der Stiftungsausschuß der SCB beschließt, daß eine zweite Anlaufstelle nötig ist und stellt ein Finanzierungsgesuch für die Projektierung an die Fürsorgedirektion der Stadt Bern. Dieses Gesuch wird im Februar 1988 bewilligt. Der Betrieb läuft unterdessen die ganze Zeit mehr oder weniger hektisch weiter. „Je mehr die FixerInnen die Anlaufstelle in Anspruch nahmen, umso mehr wurden die MitarbeiterInnen in die Rolle des Aufsichts- und Ordnungsdienstes gedrängt. Wegen dem hektischen und aufreibenden Betrieb und den eigenen hohen drogenpolitischen Ansprüchen war das Team kaum mehr in der Lage, die wichtigen Leistungen der Anlaufstelle selber noch zu würdigen: Mit der Notfallhilfe bei Überdosen wurden Leben gerettet; die FixerInnen haben gelernt, die Spritzen nur einmal zu gebrauchen und zu entsorgen. Für viele Junkies war die Anlaufstelle der einzige konstante Bezugspunkt.“ (W. Müller)

Ende 1988 macht die Arbeitsgruppe Münstergasse (AG Müga) gemeinsam mit einem externen Berater eine „Standortbestimmung zur Klärung der Problemlage und Setting der Zielprioritäten“. Daraus einige wichtige Punkte:

„Der ‚stimmlosen‘ Zielgruppe FixerInnen stehen 19 Beteiligtegruppen gegenüber, die in unterschiedlichster Art auf diese einwirken. Die Einwirkung aller Beteiligtegruppen geschieht aufgrund verschieden interpretierter Bedürfnisse der Zielgruppe oder anderer Beteiligtegruppen. – Die verschiedenen Aktionen und reaktiven Verhalten dieser mitbeteiligten Gruppen führen zu hohen Friktionen schließend gegenüber der Zielgruppe und der AG Müga, die teilweise als stellvertretend für die Zielgruppe gesehen wird.“ Zu diesem Zeitpunkt wird als Erwartung der AG Müga gegenüber dem Projekt Anlaufstelle genannt: „Rolle und Funktion der Anlaufstelle ist primär die Sichtbarmachung der (drogen-)politischen Widersprüche im Hinblick auf das Endziel (...) (z.B. Normalisierung, Liberalisierung, Legalisierung)“. Befürchtet wird die „Schließung oder Neutralisierung der Anlaufstelle“.

Problemanalyse: „Als Kernproblem wird die sichtbare Existenz der Anlaufstelle Münstergasse 12 unter obigen gesellschaftlichen Bedingungen bezeichnet (gesellschaftlicher Verdrängungsprozeß gepaart mit wirtschaftlichen Interessen führt zu willkürlicher Illegalisierung einzelner Drogen, diese führt zu Randgruppenbildung und Diskriminierung von Menschen). Dies beinhaltet: Die Erwartungen und das Verhalten der verschiedenen Beteiligtegruppen bilden für die AG Müga einen Arbeitskontext von sich gegenseitig ausschließenden Ansprüchen. In der Folge werden alle Bemühungen zugunsten der Zielgruppe ein Sichtbarmachen des Grenz- und Widerspruchsbereichs illegal-legal: Verantwortung für und Betreuung von ‚illegalen‘ übernehmen versus Führung eines ‚legalen‘ und geordneten Betriebes.“

Bei der Zielanalyse zeigt sich, daß bei der AG eine hohe Präferenz im gesellschaftlichen Bereich liegt, d.h. in der Einflußnahme auf das Betäubungsmittel-

gesetz und im Aufbrechen gesellschaftlicher Verdrängungsprozesse und damit im Infragestellen des Weltbildes.

Die Öffentlichkeit – und in erster Linie die Fachöffentlichkeit – zeigt derweil ein riesiges Interesse vor allem am Betrieb der Anlaufstelle und trägt durch zahlreiche Besuche und Besichtigungen zur Überlastung des Teams bei.

4.3. Betrieb Sommer 1988 bis Ende 1990

Als Folge der Überlastung werden im Sommer 1988 zum zweiten Mal „Betriebsferien“ gemacht; Konzept, Betrieb und Situation um die Anlaufstelle werden überprüft. Das Konzept hat sich bewährt und wird nicht verändert. Als Konzession an die Nachbarschaft werden die Öffnungszeiten verlegt: Montag, Dienstag, Mittwoch und Freitag von 19 bis 22 Uhr. Diese neuen Öffnungszeiten richten sich in erster Linie nach den Geschäftsöffnungs- bzw. -schließungszeiten (Donnerstagabend ist in Bern Abendverkauf bis 21 Uhr). „Ein Contact-Reinigungsdienst wird in Zukunft für eine noch vermehrt saubere Anlaufstellen-Umgebung sorgen.“ (Pressemitteilung SCB 1.7.88). Konkret heißt das, daß die Umgebung frühmorgens nach herumliegenden Spritzen abgesehen wird. Auch die öffentlichen Toiletten auf der Münsterplattform werden von Contact-MitarbeiterInnen gereinigt. Zusätzlich wird während des Betriebs die MitarbeiterInnenschicht pro Abend um eine Person erweitert. Neu werden nicht nur Fachleute aus dem Sozial- und Medizinalbereich angestellt, sondern auch Leute mit Erfahrung im Gastgewerbe, Handwerk usw., was sich auf den Betrieb sehr günstig auswirkt. Der sog. „dritte Dienst“ soll vor allem durch Präsenz in den Lauben dafür sorgen, daß FußgängerInnen ungehindert passieren können.

Während der „Betriebsferien“ haben viele Institutionen v.a. aus dem Freizeitbereich (Jugend- und Kulturzentrum Gaskessel, Jugendtreffs, Reithalle etc.) vermehrte Probleme mit Junkies.

Ende August 1988 werden das Grobkonzept für die zweite Anlaufstelle und ein Mietgesuch für den Keller an der Nägeligasse 3e – nicht allzuweit von der Münsterergasse entfernt – beim Gemeinderat eingereicht. Der Standort erscheint günstig im Hinblick auf die Entlastung der Münsterergasse 12.

Im Frühling 1989 führen AG-Mitglieder Gespräche mit der Nachbarschaft, um herauszufinden, wie die Stimmung der AnwohnerInnen gegenüber der Anlaufstelle ist. Insbesondere geht es darum, wie die im Sommer 1988 vorgenommenen betrieblichen Veränderungen (Öffnungszeitverschiebung, Putzdienst, „dritter Dienst“ in den Lauben) aufgenommen wurden. Empfehlungen aus der Auswertung dieser Gespräche: Neue Öffnungszeiten beibehalten, noch mehr Aufmerksamkeit beim Reinigungsdienst, vermehrte Informationsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit zur Erklärung der Aktivitäten mit dem Ziel der Entmystifizierung des sog. Drogenproblems sowie differenziertere Aussagen bezüglich der Vorurteile.

Im April 1989 wird das Lokal für die Anlaufstelle zum 30.4.1990 gekündigt. Zusatzforderung ist die Schließung der Anlaufstelle ab 20. Mai 1989. Die Rücknahme der Kündigung wird in Aussicht gestellt, falls das Lokal nicht mehr als Anlaufstelle, sondern als Büroraum, Verkaufsladen oder Informationsstelle be-

nutzt werde. Die BenutzerInnen der Anlaufstelle bitten die Besitzerin und den Gemeinderat in einem Brief mit 242 Unterschriften, die Kündigung nicht auszusprechen und weisen auf ihre Situation und den Nutzen der Anlaufstelle hin. Zudem fordern sie eine zweite Anlaufstelle.

Im Mai 1989 bewilligt der Gemeinderat das im August 1988 gestellte Mietgesuch für den Keller in der Nägeligasse 3e. Dieses Lokal wird allerdings nicht mehr die Münsterergasse 12 entlasten; es ist mittlerweile zum Ersatz für diese geworden. „Der Gemeinderat möchte eine zweite derartige Anlaufstelle. Standort noch offen. Vorderhand werde auf der Kleinen Schanze eine Übergangslösung eingerichtet.“ [W. Müller]

Um das Lokal in der Münsterergasse 12 behalten zu können, beschließt die SCB, die Anlaufstelle zu schließen. Dies geschieht definitiv am 12. Januar 1990.

Intern schlägt sich die Arbeitsgruppe in dieser Zeit mit dem laufenden Betrieb, vielen Medienbesuchen, personellen Fluktuationen und Schwierigkeiten mit der Contact-Leitung herum. Im Sommer 1989 ist die Arbeitsgruppe endlich wieder „vollständig“, d.h. die als ideal betrachtete Besetzung von sieben bis acht Arbeitenden (zu je 30%) ist erreicht. Zwecks Konsolidierung der AG und Diskussion verschiedener grundsätzlicher Punkte geht sie in ein gemeinsames Arbeitswochenende. Bereits zu diesem Zeitpunkt werden u.a. Befürchtungen laut, die sich später leider bewahrheiten werden: „Das Ziel von Anlaufstellen darf nicht sein, daß Junkies nicht mehr auf der Gasse sind. Anlaufstellen sollen ein Angebot sein, das benützt werden kann. Wer das nicht will, darf nicht deswegen verfolgt werden. Offene Szene/Gasse muß weiterhin bestehen können.“ (Stichwortprotokoll Arbeitswochenende AG Müga 15./16. 7. 89)

„Wir unterstellen den PolitikerInnen, daß sie mit der Schaffung von Anlaufstellen die Gasse säubern wollen (z.B. explizite Zielsetzung beim Schänzli). Es besteht also die Gefahr, daß uns unsere Forderung nach mehreren Anlaufstellen rechts überholt.“ (Stichwortprotokoll)

Im September 1989 werden ebenfalls der zunehmende Kokainkonsum und die damit verbundenen Schwierigkeiten (vermehrtes Fixen außerhalb des FixerInnenraums, hektischere Stimmung, massenhafter Spritzengebrauch etc.) erwähnt. „Die Anlaufstelle aber wurde vor drei Jahren vor allem im Hinblick auf Heroinkonsumenten aufgebaut. Es wäre wohl schon mal an der Zeit, diese Veränderung grundsätzlich zu diskutieren.“

Ende 1989 wird dieses Thema denn auch in der Arbeitsgruppe diskutiert, v.a. anhand des Fixens im Café. Es wird ein Tausch der Räume vorgeschlagen: Um mehr Leuten das Fixen zu ermöglichen, soll der Caféraum zum FixerInnenraum werden und der kleine Fixraum zum Caféraum. Realisiert wird dieser Vorschlag dann doch nicht, allerdings nicht aus grundsätzlichen Überlegungen, sondern weil es als nicht sinnvoll erachtet wird, so kurz vor der endgültigen Schließung des Lokals den Betrieb derart einschneidend zu verändern.

Ansonsten verläuft das letzte Jahr der Münsterergasse 12 in der gewohnten Hektik: (allzu)viele BenutzerInnen (inkl. diesbezüglicher Ausstrahlung in die angrenzenden Kantone in der Westschweiz mit Hinweis auf die Stoßwirkung ihrer repressiven Drogenpolitik und -arbeit), starke Polizeipräsenz vor dem Lokal und in unmittelbarer Umgebung, zahlreiche Informationsveranstaltungen und Besichtigungsbesuche, eine ständige Auseinandersetzung über die neuen Anlaufstellen Nägeligasse 3e und „Schänzli“ (Kleine Schanze), an deren Projek-

tierung und Realisierung die AG-Mitglieder zum Teil mit- und zum Teil hauptverantwortlich beteiligt sind.

Ab August 1988 bis zur Schließung der Anlaufstelle finden mehr oder weniger regelmäßig wöchentliche Versammlungen statt, bei denen Personal und BenutzerInnen der Anlaufstelle Informationen zum Betrieb sowie zur Drogenarbeit und -politik allgemein austauschen.

Ein Videoband zum Thema „Sauber spritzen“, das zusammen mit zwei Benutzern der Anlaufstelle und mit der Jugendkonferenz hergestellt wird, sowie das 3-Jahres-Jubiläumsfest im Juli 1989 gehören zu den Lichtblicken der Arbeit in dieser Zeit.

Bereits ab Sommer 1989 läuft auch die Diskussion, ob die AG Müga bereit ist, das Schänzli-Team einzuarbeiten. Diese Diskussion weitet sich gegen Ende des Jahres zu der Frage aus, ob die AG Müga den Betrieb am Anfang übernehmen kann (nach Schließung der Münstergasse). Da zu diesem Zeitpunkt der Gemeinderat immer noch auf einer Anlaufstelle ohne Fixraum besteht, stellt die AG für sich Rahmenbedingungen für eine Übernahme des Betriebs auf:

- nur mit Fixraum,
- erst ab Jan. 1990 (nach Schließung Münstergasse 12),
- freie Hand bei Personalanstellung,
- flexible Anpassung der Öffnungszeiten (je nach Bedarf und Personalbestand laufend erhöhen),
- möglichst wenig Mehrbelastung für die Arbeitsgruppe.

Am Freitag, den 12. Januar 1990, findet in der Münstergasse 12 das Abschlussfest statt, übers Wochenende wird umgezogen, und ab Montag, den 15. Januar 1990, betreibt die AG Münstergasse die Anlaufstelle auf der Kleinen Schanze. Das Lokal in der Münstergasse 12 bleibt geschlossen und leer.

5. Die Anlaufstelle Kleine Schanze („Schänzli“)

5.1. Planung und Entstehung

Die Geschichte der Anlaufstelle auf der Kleinen Schanze muß im Zusammenhang mit der Geschichte der „offenen Szene“ betrachtet werden.

Die Kleine Schanze ist ein öffentlicher Park in Bern, der als Erholungsraum für die Stadtbevölkerung gilt. Er liegt ziemlich zentral, neben dem Parlamentsgebäude (Bundeshaus) und nahe beim Bahnhof. Am Eingang des Parks befindet sich die „Milchbar“, ein Gartenrestaurant im Besitz der Stadt, das an die Verbandsmolkerei und von dieser wiederum an einen privaten Pächter vermietet wird. Zur Milchbar – bzw. zum Park – gehören auch die an die Milchbar angebauten öffentlichen Toilettenanlagen. Das Gartenrestaurant ist nur während der Sommermonate geöffnet, die Toilettenanlagen sind das ganze Jahr über zugänglich.

Nach der Räumung und Schließung der Münsterplattform im November 1985 trennen sich „harte“ und „weiche“ Drogenszene: die „weiche“ Szene etabliert sich auf dem Rondell der Kleinen Schanze. Die „harte“ Szene sucht sich verschiedene neue Plätze: Spielsalons, Altstadtgassen, Bahnhof usw., wird aber

durch konsequente Polizeieinsätze immer wieder vertrieben. Schlußendlich trifft sich die „harte“ Szene ab Herbst 1988 ebenfalls auf der Kleinen Schanze, allerdings nicht auf dem Rondell, sondern vor (und in) der öffentlichen Toilettenanlage neben der Milchbar.

Als sich Beschwerden wegen der offen sichtbaren Szene sowohl von den Betreibern und Besuchern der Milchbar als auch von Passanten und von MitarbeiterInnen der nahegelegenen Bundesverwaltung häufen, sucht der Gemeinderat der Stadt Bern im Frühling 1989 nach einer Lösung.

Ziemlich schnell kristallisiert sich die Idee heraus, auf der Kleinen Schanze – als Überbrückung bis zur Eröffnung der (damals vermeintlich neben der Münstergasse 12 noch „zweiten“) Anlaufstelle Nägeligasse 3e – eine provisorische Anlaufstelle zu eröffnen. Die Stiftung Contact-Bern wird beauftragt, ein Grobkonzept für eine Anlaufstelle auf dem Schänzli zu erarbeiten. Da diese Anlaufstelle ein Projekt der Stadt sein wird, schlägt die Konzeptgruppe eine gemischte Trägerschaft vor: eingebunden werden sollen neben der Stiftung Contact das kirchliche Amt für Drogenfragen (KAfD), die kirchliche Gassenarbeit, die Jugendkonferenz der Stadt Bern und eine private Praxisgemeinschaft mit einem Arzt, der bereits mehrere Projekte für Junkies betreut hat (Sprechstunde in der Notschlafstelle, Betreuung von HIV-positiven DrogengebraucherInnen etc.).

Das Grobkonzept sieht das übliche Angebot von Anlaufstellen vor, zusätzlich soll es Verpflegungsmöglichkeiten geben durch die Gassenküche der Jugendkonferenz. Geplant ist eine tägliche Öffnungszeit von 12.00 bis 24.00 Uhr. Einmal mehr ist im Konzept auch die Einbeziehung von BenutzerInnen der Anlaufstelle in den Betrieb (Mitarbeit) vorgesehen; und zwar sollen nicht alle Stellenprozente durch feste MitarbeiterInnen besetzt, sondern ein Teil der Arbeit und Lohngehälter direkt an BenutzerInnen weitergegeben werden.

Der Standort der Container soll so gewählt werden, daß eine Vermischung der „weichen“ und der „harten“ Szene vermieden werden kann.

Im Mai 1989 gibt der Gemeinderat auf einer Pressekonferenz bekannt, daß die Stadt der Stiftung Contact als Ersatz für die gekündigte Münstergasse 12 den Keller an der Nägeligasse 3e vermieten werde und daß sie zudem „Maßnahmen“ auf der Kleinen Schanze plane: „Man denke bei den entsprechenden Maßnahmen etwa an einen verstärkten Einsatz von Gassenarbeitern auf dem Platz und die Errichtung einer mobilen Beratungsstelle mit sanitären Einrichtungen. In diesem provisorischen Bauwagen auf Rädern oder Wohncontainer könnten dann auch gratis Spritzen abgegeben und entsorgt werden. Auf diese Weise werden laut Baumgartner die Milchbar mitsamt öffentlicher Toilette von der Drogenszene besser getrennt.“ (Zeitung „Berner Tagwacht“, 13.5.89)

Im Juli 1989 äußert sich der Fürsorge- und Gesundheitsdirektor erneut in der Presse: „Statt Vertreibung werden die bereits früher geäußerten Pläne zur Hilfe nun konkreter: Bis im Spätherbst soll an der Taubenstraße neben der Kleinen Schanze eine Baracke der Stadtgärtnerei zur Betreuung der Drogensüchtigen verwendet werden (...). Diese provisorische Betreuungsstelle soll etwa ein bis anderthalb Jahre bestehen, erklärte Baumgartner. Bis dahin soll nach dem Willen des Gemeinderats ein zweites ‘Fixerstübli’ seinen Betrieb aufnehmen.“ („Berner Zeitung BZ“, 14. 7. 89)

Durch Standortfragen und andere Schwierigkeiten verzögert sich die Realisierung des Projekts. Im November bewilligt der Große Rat (Kantonsparlament)

mit großer Mehrheit einen Zweimillionenkredit für die Schaffung zweier Anlaufstellen mit Fixerräumen in der Stadt Bern [Nägeligasse und Schänzli], ob schon der städtische Polizeidirektor einen Vorbehalt bezüglich des Fixerraums in der Anlaufstelle Kleine Schanze stellt. Zwei Tage später wird im Stadtrat eine Motion (schweiz. Antrag in einer Versammlung) verworfen, die die Eröffnung einer zweiten Anlaufstelle mit Fixerraum verlangt hatte. Damit stellt sich der Stadtrat hinter den Gemeinderat, der auf der Kleinen Schanze nur eine Anlaufstelle, jedoch ohne Fixerraum, befürwortet.

Im Klartext geht es ums Prinzip: In Berns Innenstadt darf nur ein Fixerraum offen sein. Da die Anlaufstelle an der Münsterergasse 12 schließen muß und damit die Kleine Schanze zum Ablöse- und Übergangsprojekt bis zur Eröffnung der Nägeligasse 3e wird, kann nun dort auch ein Fixerraum eingerichtet werden. „Mit der Aufnahme des Betriebs auf der ‘Kleinen Schanze’ wird die als erster Fixerraum in der Schweiz bekanntgewordene Anlaufstelle an der Münsterergasse geschlossen. Im Provisorium auf der ‘Kleinen Schanze’ wird das überwachte Fixen toleriert, bis anfangs Mai eine neue Beratungsstelle an der Nägeligasse eröffnet werden kann. Wenn auch ein Standort für eine zweite Anlaufstelle gefunden ist, werden die vier Wohncontainer beim Bundeshaus wieder entfernt.“ („Berner Zeitung BZ“, 19. 12. 89)

5.2. Betrieb (und Umfeld) Januar bis August 1990

Am 15. Januar 1990 wird die Anlaufstelle mit Fixerraum auf der Kleinen Schanze eröffnet. Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, später täglich von 17.00 – 22.00 Uhr. Der Fixerraum wird erst ab 19.00 Uhr geöffnet. Zweimal wöchentlich von 19.00 – 21.00 Uhr steht ein Pflegedienst zur Verfügung (später ausgebaut auf sechsmal wöchentlich zwei Stunden).

Präsenz/Angebot: Zwei MitarbeiterInnen ab 16.00 Uhr, ein dritter ab 19.00 Uhr plus einer Person für den Pflegedienst. Die Arbeitsteilung („Dienste“) gestaltet sich ähnlich wie in der Münsterergasse 12: eine Person ist zuständig für den Barbetrieb (im Schänzli „nur“ Teekochen), eine Person für den Fixerraum und die dritte Person für den Aufenthaltsraum, notfalls auch für draußen. Die MitarbeiterInnen wechseln sich in den „Diensten“ gegenseitig stündlich ab. Täglich bringt die Gassenküche der Jugendkonferenz eine warme Mahlzeit, die für Fr. 3.- abgegeben wird.

Hauptschwierigkeiten für die Arbeitenden sind v.a. die engen Raumverhältnisse sowie die Tatsache, daß durch den „Massenansturm“ in der Anlaufstelle längere Gespräche mit den BenutzerInnen kaum mehr möglich sind.

Bereits nach drei Tagen wird die Anlaufstelle von den dort Arbeitenden wieder geschlossen. Begründung: „Die hohen Besucherzahlen von Benutzerinnen und Benützern übertrafen die Erwartungen, so daß in den gegebenen Raumverhältnissen [48 qm – Anm.d.V.] die Zielsetzungen, Überlebenshilfe und streißfreier Drogenkonsum, bei weitem nicht erreicht werden konnten (...). Gerüchten zufolge soll aber noch ein weiterer Grund für die notwendige Schließung dieser Anlaufstelle vorliegen: Die Polizeipräsenz auf der Kleinen Schanze nämlich, die einen ‘geregelten’ Betrieb erschwere.“ („Berner Zeitung BZ“, 19. 1. 90)

Ende Januar werden die Probleme „gelöst“: „Als Sofortmaßnahme wird ein Zeltvordach an der Längsseite des Containers befestigt, wodurch ein beheizbarer Raum entsteht. Ein weiteres Container-Teil mit 12 Quadratmetern wird angebaut. Ein fahrbarer Baustellenwagen neben der Anlaufstelle soll das Raumangebot ergänzen.“

Gespräche mit der Polizei ergaben „gleiche Spielregeln wie früher an der Münsterergasse“. („Berner Zeitung BZ“, 30.1.90) Allerdings erklärt der Polizeidirektor in einem Interview, die Polizei werde nicht zurückhaltender arbeiten. „BZ: Haben Polizeibeamte mit Teleobjektiven systematisch Drogenabhängige vor der Anlaufstelle fotografiert? Albisetti: Für eine Dokumentation wurden Fotos von Polizisten als Stimmungsdarstellung der Szene auf der Kleinen Schanze gemacht. BZ: Wird die Polizei ab Montag auf der Kleinen Schanze und beim ‘Fixerstübl’ mehr Zurückhaltung üben? Albisetti: Nein.“ („Berner Zeitung BZ“, 30. 1. 90)

Im März 1990 werden die Toilettenanlagen bei der Milchbar geschlossen und umgebaut, damit sie zukünftig nur noch durch die Milchbar zugänglich sind. „Die Behörden hoffen, daß die Toiletten mit dem Umbau ihre Magnetwirkung auf Drogenabhängige verlieren (...). Die Stadt stellt keinen Ersatz für die geschlossenen Toiletten zur Verfügung.“ („Berner Zeitung BZ“, 27. 3. 90)

Ende April wird der Ende Januar angekündigte zusätzliche Wohncontainer aufgestellt, nachdem sich die Schließung der Toilette „massiv“ bemerkbar machte: Die „offene Szene“ hat sich zur Anlaufstelle hin verlagert. Die Stiftung Contact versucht daraufhin, „Anlaufstelle und offene Szene zu trennen“, indem sie bei der Stadt das Aufstellen einer „gedeckten Wasserstelle“ auf der Kleinen Schanze beantragt. „Der Unterstand wurde vom Strasseninspektorat in der Nähe (50 Meter entfernt – Anm.d.V.) des Pavillons aufgestellt.“ („Berner Zeitung BZ“, 14. 6. 90)

Betriebliches: Durch das „Zelt“, wie der Unterstand genannt wird, werden zwar Anlaufstelle und offene Szene entflochten, die faktische Abgrenzung der Anlaufstelle von der „offenen Szene“ ist aber für die MitarbeiterInnen nicht möglich: Immer wieder muß im Zelt oder irgendwo draußen im Park Nothilfe geleistet werden (Leute beatmen, Sanität rufen). Die MitarbeiterInnen haben auch den Eindruck, daß durch das Eingreifen in die „offene Szene“ deren Selbsthilfepotential gestört wird: Sie werden oft zum Beatmen gerufen, wenn jemand irgendwo in den Büschen liegt, ohne daß vorher abgeklärt wurde, ob es sich um eine Überdosis handelt oder nicht. Die Idee, den DrogenkonsumentInnen Erste-Hilfe-Kurse mit dem Beatmungsgerät anzubieten, kann aus zeitlichen Gründen nicht realisiert werden. Auch die geplante Einbeziehung der BenutzerInnen in die Arbeit im Betrieb scheitert an administrativen Hindernissen: BenutzerInnen boten an, gegen Bezahlung gebrauchte Spritzen im Park einzusammeln. Da kein Geld für die Bezahlung dieser Dienstleistung im Budget vorgesehen ist, muß der Versuch – trotz seines Erfolgs – nach einer knappen Woche wieder eingestellt werden.

Schwierigkeiten bereiten zunehmend „unbekannte“ Symptome bei Überdosen: Das Zucken und Zappeln der Leute trotz Atemstillstand macht das Beatmen schwierig; oft bestehen Unsicherheiten über den konsumierten Stoff (bzw. die (Bei-)Mischungen). Dies wiederum bedeutet auch Unsicherheit darüber, ob die Sanität gerufen werden soll oder nicht.

Den Betrieb beeinträchtigen auch die Freier, die sich z.T. nicht nur in unmittelbarer Nähe, sondern auch in der Anlaufstelle selbst aufhalten und in erster Linie die Mitarbeiterinnen ärgern.

Daß die Stimmung in der Szene – und damit auch in der Anlaufstelle – zunehmend hektisch und gewalttätig wird, können die MitarbeiterInnen zwar rational dem Kokain- und Cocktaillkonsum zuschreiben. Das allabendliche Aushalten dieser Stimmung zerrt aber doch oft an den Nerven.

Die MitarbeiterInnen haben zudem den Eindruck, daß sich der Allgemeinzustand der DrogenkonsumentInnen trotz der Anlaufstelle(n) verschlechtert.

Mitte Juni wird die Milchbar wieder eröffnet. Auch der Termin für die Eröffnung der Anlaufstelle Nägeligasse 3e ist nun bekannt: Es wird der 19. Juni 1990 sein.

Am 13. Juni 1990 beschließt der Gemeinderat, den Fixerraum der Anlaufstelle auf der Kleinen Schanze ab Ende Juni zu schließen. Diese Entscheidung gibt er auf der Pressekonferenz der Stiftung Contact zur Eröffnung der Anlaufstelle Nägeligasse 3e offiziell bekannt. Der stellvertretende kantonale Fürsorgedirektor bittet den Gemeinderat, diese Entscheidung zurückzunehmen. Auch die Mehrheit des Stadtrats fordert den Gemeinderat auf, seine Entscheidung zu überdenken. Nach Gesprächen zwischen Berner Stadt- und Kantonsbehörden teilt der Gemeinderat mit, er werde seine Entscheidung „nochmals diskutieren“. Nach dieser Diskussion hält er aber weiterhin daran fest. Die Stiftung Contact ihrerseits will die Rechtsmittel gegen die Verfügung des Gemeinderats ausschöpfen und beim Regierungsstatthalter eine Beschwerde einreichen. „Sollte der Regierungsstatthalter die Beschwerde gegen die Schließung des Fixerraums abweisen, wird auch die Anlaufstelle geschlossen.“ („Der Bund“, 19.7. 90)

Auch wenn die Anlaufstelle geschlossen wird, „will das Contact ab Mitte August neben der Anlaufstelle eine Art Kiosk einrichten, wo Fixer gebrauchte gegen neue Spritzen umtauschen können (laut Contact-Leiter Huber hat der Gemeinderat diese Maßnahme begrüßt: der Kiosk soll auch dann eingerichtet werden, wenn die Anlaufstelle geschlossen wird).“ („Der Bund“, 19.7. 90)

Am 15. August 1990 wird der zur „Entlastung“ der Anlaufstelle und zur Verminderung der herumliegenden gebrauchten Spritzen schon seit längerer Zeit geplante Spritzenumtauschkiosk eröffnet.

Am 16. August 1990 werden Anlaufstelle und Fixerraum geschlossen, da der Regierungsstatthalter der Beschwerde die aufschiebende Wirkung abgesprochen hat.

„Nach der Schließung von Anlaufstelle und Fixerraum (...) habe die Polizei nun 'die Möglichkeit, schrittweise Maßnahmen zu ergreifen, um die offene Drogenszene auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.' Dies erklärte Polizeidirektor Marco Albisetti gestern dem 'Bund'.“ („Der Bund“, 17. 8. 90)

Die Gassenküche der Jugendkonferenz führt ihr Angebot trotz Schließung der Anlaufstelle bis Ende November 1990 weiter. Der Spritzenumtauschkiosk wird am 9. Nov. 1990 von der Stiftung Contact geschlossen. Bis Ende November übernimmt die Gassenküche auch die Spritzenabgabe. Bis zum 30. Nov. 1990 stehen die leeren Container der Anlaufstelle und des Kiosks auf der Kleinen Schanze. Am 30.11.90 werden Container und Zelt von der Polizei weggeräumt. Die „offene Szene“ trifft sich auf der Terrasse vor dem Bundeshaus (Parlamentsgebäude), 200 Meter von der Kleinen Schanze entfernt.

6. Die Anlaufstelle Nägeligasse 3e

6.1. Planung und Entstehung

(Wegen der Gleichzeitigkeit der Ereignisse ergeben sich Wiederholungen der Geschichte der Anlaufstellen Münstergasse 12 und Kleine Schanze)

Da die Anlaufstelle Münstergasse 12 permanent überlastet ist, beschließt der Stiftungsausschuß der SCB im Sommer 1987, zur Entlastung eine zweite Anlaufstelle zu fordern. Er stellt ein Finanzierungsgesuch für die Projektierung an die Fürsorgedirektion der Stadt Bern. Dieses Gesuch wird im Januar 1988 vom Gemeinderat bewilligt. Die Projektierung der zweiten Anlaufstelle beginnt im Juli 1988. Als Hauptschwierigkeit erweist sich die Raumsuche: Überall wird zwar Verständnis für die Notwendigkeit einer zweiten Anlaufstelle signalisiert, gleichzeitig aber auch ein deutliches „Nicht-bei-uns“ vermittelt. Bereits im August besteht ein Grobprojekt für die zweite Anlaufstelle. Es orientiert sich stark am Betrieb der Münstergasse 12; jedoch wird der Bereich „Überlebenshilfe“ erweitert durch ein Mahlzeitenangebot sowie durch Dusche, Waschmaschine und Tumbler.

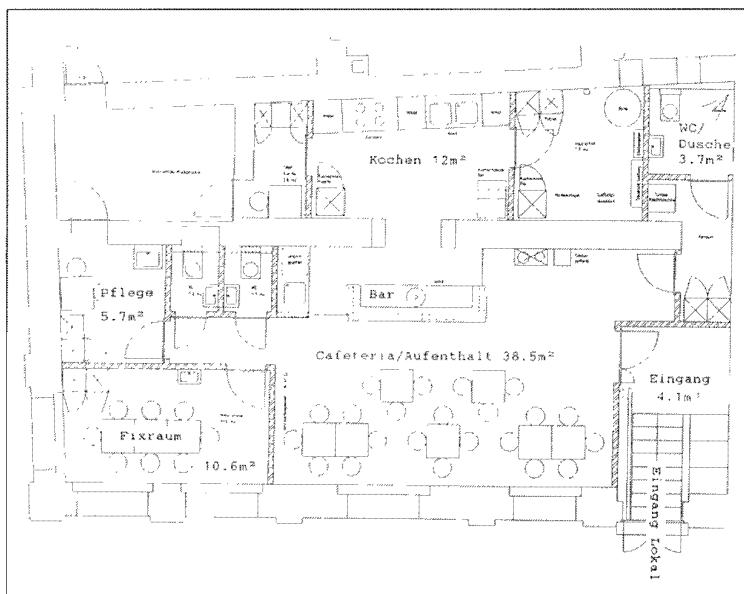
Dank der Hilfe des Jugendamtsvorstehers wird auch eine Räummöglichkeit gefunden: der Keller einer städtischen Liegenschaft an der Nägeligasse 3e. Ob schon nahe der Stadtpolizei gelegen, erscheint der Ort wegen seiner Nähe zur Münstergasse günstig. Ende August 1988 wird das Grobkonzept zusammen mit dem Mietgesuch für den Keller beim Gemeinderat eingegeben. In der nachfolgenden Wartezeit (der Gemeinderat wird erst acht Monate später über das Mietgesuch entscheiden) wird das Konzept Contact-intern diskutiert und überarbeitet. Im Oktober 1988 nimmt der Stiftungsrat grundsätzlich dazu Stellung: Die Stiftung ist bereit, die Trägerschaft für die zweite Anlaufstelle zu übernehmen und billigt das Grobkonzept.

„Der Gemeinderat der Stadt Bern befürwortet grundsätzlich die Einrichtung einer zweiten Fixer-Anlaufstelle in der Berner Innenstadt (...). An seiner letzten Sitzung hat er die Notwendigkeit einer solchen Institution, die den Betrieb an der Münstergasse entlasten würde, nicht in Frage gestellt. Nach einigen weiteren Abklärungen will er voraussichtlich im März definitiv darüber entscheiden.“ („Der Bund“, 3. 2. 89)

Die definitive Entscheidung fällt allerdings dann erst im Mai 1989: „Als der Gemeinderat schließlich im Mai entschied, die Räumlichkeiten an der Nägeligasse 3e für eine Anlaufstelle zur Verfügung zu stellen, war dies keine zweite Anlaufstelle, sondern lediglich der Ersatz für die zwischenzeitlich gekündigte Münstergasse 12.“ (SCB-Jahresbericht 1989)

Auflage bei der Bewilligung des Mietgesuchs: Öffnung der Anlaufstelle erst ab 18.30 Uhr abends. Voraussehbar ist, daß damit die Nägeligasse 3e als wiederum einzige Anlaufstelle mit FixerInnenraum mit denselben Schwierigkeiten zu kämpfen haben wird wie die Münstergasse 12.

Bezüglich zweier Anlaufstellen in der Innenstadt scheint sich der Gemeinderat nun nicht mehr ganz so im klaren zu sein: „(...) hält der Gemeinderat eine zweite Anlaufstelle für Drogenabhängige weiterhin für wünschenswert. Ihr Standort müsse jedoch so gewählt werden, daß es nicht zu einer Konzentration komme: gesucht sei deshalb in erster Linie eine Lokalität außerhalb der Altstadt.“ (Zeitung „Berner Tagwacht“, 13.5.89)



Grundriß Nägeligasse



Fixraum Nägeligasse

Ab Juni 1989 werden das Konzept angepaßt und der Umbau geplant, im August Umbaugesuch und Projekt an die kantonale Fürsorgedirektion eingegeben. Da bereits seit April 1989 auch ein Projekt für eine Anlaufstelle auf der Kleinen Schanze im Gespräch ist, soll dem Großen Rat (Kantonsparlament) ein Gesamtpaket von Fr. 2 Mio. für beide Anlaufstellen eingegeben werden. Dank riesigem verwaltungsinternen Einsatz kommt das Geschäft im November 1989 im Großen Rat zur Abstimmung und wird dort mit großer Mehrheit bewilligt. Der Antrag des städtischen Polizeidirektors, daß der Betrieb eines Fixerraums auf der Kleinen Schanze erst nach Rücksprache mit der Stadt Bern aufgenommen werden dürfe, wird abgelehnt: „Süchtige brauchen etwas Besseres als das billigste Pissoir der Stadt.“ („Berner Zeitung BZ“, 22. 11. 89)

Mitte Dezember 1989 beginnen die Umbauarbeiten, wie schon bei der Münstergasse 12 gemeinsam mit Leuten aus der „Szene“. Da im Konzept das „Überlebenshilfeangebot“ u.a. durch die Abgabe einer warmen Mahlzeit ergänzt wurde, wird eine gewerbliche Küche eingebaut. Wegen verschiedener Auflagen, v.a. von seiten des Lebensmittelinspektorats (Lüftung und Toiletten), verzögert sich der ursprünglich auf drei Monate geplante Umbau bis Mitte Juni. Parallel zum Umbau laufen Informationsgespräche mit der Nachbarschaft sowie Personalsuche.

Fast auf den Tag genau vier Jahre nach der Eröffnung der Anlaufstelle Münstergasse 12 wird am 19. Juni 1990 die Anlaufstelle Nägeligasse 3e eröffnet.

6.2. Betrieb ab Juni 1990

Öffnungszeiten: Juni bis Oktober 1990 Dienstag bis Freitag, jeweils 18.30 bis 22.00 Uhr; Oktober bis Mitte November Dienstag bis Samstag, Mitte November bis Ende 1990 Dienstag bis Sonntag und seit Januar 1991 wieder wie ursprünglich Dienstag bis Freitag, 18.30 bis 22.00 Uhr (Öffnung erst ab 18.30 Uhr, d.h. nach Büro- und Ladenschluß, als Auflage der Stadt).

Angebot: FixerInnenraum mit acht Plätzen, übliches Materialangebot (Spritzen usw.), Bar/Aufenthaltsraum mit Eßgelegenheit, Dusche, Waschmaschine, Tumbler, Pflegedienst im Pflegeraum.

„Ein Team von je drei Betreuer(innen) und einem Koch bzw. einer Köchin sind für Beratung, Information, Pflegedienst, Abgabe von Spritzen und Kondomen besorgt. Gegen fünf Franken erhalten die Drogenabhängigen eine warme Mahlzeit.“ („Der Bund“, 19. 6. 90)

Betrieb: Von Anfang an läuft der Betrieb in der Nägeligasse 3e recht ruhig: Pro Abend besuchen zwischen 15 und 20 Leute die Anlaufstelle. „Das bislang warme Wetter und der Standort nahe der Stadtpolizei halten Konsumenten wie Kleindealer von der Nägeligasse fern.“ („Berner Zeitung BZ“, 27. 10. 90) Zudem sei für viele Leute der Weg von der „Szene“ auf der Kleinen Schanze bis in die Nägeligasse zu weit.

Mitte November ändert sich das: Die Nägeligasse 3e erweitert die Öffnungszeiten und ist außer Montag jeden Abend offen. „Für dieses erweiterte Angebot der Stiftung Contact macht Hans Peter Wermuth, Projektleiter der Nägeligasse, geltend, daß in den letzten Wochen deutlich mehr Fixerinnen und Fixer an die Nägeligasse gekommen seien als vorher. Als Grund nennt Wermuth das kalte und nasse Wetter.“ („Berner Zeitung BZ“, 19.11.90)

Mit ein Grund mag auch sein, daß außer der Gassenküche auf der Kleinen Schanze sämtliche Angebote eingestellt worden sind und die ersten Räumungsgerüchte kursieren.

Als am 30.11.90 die Kleine Schanze geräumt wird, spielen weder Wetter noch Nähe zur Stadtpolizei mehr eine Rolle: „Als Folge dieser Treibjagd drängten sich am Samstagabend die Drogenabhängigen in die Anlaufstelle Nägeligasse. 'No deal' heißt es an der Eingangstüre zur Anlaufstelle. Im Treppenhaus herrschte am Samstagabend dichtes Gedränge... Auch der Aufenthaltsraum ist überfüllt. Nicht nur im Fixerraum wird gefixt, in jeder Ecke setzten sich Menschen einen Schuß. Die Anlaufstelle ist nicht mehr Anlaufstelle, sondern Aufenthaltsort der offenen Szene. Für das Contact-Team der Nägeligasse (gemeint ist das Lokal – Anm.d.V.) ist es unter solchen Umständen unmöglich, ihre Aufgabe zu erfüllen. Statt die Drogenabhängigen zu betreuen, müssen sie Polizei spielen.“ („Berner Tagwacht“, 3. 12. 90)

Knapp zwei Wochen später: „In der Anlaufstelle Nägeligasse... ist die Lage weiterhin prekär... Das völlig überlastete Team hat von den Verantwortlichen des Contact die Kompetenz erhalten, die Anlaufstelle zu schließen, wenn es gar nicht mehr geht.“ („Die Wochenzeitung WoZ“, 14.12.90)

Bis zu 70 Personen halten sich allabendlich in der Anlaufstelle auf, rund 100 stehen draußen auf der Strasse. Einziger Vorteil der Situation in diesem Moment in der Anlaufstelle: Endlich ist das unbürokratische und unkomplizierte bezahlte Einbeziehen von BenutzerInnen in den Betrieb möglich. Täglich arbeiten mehrere Junkies in der Anlaufstelle mit.

Am 6. 2. 91 findet die erste Razzia in der Nägeligasse statt, am 14. 2. bereits die zweite, am 20.2. die dritte. Die Polizei geht nicht ins Lokal, weil sie der Meinung ist, das Team hätte dafür zu sorgen, daß dort nicht mit Drogen gehandelt wird. „Diese Aufgabe wird ihnen allerdings durch die Polizeikontrollen noch erschwert, da sie die Dealer geradezu in die 'sichere' Anlaufstelle hineintreiben dürften.“ („Berner Tagwacht“, 8.2.91) Das Team überlegt sich, Zulassungsbeschränkungen für das Lokal einzuführen.

7. Zusammenfassung

Hauptvorteile der Anlaufstellen mit FixerInnenräumen

1. für die BenutzerInnen:

- sauberes, relativ streßbares Fixen inkl. Information über sichereren Gebrauch, diesbezügliches Material etc.,
- Treffpunkt mit mehr Ruhe als in der „offenen Szene“ (weniger Polizeikontrollen),
- Informationsmöglichkeiten über Stoffqualität und andere wichtige Themen wie z.B.: Wer fehlt weshalb? (Knast, Entzug?) Wo gibt es...? Wer hat...?
- Kontakte/Gespräche/Beziehungen mit NichtfixerInnen (Personal);

2. für die MitarbeiterInnen:

- „neuer“ Arbeitsansatz (akzeptierende Arbeit), anderer Umgang mit und anderer Zugang zu Junkies,
- Kontakte/Gespräche/Beziehungen mit FixerInnen im Alltag (und nicht nur in Beratungs- oder Betreuungssituationen),

- direktere Auseinandersetzung mit dem sog. Drogenproblem sowie mit eigenen Vorurteilen, Ängsten und Grenzen.

Hauptschwierigkeiten:

„Wir stellen uns immer wieder die Frage, ob die Anlaufstelle und ihre Publizität Auswirkungen auf die offizielle Drogenpolitik zeitigen, oder ob sie eher eine Alibifunktion hat, die dazu dient, bestehende Verhältnisse zu zementieren. Auch wenn der Betrieb einer Anlaufstelle im bestehenden gesetzlichen Rahmen (BetMG) legal geführt werden kann, muß die Forderung nach einer Änderung der Gesetzgebung aufrechterhalten werden. Heute geht unter dem Deckmantel der Toleranz gegenüber einem (relativ straff geführten) Betrieb wie der Müga 12 die Repression gegen DrogengebraucherInnen auf der Gasse ungehindert weiter. Deshalb rufen wir die Behörden von Stadt, Kanton und Bund weiterhin auf, an der Drogenfront abzurüsten... Die Bandbreite der Realitäten von gezielten Polizeiaktionen gegen DrogengebraucherInnen bis hin zur Duldung einer großangelegten Drogengeldwaschaffäre bereitet uns BetreiberInnen der Anlaufstelle Münsterergasse 12 einigermaßen Schwierigkeiten.“ (SCB-Jahresbericht 1988)

Zu diesen – m.E. heute noch mehr als damals bestehenden – grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Überwindung politischer Widersprüche kommen sicher auch Probleme in der täglichen Arbeit: „Wir stellten eine massive Zunahme von BenützerInnen fest... Die eigentlichen Aufgaben konnten wegen des Platzmangels und den nach wie vor zu kurzen Öffnungszeiten (sehr große Hektik) schlecht wahrgenommen werden. Konkret: Wir hatten vor allem Aufsichts- und Ordnungsdienste zu leisten.“ (SCB-Jahresbericht 1989)

Ordnungsfunktion heißt v.a. die dauernde Konfrontation mit dem Deal, resp. das Rauswerfen von Dealern. (Ob eine Zulassung des Detailhandels in den Anlaufstellen die Situation erleichtern würde, sei dahingestellt – Anm. d. V.)

Die Tendenz zur Medizinalisierung in der Arbeit der Anlaufstellen fällt v.a. auf der Kleinen Schanze auf: Für den Pflegedienst steht ein Extra-Räumchen mit Extra-Personal zur Verfügung, hingegen gibt es für die SozialarbeiterInnen keine Möglichkeit, irgendwo in Ruhe ein Gespräch zu führen. Gespräche und soziale Kontakte müßten vor Aufsichts- und Ordnungsfunktionen stehen. Es ist sicher auch Sache der SozialarbeiterInnen, ihre fachlichen Inhalte vermehrt einzubringen und zu verteidigen.

Mit der Diskussion über die (ärztlich) kontrollierte Drogenabgabe sowie der Tendenz, DrogenkonsumentInnen nicht mehr als „Kriminelle“, dafür aber als „Kranke“ zu betrachten und zu behandeln, wird allerdings der Trend zur Medizinalisierung weitergeführt.

Daß die Bewältigung der Widersprüche zwischen Alltag und Politik zu Schwierigkeiten in der Arbeit führt, scheint auch Berns Polizeidirektor bewußt zu sein: „Der Polizeidirektor bekräftigt... die Ansicht, daß es eine behördliche Duldung der offenen Szene nicht geben dürfe – auch wenn dies die Arbeit der Betreuer erschwere.“ („Der Bund“, 19.12.90) Die Frage, ob Anlaufstellen nicht doch in erster Linie dazu mißbraucht werden, die Vertreibung der „offenen Szene“ zu erleichtern, bleibt weiterhin offen.

8. Perspektiven

Nach der Schließung der Anlaufstelle auf der Kleinen Schanze kommt die Stiftung Contact zum Schluß, daß „offene Szene“ und Anlaufstellen räumlich getrennt sein sollen, um Überlastung und Überforderung der Anlaufstellen zu vermeiden. Eine vom Gemeinderat eingesetzte Arbeitsgruppe sucht denn auch Räume in bestehenden Gebäuden abseits von der Kleinen Schanze und listet Anfang September in einem Bericht an den Gemeinderat 16 mögliche Standorte für eine zweite Anlaufstelle auf: unter anderem zwei Wohnhäuser an der Murtenstrasse, in der Nähe des Inselspitals.

Ab jetzt scheint sich die Geschichte zu wiederholen: „In einem Gespräch mit einer Delegation des Contact hat der Gemeinderat gestern zugesichert, die Eröffnung einer zweiten betreuten Drogen-Anlaufstelle habe (‘um die Anlaufstelle Nägeligasse wirksam zu entlasten’) erste Priorität. Als Ort dieser Anlaufstelle ist die stadteigene Liegenschaft Murtenstrasse 26 vorgesehen.“ („Der Bund“, 6. 12. 90) Die Eröffnung der Anlaufstelle (nach Umbau- und Einrichtungsarbeiten) ist für den Frühling 1991 vorgesehen.

In der Presse Mitte Januar 1991 heißt es: „Die geplante zweite Anlaufstelle mit Fixerstübli an der Murtenstrasse soll laut (Fürsorgedirektor) Baumgartner wenn möglich in diesem Sommer eröffnet werden.“ („Berner Zeitung BZ“, 12.1.91)

Bereits melden sich kritische Stimmen aus der Nachbarschaft...

Eines hingegen ist schon Mitte Dezember 1990 klar: „Nun sei es wichtig, daß so rasch als möglich die zweite Anlaufstelle an der Murtenstrasse in Betrieb genommen wird. Dort könne sich nach heutiger Beurteilung übrigens keine offene Szene bilden.“ („Der Bund“, 19.12.90)

Anmerkungen

- 1) Fixerräume = FixerInnenräume = Fixräume
- 2) „Untersteht oder unterzieht sich der Täter wegen Konsums von Betäubungsmitteln einer ärztlich beaufsichtigten Betreuung, so kann von einer Strafverfolgung abgesehen werden. Das Strafverfahren wird durchgeführt, wenn sich der Täter der Betreuung oder der Behandlung entzieht.“

ANLAUFSTELLE MIT FIXERRAUM (FIXERCAFÉ) IN BERN/SCHWEIZ

Robert B. Hämmig

Seit Sommer 1986 werden in Bern Anlaufstellen mit Fixerräumen (AST) betrieben. Die heute in der Nägeligasse 3e befindliche Anlaufstelle ist die dritte: Sie löste die auf der Kleinen Schanze ab, welche wiederum die Nachfolgerin der in der Münstergasse gelegenen war. Wenn auch ursprünglich nicht so geplant, so sind diese Stellen bis heute der wichtigste Pfeiler der Überlebenshilfe und AIDS-Prävention für Fixer in Bern. Die Stellen haben eindeutig positive Effekte, zeigen aber durchaus auch Nachteile. Beides läßt sich zum heutigen Zeitpunkt nur schlecht belegen, da die wissenschaftlichen Untersuchungen dazu noch fehlen.

Anfänglich war das Klima unter den BetreiberInnen eher wissenschaftsfeindlich. Zudem fehlte das Geld, um die Untersuchungen durchzuführen. In der letzten Woche der Laufzeit der Münstergasse, im Januar 1990, konnte erstmals eine einfache Datenerhebung stattfinden. Sie wird derzeit noch ausgewertet. Die Untersuchung ist vorwiegend eine demographische Erhebung unter den BenutzerInnen der Stelle. Die Untersuchung wurde in der letzten Öffnungswoche der AST auf der Kleinen Schanze wiederholt (August 1990). Mittlerweile wurde mit einer weitergehenden Evaluation der Anlaufstellen begonnen, die auch das Umfeld einbezieht. Von diesen Untersuchungen sind im Laufe 1991 erste Ergebnisse zu erwarten.

Der folgende Bericht ist deshalb sehr subjektiv und entspricht nur der aktuellen Meinung des Autors. Diese ist geprägt durch die Erfahrungen, die er bei der Mitarbeit in allen drei ASTs gesammelt hat.

Das Konzept

Das Konzept der AST scheint heute immer noch wegen des Fixerraumes revolutionär. Anlaufstellen ohne Fixerraum gibt es auch anderswo (Perron 0 in Rotterdam, Kontakt- und Anlaufstellen in Zürich und viele andere). In all diesen Stellen ergibt sich immer wieder das Problem, daß trotz Verbots heimlich gefixt wird. Das Fixen stellt einen sehr zentralen Punkt im Leben von FixerInnen dar. Für jemanden, der abhängig ist, ist dies in der betreffenden Lebensphase sogar der Hauptlebensinhalt. Will man diesen Leuten akzeptierend begegnen, muß auch ihr Fixen akzeptiert werden. Dies ist der Grund, weshalb in Bern von professioneller Seite mit aller Vehemenz am Fixerraum festgehalten wird.

Die Beziehungen der MitarbeiterInnen aller Abteilungen der Stiftung Contact zu ihren Betreuten sind heute viel ehrlicher als früher. Die FixerInnen

wissen, daß wir Einblick in ihre Nöte gewonnen haben, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen. Sie fühlen sich weniger verpflichtet, uns bezüglich ihres Drogenkonsums etwas vorzuspielen.

Die Anlaufstellen bestehen nicht nur aus einem Fixerraum. Es gibt auch andere Räume und Angebote, die aus professioneller Sicht ebenso wichtig sind.

Das Konzept einer AST sieht folgendermaßen aus:

- Die AST bietet den Junkies einen Raum an, in dem ihnen erlaubt ist, sich aufzuhalten und in dem sie nicht gezwungen sind, wie in einem normalen Restaurant zu konsumieren.
- Die AST hat eine Bar, in der Speisen und alkoholfreie Getränke erhältlich sind.
- Saubere Nadeln und Spritzen sowie Kondome sind für alle gratis. Faltblätter mit Instruktionen zum sichereren Drogengebrauch, sichereren Sex und richtigen Gebrauch von Kondomen werden ausgelegt.
- Die AST wird von Professionellen der Sozialarbeit geführt, die in der Lage sind, die FixerInnen zu beraten.
- In einem zweiten Raum, dem eigentlichen Fixerraum, der oft auch liebevoll „Fixerstübli“ genannt wird, wird der intravenöse Konsum von Drogen toleriert. Der Konsum soll dort in einer möglichst streßarmen Art möglich sein. Streßarm bedeutet, daß genügend Zeit vorhanden sein soll, um die Drogen durch das Einspritzen von einer vorerst nur kleinen Menge testen zu können. Die Junkies werden angehalten, sich über die Stärke des Stoffes auszutauschen.
- Sicherer Drogenkonsum wie „Chinesen“ soll gefördert und unsichere Techniken wie Spritzentausch sollen verhindert werden.
- Beim intravenösen Drogenkonsum muß die Hygiene um vieles besser sein als in irgendeiner öffentlichen Toilette.
- Krankenpfleger und Krankenschwestern bieten – an bestimmten Tagen verstärkt durch einen Arzt – einen Pflegedienst an. Die Aufgaben dieses Gesundheitsdienstes sind Triage, Verbandswechsel, Behandlung von Abszessen, Beratung u.ä.
- Alle MitarbeiterInnen sind in lebensrettenden Sofortmaßnahmen geschult und in der Lage, Erste Hilfe zu leisten.

Die AST ist derzeit an vier Tagen für dreieinhalb Stunden geöffnet. Seit 1986 hatten die ASTs nie länger als fünf Stunden pro Tag geöffnet. Trotzdem wird immer wieder versucht, diesen Stellen die Schuld an der Existenz einer offenen Drogenszene zuzuschreiben. Die AST ist heute nur deshalb an lediglich vier Tagen geöffnet, weil wir nicht genügend Personal haben. Geplant ist, die Öffnungszeiten auf sechs Tage zu erweitern. Montag soll weiterhin Ruhetag bleiben.

Wirkungen

Die Reaktionen auf die AST lassen sich einfach zusammenfassen: von den FixerInnen geschätzt, von den AnwohnerInnen als Zumutung empfunden. Wir müssen feststellen, daß von außen immer nur die Probleme, nicht aber die Angebote der Anlaufstellen wahrgenommen werden.

Die Probleme waren und sind bei allen drei Stellen ähnlich. Die AST in der Münstergasse lag in einem Altstadtviertel mit kleinen Ladengeschäften und „Yuppie“-Wohnungen in den oberen Stockwerken. Die allabendliche Ansammlung der offenen Drogenszene vor der AST machte das Heimkehren der Anwohner zum Spießrutenlauf. Des weiteren störte der Lärm, der dann entsteht, wenn sich an die 200 Leute lauthals unterhalten und zum Teil wegen irgendwelcher Differenzen losbrüllen. Bei der AST auf der Kleinen Schanze war die nähere Nachbarschaft ein Villenviertel. Die Bewohner waren schon aufgrund früherer Erfahrungen mit einem autonomen Jugendzentrum gebrannte Kinder. In den Auseinandersetzungen mit den BenutzerInnen dieses Zentrums griff einer der Anwohner sogar zur Schußwaffe. Dementsprechend waren sie gewappnet für den Kampf gegen die AST. Die Hauptbelastung stellte für die Anwohner der nächtliche Autoverkehr dar, der vorwiegend von den Freiern stammte, die auf der Suche nach Sex mit einer Drogenprostituierten waren. Daneben fanden sich auch immer wieder diverse Abfälle in den Vorgärten, insbesondere öfters blutige Spritzen. Die an und für sich privilegierte Wohnlage wurde so zu einem Alptraum.

In der Nachbarschaft der neuen AST in der Nägeligasse gibt es kaum Wohnbevölkerung. In direkter Nachbarschaft befinden sich der politische Nachrichtendienst der Polizei, die Sanitätspolizei, das Arbeitsamt und der Sozialdienst der Stadt Bern. Etwas weiter weg sind verschiedene Schulen und kirchliche Versammlungslokale. Im übrigen ist die Nägeligasse eine unattraktive städtische Durchgangsstraße. Die Hauptimmission besteht derzeit in einer übermäßigen Verunreinigung der Straße innerhalb der wenigen Öffnungszeiten am Abend durch weggeworfene Spritzen und Nadeln, durch Zigarettenstummel, Papierfetzen und Erbrochenes (Nebenwirkung der Opiateinnahme!). Die allabendliche Menschenansammlung stört hier nicht in so starkem Maße.

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß die Überbelastung der Umgebung in direktem Zusammenhang mit der Präsenz der Dealer steht. Wenn es in der Umgebung des Lokals keine Möglichkeit gibt, zu Drogen zu kommen, ist die Attraktivität des Lokales für FixerInnen wesentlich geringer.

Gemäß den Rahmenbedingungen, die durch die Weisung der Generalprokurator des Kantons Bern gegeben sind, darf innerhalb des Lokales Dealen nicht geduldet werden. Aufgabe der MitarbeiterInnen ist es deshalb, dieses Verbot durchzusetzen, was häufig sehr schwierig ist. Im Vergleich zu früher treten heute nach unseren Beobachtungen vermehrt nichtabhängige Dealer und Drogenbanden in der Szene auf. Es handelt sich dabei sehr oft um Leute aus den Balkanländern, dem Nahen Osten (Türkei) und dem Mittelmeerraum (inkl. Nordafrika). Da sie den Stoff besitzen, haben sie Macht. Die FixerInnen sind nicht nur vom Stoff abhängig, sondern auch von diesen Dealern. Unseren männlichen Mitarbeitern ist es gerade noch möglich, diese aus dem Lokal zu werfen, wenn sie sich nicht an das Dealverbot halten wollen – unseren Mitarbeiterinnen nicht mehr. Frauen haben sich in den Herkunftskulturen der Dealer nicht in die Geschäfte zu mischen. Eine Zurechtweisung durch Frauen wird somit als schwere Kränkung erlebt.

Im weiteren bringen diese Leute einen in unserem Kulturkreis als sehr unangenehm empfundenen lockeren Umgang mit körperlicher Gewalt in die Szene. Schlägereien und Messerstechereien sind heute beinahe an der Tagesordnung.

Viele der alten FixerInnen, die ihr Leben lang immer wieder krumme Touren gemacht haben, wagen sich heute nicht mehr in unser Lokal, wenn sie die Dealer auch nur von weitem sehen, da sie Angst haben, zusammengeschlagen zu werden.

Nebenbei sei bemerkt, daß auch die Polizei Mühe hat, dem Dealverbot, das im Betäubungsmittelgesetz verankert ist, außerhalb unseres Lokales Achtung zu verschaffen.

Der Kampf mit den Dealerbanden wird gemäß den Erfahrungen aus Holland für das Fortbestehen der Fixerräume existentiell sein. In Holland übernahmen die Dealer vor einigen Jahren die Fixerräume und bestimmten darüber, ob die SozialarbeiterInnen noch geduldet werden oder nicht. Die Räume wurden deshalb geschlossen. Ein sinnvolles Angebot nach unserem Modell kann nur solange aufrechterhalten werden, wie die Professionellen vor Ort das Sagen haben. Wenn die Dealer die Anlaufstelle übernehmen, muß sie auch nach unserer Ansicht geschlossen werden.

Die Rahmenbedingungen waren in den letzten Jahren der Hauptdiskussionspunkt. Von seiten der Polizeileitung wird seit längerem gefordert, daß es keine offene Drogenszene geben darf. Von der Fürsorge- und Gesundheitsdirektion werden die Anlaufstellen mit Fixerräumen befürwortet. Deshalb gibt es heute die mittlere Strategie, daß die Fixer zwar vertrieben, jedoch in und um die AST einigermaßen in Ruhe gelassen werden. Früher hatte in Bern die Vertreibungstaktik immer wieder den „Erfolg“, daß die Szene für eine kurze Zeit nach ihrer Vertreibung unsichtbar wurde. Dies ist nach der letzten großen Aktion am 30.11.90, als die Szene von der Kleinen Schanze vertrieben wurde (nach dem Motto „die Kleine Schanze wieder für alle“), zum ersten Mal nicht mehr geschehen. Die Szene hat sich von Anfang an immer wieder und sofort reorganisiert. Trotz kontinuierlichen Polizeieinsatzes mit einer bisher in Bern noch nie gekannten Konsequenz sind die FixerInnen nie von der Bildfläche verschwunden.

Eine für uns Professionelle negative Folge der Vertreibungstaktik ist, daß die ganze offene Drogenszene Abend für Abend in unsere AST „gedrückt“ wird. Die DrogenbenutzerInnen und wohl auch die Dealer glauben sich in diesem Raum vor der Polizei sicher, was falsch ist. Die Polizei hat ausdrücklich den Auftrag zu kontrollieren, ob die Weisung der Generalprokuratur eingehalten wird. Sie kann jederzeit mit einem Hausdurchsuchungsbefehl ins Lokal hinein. Den Hausdurchsuchungsbefehl zu erhalten, ist für die Polizei kein Problem. Er ist von den Untersuchungsrichtern ohne weiteres zu erhalten.

Schon auf der Kleinen Schanze wurde von seiten der MitarbeiterInnen geklagt, daß eine AST fast nicht zu betreiben ist, wenn sich die ganze offene Szene in einer einzigen AST aufhält. Deshalb wurde bereits vom Team auf der Kleinen Schanze eine gewisse Distanz der AST von der offenen Drogenszene gefordert. Die AST auf der Kleinen Schanze mußte zeitweise ihren Betrieb schließen, weil die Polizei durch ihre Interventionen die Szene unbeabsichtigt in die AST hineindrückte. Auch heute noch ist die Arbeitssituation für die MitarbeiterInnen beinahe unerträglich. In dem kleinen Lokal der AST in der Nägelgasse drängen sich die Leute. Die Luft ist zum Schneiden dick mit Zigarettenschmoke erfüllt. Man kann sich nicht bewegen, ohne an andere Leute zu stoßen. Besonders unangenehm ist dies auch, weil FixerInnen ständig mit irgendwel-

chen Messern hantieren. Eine Mitarbeiterin hat eine Nadelstichverletzung erlitten, weil ein Fixer mit einer blutigen Spritze ohne Schutzkappe in der Hand im Gedränge gegen sie gestoßen wurde.

Als Zeichen des Hausrechts im Lokal ist es wichtig, daß das Lokal von uns geöffnet und auch wieder geschlossen wird. Die MitarbeiterInnen sind angehalten, das Lokal vor der üblichen Zeit zu schließen, wenn der Betrieb überzuborden droht.

Nach unseren Beobachtungen verunsichern Schließungen der AST und Vertreibung der Szene vorwiegend die etwas besser Integrierten. Der harte Kern der Verletzten wird demgegenüber durch diese Maßnahmen weniger direkt beeinflusst.

Wie der Betrieb einer AST aussehen würde, wenn sich nicht die ganze offene Szene in ihr und um sie herum aufhalten würde, haben wir in der Zeit vor dem 30.11.90 erfahren können. Die eigentliche Szene hielt sich auf der Kleinen Schanze auf, und nur wer wirklich vom Angebot der AST Gebrauch machen wollte, fand den Weg zur ca. 1 km entfernten Nägelgasse. Vor dem Räumungsdatum auf der Kleinen Schanze war der Betrieb an der Nägelgasse sehr gemütlich und familiär. Mit den BenutzerInnen konnte individueller Kontakt gepflegt werden. Für die meisten war die AST wirklich der Ort, an dem sie sich vom Gassenstreß erholen, ihre Wunden pflegen lassen, eine warme Mahlzeit zu sich nehmen und ihre Kleider waschen konnten. Die Leute wurden intensiv beraten. Im Fixerraum war es möglich, sich ganz ohne Streß eine Injektion zu machen. Niemand drängte vor der Tür des Fixerraumes nach.

Die Situation heute ist wesentlich anders. Gibt es überhaupt noch positive Effekte der AST? Durch die anstürmenden Massen von FixerInnen ist ein großer Teil der früher individuellen Betreuung verlorengegangen. Es ist nicht mehr möglich, auf eine Person länger und intensiver einzugehen. Gespräche mit Leuten sind immer noch möglich, sie gehen aber, anders als früher in den ASTs in der Münstergasse und auf der Kleinen Schanze, weniger tief. Dafür wird eine große Anzahl Gespräche pro Abend geführt. Die Gespräche bleiben unverbindlicher, sind dadurch weniger verpflichtend. Die Chance dieser Gespräche liegt in der Kontinuität. Da die FixerInnen jeden Abend auf der Szene anzutreffen sind, entstehen durch das regelmäßige Zusammentreffen und Mit-aneinandersprechen dauerhafte Beziehungen zum Betreuungspersonal.

Als wir mit der ersten AST in der Münstergasse begonnen hatten, kamen wir schlagartig mit sehr vielen uns bis dahin unbekanntem FixerInnen in Kontakt. Offensichtlich gab es eine größere Anzahl FixerInnen, die den Weg zu unserer Beratungsstelle nicht fanden, weil das Angebot für sie zu hochschwellig war. Einer heute nicht mehr genauer eruierbaren Zahl gelang der Weg über die AST in eine Beratung und später in eine Therapie. Die Tatsache, daß ihnen die Gesichter der BetreuerInnen von der AST her bekannt waren, erleichterte ihnen den Zugang. Dieser Beziehungsaspekt funktioniert auch heute noch. Will jemand ein intimeres Gespräch führen, steht ihm/ihr der Pflegedienst offen. Beim Verbinden einer Wunde ergibt sich ganz ungezwungen die Gelegenheit, auch über tiefere Probleme zu sprechen (eine verzweifelte junge Frau wollte anläßlich eines solchen Kontakts von mir wissen, ob ich an die Liebe glaube). Durch unser niedrigschwelliges Angebot stehen wir immer noch mit einem großen Teil der lokalen Drogenszene in regelmäßigem Kontakt.

Tagtäglich werden Informationen über Entzugsmöglichkeiten von uns verlangt und vermittelt. Wenn es genügend Stoff gibt, sind solche Gespräche eher möglich, als an Tagen, an denen ihm hektisch nachgerannt wird.

In unserem Pflegedienst können wir in einem separaten Raum kleinere medizinische Behandlungen an Ort und Stelle vornehmen. Von dieser Möglichkeit wird eher Gebrauch gemacht als von der, hierfür ein Spital oder eine Arztpraxis aufzusuchen. Die Abneigung der FixerInnen gegenüber Spitälern beruht auf Gegenseitigkeit. Mehrfach konnten wir in unserem Dienst vorangegangene Spitalbehandlungen erfolgreich fortführen.

Durch das Angebot lebensrettender Sofortmaßnahmen konnte viel Schaden verhindert werden. Sicherlich wurde nicht jedesmal, wenn bei jemandem wegen Überdosierung ein Atemstillstand eintrat, durch unsere Beatnungsmaßnahmen ein Leben gerettet. Wesentlich wichtiger dürfte die Verhinderung von hypoxischen Hirnschädigungen sein. Um dies noch besser zu gewährleisten, werden wir in nächster Zeit die Beatmung mit Sauerstoff einführen. Betroffene sollen dadurch schneller aus dem Zustand der Hypoxie geholt werden können. In der Schlußphase unserer Angebote auf der Kleinen Schanze war eine deutliche Zunahme der Überdosen zu verzeichnen. An einem „Rekordabend“ wurden unsere Leute zwölfmal notfallmäßig zu Beatmungen von Überdosierten gerufen. Inwiefern die beobachtete Sorglosigkeit gegenüber dem Stoff und den Überdosen durch unser Angebot, Überdosierte zu beatmen, gefördert wurde, können wir nicht beurteilen. Einen Einfluß hatte sicherlich u.a. das veränderte Stoffangebot. Insbesondere haben der Kokain- und der Rohypnolkonsum in der Beobachtungszeit zugenommen.

Mittlerweile ist in der Drogenszene weit über die Grenzen von Bern hinaus bekannt, daß wir Spritzen gratis und in beliebiger Menge abgeben. Die Spritzenversorgung ist, soweit uns aus der Szene mitgeteilt wird, derzeit gut. Im Normalfall hören wir keine Berichte über Spritzentausch unter den FixerInnen. Nach dem 30.11.90, als die Kleine Schanze von FixerInnen „gesäubert“ wurde, trat ein kleiner Versorgungsengpaß auf, was sofort dazu führte, daß wieder Spritzen untereinander weitergegeben wurden. Nicht befriedigend bei unserem Versorgungssystem ist, daß die gebrauchten Spritzen heute in der ganzen Stadt herumliegen. Zu vielen FixerInnen ist es gleichgültig, daß von den gebrauchten Spritzen und Nadeln eine für andere schwierig einzuschätzende HIV-Infektionsgefahr ausgeht. Spritzen werden oft wie Zigarettenstummel auf den Boden geworfen. Um unsere AST herum werden deshalb vom Personal jeden Abend nach 22.00 Uhr Berge von Zigarettenstummeln und leeren Zigarettenpackungen, Spritzen und Nadeln sowie Alkoholtupfer und deren Verpackungen entsorgt. Diese Wegwerfmentalität ist Ausdruck einer nicht nur unter FixerInnen weitverbreiteten Haltung gegenüber öffentlichen Einrichtungen.

Während wir bezüglich Spritzen und Nadeln beobachten können, daß sie größtenteils bestimmungsgemäß benutzt werden, sind wir bei den Präservativen naturgemäß nicht so sicher.

Seit den frühen Tagen der ersten AST in der Münstergasse können wir beim Drogenkonsum in den Fixerräumen keine Techniken mehr beobachten, die eine Gefahr der Übertragung von Hepatitisviren (HBV, HCV, Delta-Virus) und HIV beinhalten. Über die AST ist es gelungen zu vermitteln, wie „safer drug use“

aussehen muß. Hinsichtlich der in der AST benutzten Spritzen stellt auch die Entsorgung kein Problem dar, da sie in die bereitstehenden stichfesten Behälter geworfen werden.

Zusammenfassung

Wenn auch die Rahmenbedingungen von einem Idealzustand weit entfernt sind, so ist das Angebot einer Anlaufstelle mit Fixerraum doch ein sinnvolles Angebot der niedrigschwelligen Drogenarbeit. Es bringt eine große Anzahl von Drogenabhängigen mit der professionellen Drogenarbeit in Kontakt, gerade solche, die den Weg in die Drogenberatung sonst nicht so leicht finden. Die Angebote des Pflegedienstes und der Mahlzeitservice können direkt eine gewisse Linderung des desolaten Zustands bringen. Durch konsequente Hilfe bei Überdosierungen werden Todesfälle und hypoxische Hirnschädigungen verhindert.

Die Gratisabgabe von Spritzen und Nadeln sowie Kondomen ist in erster Linie als AIDS-präventive Maßnahme anzusehen. Da dies sehr szenenah geschieht, erreichen wir damit die meisten FixerInnen. Dringend notwendig wäre die Entflechtung von offener Drogenszene und Anlaufstelle, wenn das Angebot über längere Frist aufrechterhalten werden soll. Dringend nötig wäre zusätzlich seit Jahren eine Entlastung durch eine zweite Anlaufstelle. In der jetzigen Situation sind die Arbeitsplätze für die MitarbeiterInnen eine Zumutung. Durch die Rahmenbedingungen, die stark von den polizeilichen Aktivitäten geprägt sind, ist die Durchführung eines geordneten Betriebs immer wieder Glückssache.

DAS BASLER FIXERSTÜBLI – GESCHICHTE UND ERFAHRUNGEN DES VEREINS V.I.R.U.S. MIT DEM „FIXERSTÜBLI LUCKY“

Heinz Forster

Teil 1: Das Projekt

Vorgeschichte

Das Basler Fixerstübli ist nicht das Resultat einer langwierigen Planung innerhalb eines ungezähnte Male neuverfaßten Konzepts, sondern entstand spontan aus dem Bedürfnis heraus, innerhalb einer verworrenen drogenpolitischen Situation Zeichen zu setzen: einerseits sollten die zuständigen Politiker und Verbalexperten mit einer praktischen Aktivität konfrontiert werden, andererseits wollten wir etwas gegen das Sterben auf der Gasse unternehmen.

Ausgangslage

Die etablierten Hilfsorganisationen sind auf die abstinenzwilligen FixerInnen ausgerichtet. Wer den Willen zum Entzug (noch) nicht hat, fällt durch die Maschen des Sozialnetzes. Die von vielen PolitikerInnen geforderte Zwangstherapie Drogenabhängiger hinkt schon im Denkansatz: der Erfolg von Entzugstherapien steht und fällt mit dem Willen der Therapierten. Viele DrogenkonsumentInnen erreichen jedoch das Alter, in dem der Entzugswille stark genug wäre, nie – sie sterben vorher. Drogenabhängige machen die Erfahrung, daß sie von der sogenannten normalen Welt dauernd mit der Abstinenzforderung konfrontiert werden, sei es bei der Wohnungssuche, auf dem Arbeitsmarkt oder bei der Hilfestellung in persönlichen Problemlagen. Eine Forderung, die es bei anderen, „legalen“ Süchten nicht gibt. Ein letztendlich gesundheitspolitisches Problem wird von der Moralvorstellung der „Normalen“ mittels Repressionspolitik zu einem Kriminalitätsproblem umfunktioniert und letztendlich auch als solches behandelt. Hilfsangebote, die ohne Abstinenzforderung arbeiten, gibt es praktisch keine.

In Basel liegt die Federführung in der Drogenpolitik bezeichnenderweise beim Justizdepartement; das Polizeidepartement ist für's „Grobe“ zuständig. Sozial- und Sanitätsdepartement haben zum Thema nichts zu melden. Das Pferd wird somit am Schwanz aufgezügelt. Durch die Zuständigkeit des Justizdepartements wird die Politik, daß man sich nur mit Symptomen (Folgekriminalität) von Symptomen (Sucht), nicht aber mit den dahinterstehenden Menschen und gesellschaftlichen Zuständen befaßt, zementiert. Die Sucht nach Drogen wird, sofern es sich um durch moralische Ächtung für illegal erklärte

Suchtstoffe handelt, als rechtsstaatliches und nicht als soziales Problem behandelt.

In jüngerer Zeit setzt sich glücklicherweise vermehrt die Einsicht durch, daß die praktizierte Politik der Repression kein probates Mittel zur Behandlung des Drogenproblems darstellt. Die bestehenden Hilfsprojekte erkennen ebenfalls vermehrt, daß mit abstinenzorientierten Angeboten weitgehend an den Problemen der Gasse vorbeitherapiert wird; die so angesprochene Klientel ist nicht repräsentativ für die Gesamtheit der DrogenkonsumentInnen. Das Knüpfen von Kontakten auf der Gasse ist erfolgversprechender als das Warten auf entzugswillige Süchtige im chromstahlgestylten Büro. „Niederschwelligkeit der Angebote“ heißt deshalb das aktuelle Schlagwort. Ein wesentlicher Faktor im Umdenken in der Drogenpolitik liegt in der Angst vor der Immunschwächekrankheit AIDS. Dieser Angst ist es unterdessen zu verdanken, daß heute die freie Abgabe von Injektionsmaterial „normal“ ist – vor wenigen Jahren war dies noch undenkbar. Diese Angst enttabuisierte nicht nur das Präservativ, sondern auch einen Teil der Drogenpolitik. So ist heute der Ruf nach Fixerräumen, nach Straffreiheit des Drogenkonsums und selbst nach Freigabe des Heroins aus den verschiedensten Lagern zu hören – ebenfalls vor wenigen Jahren noch undenkbar. Welche Hürden allerdings zwischen Lippenbekenntnissen und Realisierungen stehen, zeigt z.B. die lange Planungsphase des „offiziellen“ Basler Gassenzimmers (eine Koproduktion von Drop-In und Justizdepartement). Die endlosen Querelen um Kompetenzen und Standort, halbherziges Engagement und beamtenstaatliche Verzögerungen kosten Zeit – kostbare Zeit, die viele nicht überleben.

Im folgenden soll jedoch nicht auf die „offiziellen“ Planungsleichen, sondern auf Entstehung, Konzept und Betrieb des „inoffiziellen“ Basler Gassenzimmers (Fixerstübli) eingegangen werden.

Stationen der Basler Szene

Wie überall, wo versucht wird, die Drogenproblematik mittels repressiver Methoden zu lösen, ist auch die Geschichte der Basler Drogenszene durch Vertreibungen gezeichnet. Ende der sechziger Jahre entstanden etwa gleichzeitig sowohl im Klein-, als auch im Großbasel illegale Drogenszenen. Im Kleinbasel siedelte sich die Szene in der Nähe der Rheingasse (traditionelles Absturzgebiet im alkoholischen Sinn und Zentrum der Prostitution) an, bezeichnenderweise in alkoholfreien Lokalen; im „besseren“ Großbasel traf man sich im Herzen der Stadt, auf der „Klagemauer“ am Barfüsserplatz. Die damalige Szene setzte sich vorwiegend aus Haschisch- und LSD-KonsumentInnen zusammen – intravenöse Drogenapplikation war kein Thema, bis sich ab ca. 1970 der Amphetaminmißbrauch auszubreiten begann. Zwei Jahre später hielt Heroin Einzug. Vorwiegend im Kleinbasel entstanden neue Lokale (u.a. ein makrobiotisches Restaurant, das fest in den Händen der CannabiskonsumentInnen war, eine Disco für Speed-Freaks usw.), die Drogenszene begann sich nach pharmakologischen Gesichtspunkten aufzusplitten. Ab 1973 kehrte sich der Prozeß um; ein Lokal nach dem andern wurde geschlossen. Nach einem Irrweg durch das erste autonome Jugendzentrum Basels und durch verschiedene Nachtlokale fanden sich die KonsumentInnen der verschiedenen Drogen schließlich wieder vereint auf

dem Barfüsserplatz. Die Suche nach neuen Treffpunkten begann. Die „harte“ Szene belegte bald traditionelle Sauflokale im Zentrum, die „weiche“ Szene siedelte sich mehr in Cafés an. DrogenkonsumentInnen aller Art belebten weiterhin die „Klagemauer“ (bis diese Ende der siebziger Jahre im Rahmen allgemeiner stadtkosmetischer Maßnahmen wegsaniert wurde). 1975 trat das revidierte schweizerische Betäubungsmittelgesetz in Kraft; der Konsum wurde nun explizit erfaßt – eine jahrelange Rechtsunsicherheit war behoben. Polizei und Staatsanwaltschaft feierten dies mit einer Großrazzia in der „Hochburg der harten Drogen“. Das Ergebnis war ernüchternd, trotz großem Aufwand blieben außer einigen KonsumentInnen keine größeren Fische im Netz des Gesetzes hängen. Die Kommentierung der Großaktion in den Medien war vernichtend. Dennoch war dies der Auftakt zu einer zukünftigen Repressionsstrategie. Nach der Wegsanierung der offenen Szene im Stadtzentrum und der Schließung des wichtigsten Treffpunktes begannen auch benachbarte Wirte, drogenkonsumierende Gäste hinauszuekeln. In der Folge verteilte sich die „harte“ Szene auf verschiedene Außenquartier-Restaurants und auf die Cannabis-dominierten Treffpunkte. Anfang der achtziger Jahre entstanden im Rahmen der Jugendunruhen autonome Jugendzentren. Dort waren die i.v. Drogenabhängigen zwar auch nicht willkommen, wurden jedoch geduldet. Die teilweise Integration in die „Bewegung“ brachte ihnen nicht nur einen gewissen Schutz vor der Polizei, sondern initiierte auch Selbsthilfeprojekte. Im Zürcher AJZ entstand z.B. ein gut funktionierender Fixerraum; in Basel bauten FixerInnen ein eigenes Restaurant innerhalb des Autonomen Zentrums auf. Nach der Räumung des AJZ und der Zerschlagung der „Bewegung“ stieg die Zahl der Abstürzenden rapide an. Die rechtsstaatliche Zerstörung der selbstaufgebauten Freiräume führte der Drogenszene viele neue Angehörige zu; einer Drogenszene, die sich nach der erfolgreichen Vertreibung aus dem Stadtzentrum und der Schließung des letzten Cannabis-Treffpunktes wieder in's Kleinbasel verlagerte und sich schließlich – zum Schrecken von Hoteliers und MieterInnen teurer Altstadtanierungsobjekte – entlang des Rheinufer und in der benachbarten Rheingasse ansiedelte. Dort befindet sie sich noch heute, weder die periodisch stattfindenden Razzienwellen, noch der Umbau einiger Treffpunkt-Restaurants konnten daran etwas ändern. Im Gegensatz zu früher gibt es jedoch keine räumliche Trennung der einzelnen Szenen mehr; Alkis, CannabisliebhaberInnen, FixerInnen und Randgruppenangehörige aller Art bilden eine einzige Szene.

Allerdings umfaßt die heute existierende Gasse nur einen kleinen Teil der Gesamtheit der DrogenkonsumentInnen Basels; die soziale Randständigkeit ist für die Angehörigkeit zur Gasse dominierender als die Drogenabhängigkeit. Der sowohl Konsum als auch Handel betreffende Rückzug in private Kreise ist nicht nur bei den Usern „weicher“ Drogen beobachtbar. Dazu kommt, daß der Drogenkonsum in den letzten Jahren doch recht weite Kreise der Bevölkerung erfaßt hat; Drogen sind nicht nur auf der Gasse, sondern überall erhältlich, „auffällige“ DrogenkonsumentInnen werden jedoch nur auf der Gasse akzeptiert.

Spritzenabgabe auf der Szene

1987 verteilten Gassenarbeiter und freiwillige HelferInnen als AIDS-Präventionsmaßnahme Injektionsbesteck auf der Gasse, was zu heftigen Reaktionen einiger Geschäftsleute führte. Als die Gefahr der Bildung einer Bürgerwehr in der Luft lag, wurde die Aktion Ende 87 eingestellt; das Problem der Beschaffbarkeit sauberer Spritzen blieb.

Das Projekt Sprützhüsli

Im Frühjahr 1988 gelang es dem Verein für Gassenarbeit, eine leerstehende Wohnung in der Kleinbasler Altstadt, nur wenige Schritte von der Drogenszene entfernt, zu mieten. Die Arbeitsgruppe „AIDS und Drogen“ der AIDS-Hilfe beider Basel (AHbB) erhielt vom Mieter die Bewilligung, in diesen leerstehenden Räumlichkeiten eine geschützte Spritzenabgabestelle einzurichten. Die sich aus Sozialarbeitern, freiwilligen HelferInnen und Ex-Junkies zusammensetzende Gruppe betrieb in der Folge von Juni 1988 bis April 1989 das „Sprützhüsli am Lindenberg“; dort können täglich während zwei Stunden gratis Spritzen, Tupfer, Ascorbin und Präservative bezogen werden. Außerdem bot sich die Gelegenheit, bei einem Gratiskaffee das Gespräch mit BetreiberInnen aufzunehmen oder sich einfach etwas vom Gassenstreß auszuruhen. Die Besuchsfrequenz blieb jedoch während der 11 Betriebsmonate enttäuschend niedrig, der Spritzenumsatz lag weit hinter dem der Gassenaktion des Vorjahres zurück. Zudem wurde das Lokal immer mehr zum Aufenthaltsort für Leute, die nicht der Drogenszene angehörten, sondern lediglich ein warmes Plätzchen ohne Konsumzwang suchten. Die konstante Anwesenheit szenefremder Personen, die zudem oft mit starken psychischen Problemen belastet waren, verunsicherte das eigentliche Zielpublikum zusehends. Gespräche mit DrogenkonsumentInnen ergaben, daß das Angebot allgemein als zu wenig attraktiv eingestuft wurde; als dringendstes Bedürfnis zeichnete sich klar die Schaffung eines Fixerraums ab, wo ohne Angst vor Infektionen und Polizeistreß injiziert werden kann.

Die BetreiberInnen des „Sprützhüsli“ beschlossen (nach endlosen Diskussionen), das Projekt zum Ende April 89 einzustellen und sich neuen Formen der Gassen-Überlebenshilfe zuzuwenden.

Die Hauptgründe für eine Schließung waren:

- die offensichtliche Unattraktivität des Angebots; das Ziel einer wirkungsvollen breiten Infektionsprävention konnte mit diesem Angebot klar nicht verwirklicht werden;
- die zunehmende Ausbreitung szenefremder Personen im Lokal;
- wachsendes Unbehagen darüber, den Leuten Spritzen in die Hand zu drücken, und sie dann auf die nächste öffentliche Toilette zu verweisen, ohne zu wissen, was dort geschieht;
- Die Unmöglichkeit, die Injektionshygiene direkt zu beeinflussen.

Das Fixerstübli

Entstehung

Ein Teil des „Sprützhüsli“-Teams wollte die Spritzenabgabe fortführen, jedoch mit erweitertem Angebot: der Drogenkonsum sollte fortan toleriert werden. Diesen Plänen kam entgegen, daß ein im selben Haus untergebrachter Spielsalon einige Wochen zuvor die Türen geschlossen hatte und sich der Hausbesitzer, der der damaligen Arbeitsgruppe angehörte, bereit erklärte, die freigewordenen Räumlichkeiten für einen Fixerraum zur Verfügung zu stellen. So wurde im ehemaligen Spielsalon „Lucky“ in räumlicher Verbindung zum „Sprützhüsli“ das erste Gassenzimmer Basels eröffnet. Die unbürokratische und verzögerungsfreie Realisierung des Projekts war vor allem dem Umstand zu verdanken, daß die Betriebsaufnahme ohne vorherige Informierung der Behörden erfolgte.

Konzeption

Im Gegensatz zum Sprützhüsli, wo die Grundmotivation praktisch ausschließlich in der AIDS-Prävention lag, setzte sich das Projekt Fixerstübli zum Ziel, Überlebenshilfe für DrogenkonsumentInnen in einer breiteren Form anzubieten. Dazu gehört nicht nur die Eindämmung von Infektionskrankheiten (durch ein ausreichendes Angebot an Injektionsmaterial), sondern auch die Möglichkeit der Einflußnahme auf Injektionshygiene und Wundbehandlung, sowie die Gewährleistung Erster Hilfe bei Überdosierungen.

Ein weiterer Punkt betrifft eine Tatsache, vor der viele Politiker allzugerne die Augen verschließen: ob mit oder ohne Fixerraum, gefixt wird so oder so -, die Sucht gebietet dies. Der jahrelange intensiv repressive Kampf der Polizei gegen das Drogenproblem hat dieses nicht gelöst, sondern verschärft: injiziert wird ein verdrecktes Schwarzmarktgemisch in versteckten Ecken von Parkanlagen, an schwach frequentierten Orten (Schulhöfe, Garagen usw.) und hinter verschlossener Tür auf öffentlichen Toiletten. Viele krepieren an der Tatsache, daß sie bei einer Überdosierung nicht rechtzeitig gefunden werden. Die Überlebenden entsorgen aus Angst vor polizeilicher Kontrolle das gebrauchte Injektionsmaterial an Ort und Stelle, z.B. im Sand von Kinderspielplätzen.

Ein Fixerraum sollte vom Konzept her in der Lage sein, den Folgeproblemen der Drogensucht zwischen der Beschaffung des Injektionsmaterials und dessen Entsorgung die Schärfe zu nehmen. Darüber hinaus ist er geeignet, hinsichtlich Injektionshygiene und Infektionsrisikoverminderung erzieherisch zu wirken. Zudem bietet er sich als Anlaufstelle für DrogenkonsumentInnen an, die von sich aus den Weg zu einer sozialen Institution nie finden würden.

Um eine möglichst große Zahl an DrogenkonsumentInnen anzusprechen, sollte das Angebot so niederschwellig wie möglich (keine Abstinenzforderung, gassennah, kostenlos), sowie täglich verfügbar sein (auch an Sonn- und Feiertagen). Viele Menschen auf der Gasse haben gegenüber Institutionen im Sozialbereich ein starkes Mißtrauen entwickelt; oftmals bleibt nach dem Kontakt mit Sozialinstitutionen nichts übrig als das ungute Gefühl, nun zwar registriert zu sein, aber dennoch alleine dazustehen. Aus diesem Grund kommt es der Niederschwelligkeit zugute, daß das Fixerstübli primär von Leuten betrieben wird, die nicht aus der etablierten Sozialarbeit kommen und die die Arbeit nicht im Anstellungsverhältnis, sondern auf freiwilliger Basis leisten.

Das Angebot

Im Vordergrund stand wie schon bei früheren Projekten die Idee, daß nur durch eine genügende Verfügbarkeit sauberer Spritzen der Spritzenaustausch verhindert und somit Infektionsrisiken (AIDS, Hepatitis, Blutvergiftungen usw.) vermindert werden können. Durch die Möglichkeit, am Ort zu injizieren, kann zusätzlich die Wundpflege beeinflusst werden.

Das Angebot setzt sich dementsprechend wie folgt zusammen:

1. Material

- steril verpacktes Wegwerf-Injektionsmaterial (verschiedene Ausführungen),
- Präservative,
- desinfizierende, hautregenerierende und venenpflegende Salben, Tupfer und Alkohol zur Desinfektion,
- Ascorbinsäure, Zitronensäure, ferner Verbandsmaterial, Kerzen, Löffel usw.

Injektionsmaterial und Tupfer konnten bis Ende 1989 über das Kantonsspital bezogen werden. Die Verrechnung erfolgte über einen Fonds der dermatologischen Klinik. Seit Anfang 1990 wird dieses Material direkt aus der Zentralwäscherei Basel (größte Vertriebszentrale für medizinische Artikel in der Nordwestschweiz) gegen Rechnung bezogen. Die Präservative werden von der AIDS-Hilfe bzw. einer von der AIDS-Hilfe beauftragten Werbeagentur kostenlos zur Verfügung gestellt. Ascorbinsäure, Salben und Alkohol werden in Apotheken eingekauft. Salben-Musterpackungen zur Abgabe werden bei Herstellerfirmen und Apotheken zusammengebetzelt. Das weitere Verbrauchsmaterial (Haushaltspapier, Kerzen, Büromaterial, Putzmaterial usw.) wird in Warenhäusern eingekauft.

Da praktisch keine Lagermöglichkeiten zur Verfügung stehen, gestaltet sich die Aufrechterhaltung des zum Betrieb notwendigen Materialvorrats recht mühsam; Einkäufe müssen mehrmals wöchentlich getätigt werden; Großbestellungen, welche auch kostengünstiger wären, sind nicht möglich.

Die Entsorgung der gebrauchten Spritzen erfolgte bis Ende 1989 in 50-l-Containern des Kantonsspitals. Seit das Injektionsmaterial von der Zentralwäscherei bezogen wird, behilft man sich mit leeren Salatölfässern und Putzmittelkannistern (zur Verfügung gestellt von Restaurants, der Gassenküche und von Privaten).

Ein Problem besonderer Art stellen die Löffel dar, die zum Aufkochen des „Schusses“ gebraucht werden. Aus Gründen der Infektionsgefahr wäre es am idealsten, wenn jeder DrogenkonsumentIn einen Löffel für sich persönlich hätte. Leider setzt auch hier der Rechtsstaat Grenzen: ein angekohelter, leicht verbogener Löffel gilt als corpus delicti. Viele FixerInnen organisieren sich daher den Löffel analog dem restlichen Injektionsbesteck erst unmittelbar vor dem Drogenkonsum und entledigen sich anschließend gleich des Beweismaterials. In den ersten Wochen des Fixerstübli-Betriebs baute sich aus Spenden relativ schnell ein Grundstock von einigen Kilo Löffeln auf, die in den folgenden Wochen genauso schnell wieder verschwanden. Nachdem es nicht mehr möglich war, allen BesucherInnen frische Löffel abzugeben, ging man dazu über, im Verlauf des Abends mehrfach die Löffel einzusammeln, zu waschen und zu desinfizieren. Die weiter zunehmende Frequentierung des Lokals verunmög-

lichte auch dies. Zur Zeit gestaltet sich die Situation so, daß die BesucherInnen aufgefordert werden, eigene Löffel mitzubringen oder zumindest die im Lokal herumliegenden Exemplare vor Gebrauch mit Alkohol auszureiben. Die nach Lokalschluß noch vorhandenen Löffel (manchmal sind es nur noch 3, dann wieder über 50) werden nach wie vor von den BetreiberInnen eingesammelt, gereinigt und am folgenden Abend wieder aufgelegt.

2. Lokal

Da es auf dem Immobilienmarkt praktisch unmöglich sein dürfte, ein geeignetes Lokal für einen Fixerraum zu finden, darf die Existenz des Fixerstüblis als klarer Glücksfall bezeichnet werden. Der baulich und sanitär schlechte Zustand des gemieteten Lokals wird durch die gassennahe Lage mehr als wettgemacht. Der Betrieb spielt sich im vorderen Teil des ehemaligen Spielsalons „Lucky“ am Lindenberg 1 ab (im hinteren Teil des Lokals befindet sich die Werkstatt eines Fahrradmechanikers). Seit Bestehen des Lokals mußten mehrfach Umstellungen, kleinere Umbauten und Renovierungsarbeiten (Maler-, Glaser-, und Installationsarbeiten) vorgenommen werden. Als erstes wurde wegen der ständig wachsenden Frequentierung die Verkehrsfläche im Lokal auf Kosten von Lagerplatz erweitert. Eine weitere Reduktion an Lagerkapazität und an Raum zur individuellen Betreuung „angeschlagener“ DrogenkonsumentInnen ergab sich Anfang 1990 mit dem Einzug des „Schwarzen Peter“ (GassenarbeiterInnen des Vereins für Gassenarbeit) in die bisher brachliegenden Räumlichkeiten des ersten Stockwerks (ehemals Sprützhüsli).

Zur Zeit gestaltet sich die unerfreulich enge Platzsituation wie folgt:

- Vorraum: total ca. 10 qm, Theke für Materialausgabe, Garderobe, Material für Erste Hilfe und Verarztung
- Verbrauchsmaterial-Lager (Kapazität reicht für ca. 2 Abende)
- Aufenthaltsraum für Wartende: Sitzbank (3 Plätze), Lager für entsorgtes Injektionsmaterial; auf der freien Verkehrsfläche von knapp 7 qm wurden schon bis zu 30 Leute gezählt
- Fixerraum: total ca. 16 qm, 12 bzw. 14 Sitzplätze an 5 Tischen für überwachte Drogeninjektion, Temporär-Lager für anfallenden Abfall, ca. 3 qm freie Bodenfläche und 2 qm Fensterbank für Betreuungen und Reanimationen.

Bis Juni 1990 wurde toleriert, wenn sich ungeduldige BesucherInnen im Vorraum eine Injektion verabreichten. Aus Gründen der Sicherheit mußte dies jedoch schließlich unterbunden werden.

Als Lager für Injektionsmaterial-Großpackungen dient zur Zeit eine Ecke der Veranda im ersten Stock. Mangels sanitärer Einrichtungen muß das für Injektionszwecke ausgegebene Wasser, sowie das Spülwasser (für Erbrochenes) ebenfalls im ersten Stock geholt werden. Für 1991 steht eine Vergrößerung des Lokals in Aussicht, da der Fahrradmechaniker seine an den Fixerraum angrenzende Werkstatt auflöst.

3. Medizinische Betreuung

Akute Notfälle: bei Überdosierungen ist Erste Hilfe durch das Personal gewährleistet; sämtliche MitarbeiterInnen werden periodisch von Ärzten in lebensrettenden Sofortmaßnahmen instruiert. Beatmungshilfsmittel (Beatmungsmasken, Ambu-Beutel) liegen jederzeit bereit.

Akute Verarzungen: kleinere Wunden können vom Personal behandelt werden (Abszeß-Nachbehandlungen, Verbände, Pflaster).

Andere Probleme: einmal wöchentlich wird von Ärzten eine kostenlose Sprechstunde für BesucherInnen des Lokals abgehalten.

BetreiberInnen

Das Fixerstübli beschäftigt keine festangestellten MitarbeiterInnen; die Mitarbeit erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis. Das Team setzt sich aus Menschen im Alter von 20 – 50 Jahren zusammen, die hauptberuflich in den verschiedensten Branchen angesiedelt sind (z.B. Bankangestellte, Chemiker, EDV-Fachmann, Erzieher, Ethnologe, Pfarrer, Sekretärin, Typographin, Studenten usw.).

Bisher haben über 70 Personen im Projekt mitgearbeitet; einige praktisch täglich, andere stiegen schon nach dem ersten Abend wieder aus; knapp ein Viertel der Beteiligten ist seit dem ersten Monat dabei. Der monatlich zur Verfügung stehende Bestand an BetreiberInnen schwankt zwischen 20 und 30. Die individuelle Präsenzzeit richtet sich nach den persönlichen Möglichkeiten (zwischen einem Abend pro Monat bis zu mehreren Abenden pro Woche). Einige MitarbeiterInnen bekleiden zudem noch außerhalb der Betriebszeiten verschiedene Ämter, z.B. Kassenführung, Einkauf, Materialbezug, Vereinsverwaltung usw.

Die tägliche Präsenz von 4 HelferInnen ist Bedingung für einen reibungslosen Betrieb; der Arbeitsplan wird jeweils auf mindestens 14 Tage im voraus festgelegt.

Grob lassen sich die vier Arbeitsplätze wie folgt umschreiben:

1. Materialausgabe: Die Person hinter der Theke (Vorraum) ist für die reibungslose Materialausgabe verantwortlich (Injektionsmaterial, Wasser, Salben, Verbandsmaterial). Zudem verwaltet sie abgegebene Garderoben, führt die Tagesstatistik (bzw. das Tagesprotokoll) und ist Anlaufstelle für Interessierte.
2. Einlaßkontrolle: Diese Person reguliert den Zugang zum Fixerraum und hält die Verbindung zwischen Vor- und Innenraum aufrecht.
3. Fixerraum: Eine Person überwacht das Geschehen im Fixerraum, achtet auf eventuelle Problemfälle und komplimentiert von Zeit zu Zeit BesucherInnen mit ausgeprägtem Sitzleder aus dem Raum.
4. Außendienst: Bei einigermaßen guter Witterung hält sich eine Person im Interesse der Anwohnerschaft vor dem Lokal auf, um bei Überbordungen aller Art rasch eingreifen zu können. Bei schlechter Witterung versucht sie, den Überblick über das Chaos im Vorraum zu wahren.

Die primäre Aufgabe aller HelferInnen besteht in der Betreibung eines Lokals, in dem die lebensbedrohenden Risiken des Konsums illegaler Drogen auf ein vertretbares Maß reduziert werden. Darüber hinaus kommt ihnen oft eine beratende oder tröstende Funktion zu. Generell keine Hilfestellung seitens der BetreiberInnen wird beim Injizieren oder bei der Drogenbeschaffung geleistet.

Die im Lokal engagierten Personen führen die anspruchsvolle Arbeit ohne Arbeitsvertrag und ohne Versicherungsschutz aus. Löhne im eigentlichen Sinn gibt es ebenfalls nicht; stattdessen wird vom Verein V.I.R.U.S. eine bescheidene Anwesenheitsentschädigung ausbezahlt. Die in das Projekt involvierten Ärzte

führen periodisch Reanimationskurse durch und kümmern sich um die Hepatitis-B-Impfungen des Personals (die Impfkosten übernimmt das Gesundheitssamt).

Verschiedene drogenabhängige BesucherInnen helfen sporadisch beim Betrieb mit und/oder bekunden großes Interesse an fester Mitarbeit. In der Praxis erwies es sich jedoch als problematisch, diese Menschen in den Arbeitsplan zu integrieren, da die Zuverlässigkeit trotz guten Willens wegen der äußeren Umstände (unerwartete Absenzen wegen Inhaftierungen, Entzugsphasen u.a.) nicht in dem Maße gegeben ist, wie sie ein derartiger Betrieb erfordert. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern sich die Mitarbeit auf einen eventuell vorhandenen Entzugswillen auswirken kann. Auch die Integration ehemaliger Drogenabhängiger in das Arbeitsteam warf Probleme auf; trotz mehrjähriger Distanz zur Drogenszene zeigten sich bei den Betreffenden schon nach relativ kurzer Zeit enorme Probleme bei der psychischen Bewältigung des Erlebten.

Team-Leitung

Das Fixerstübli funktioniert ohne Chef. Alle aktiv Beteiligten haben dieselben Kompetenzen. Beschlüsse werden an den in zweiwöchigem Abstand abgehaltenen Sitzungen gefaßt. In der Praxis zeigte sich sehr bald, daß automatisch aus teaminternen Verschiedenheiten hinsichtlich Präsenz, Verantwortlichkeitsgefühl, Motivation, Interesse, Aktivität usw. hierarchische Strukturen entstanden. Für längere Zeit war dies Hauptthema mancher Sitzung; endlose Grundsatzdiskussionen blockierten Sachbeschlüsse. Inzwischen hat sich die Betriebsorganisation gut eingespielt: nach außen wird das Fixerstübli vom Gesamtteam repräsentiert; die internen Strukturen sind offen, jeder wählt sich den Platz innerhalb der „Hierarchie“ selbst. Ämter und Aufgaben werden nicht zugeteilt, sondern freiwillig übernommen. Dieses System bewährte sich bisher sowohl hinsichtlich funktionierender Infrastruktur, als auch der Motivation der Teammitglieder recht gut.

BetreiberInnen-Verein

An der Projektplanung und -realisierung waren ausschließlich Privatpersonen beteiligt; Unterstützung seitens einer offiziellen Stelle oder eines Verbandes gab es nicht. Von den im Vorgängerprojekt „Sprützhüsl“ involvierten Vereinigungen (Verein für Gassenarbeit, AIDS-Hilfe beider Basel) wurde das Projekt zwar begrüßt (und unterstützt), vor einer Patronatsübernahme schreckte man jedoch angesichts der unsicheren Rechtslage zurück. Als nach kurzer Betriebsdauer klar wurde, daß das Fixerstübli der Provisoriumsphase entwachsen war und als der Andrang und damit auch der Materialverbrauch rapide anstieg, stellte sich bald die Frage nach der Finanzierung und damit auch die Frage nach dem offiziellen Ansprechpartner für Behörden und andere Stellen (Post, Mietvertrag usw.). Die kurzzeitig praktizierte treuhänderische Verwaltung der Finanzen durch den Verein für Gassenarbeit erwies sich aus verschiedenen Gründen als problematisch. Die vorwiegend aus Vereinsmuffeln bestehende BetreiberInnen-Crew entschloß sich zur Gründung eines Vereins, welcher nach endlosen Statuten-Sitzungen im Oktober offiziell gegründet wurde. Als Kurz-

bezeichnung für den Verein wurde das bedeutungsvolle Wort V.I.R.U.S. gewählt (Abkürzung für „Verein für interaktive Randgruppenarbeit und Suchtproblematik“). Die Statuten wurden so abgefaßt, daß über den Betrieb eines Fixerraums hinaus auch andere Aktionen für Randgruppen möglich sind. Der Verein setzt sich aus stimmberechtigten Aktivmitgliedern (= Menschen, die sich aktiv an laufenden Projekten beteiligen), sowie Passiv- und Gönnermitgliedern zusammen. Im Sinne einer breiteren Abstützung des Vereins wandte sich V.I.R.U.S. im Frühjahr 1990 mit einem Rundschreiben an 200 ausgewählte Personen des öffentlichen Lebens. Diese Aktion brachte nicht nur wachsende Bekanntheit, sondern bescherte dem Verein außerdem zahlende Passivmitglieder.

Finanzierung

Mit dem schnellen Wachstum des anfänglich recht kostengünstigen Betriebs (keine Miete in den ersten zwei Monaten; Injektionsmaterial gratis vom Kantonsspital) gewann die Finanzierungsfrage rasch an Gewicht. Ein Unterstützungsgesuch (Sommer 89) an die Regierung wurde positiv beantwortet; aus dem Alkoholzehntel konnten Fr. 50.000,- für 1989 bezogen werden. Da sich zu diesem Zeitpunkt noch kein Betreiber-Verein konstituiert hatte, überwies die Regierung das Geld dem Verein für Gassenarbeit, welcher sich für die treuhänderische Verwaltung bereiterklärt hatte. Leider mußte der Verein für Gassenarbeit kurz darauf die betrübliche Erfahrung machen, daß ein eigenes Finanzgesuch erheblich gekürzt wurde, und zwar mit dem Argument, man habe ja bereits Geld für das Fixerstübli erhalten. Gegen Ende 89 wurde der Regierung ein sehr knapp kalkuliertes Budget für 1990 eingereicht (Fr. 156.000,-). Dieses wurde nach Kürzung um mehr als 10 % schließlich gutgeheißen. Auf Antrag des in der Drogenpolitik federführenden Justizdepartements verfügte die bürgerliche Regierungsmehrheit außerdem einen ratenweisen Zahlungsmodus; die Finanzierung des Fixerstübli sollte bei Eröffnung des „offiziellen“ Gassenzimmers sofort eingestellt werden. Breite Proteste gegen diese unsichere Finanzierungsart verhallten unbeachtet. Auf das im Dezember 90 eingereichte Betriebsbudget für 1991 (Fr. 208.000,-) steht die Antwort der Regierung noch aus. Im Vorfeld ließ der zuständige Regierungsrat zwar verlauten, die Finanzierung würde bis zur (einmal mehr verschobenen) Eröffnung des „offiziellen“ Gassenzimmers fortgesetzt, über die Beitragshöhe schwieg er sich jedoch aus.

Die unsichere finanzielle Zukunft, sowie die zur Zeit einseitige staatliche Abhängigkeit verleiten nicht unbedingt zu Optimismus. Für ein gesichertes Weiterbestehen der Institution scheint es angezeigt, andere Geldquellen zu erschließen.

Die Vereinsstatuten sehen als Finanzierungsmöglichkeiten Mitgliederbeiträge, Spenden sowie Beiträge der öffentlichen Hand vor. Die Mitgliedschaftsbeiträge decken kaum die administrativen Kosten ab, und die im Lokal gesammelten Spenden sind stark rückläufig. Die von privaten SpenderInnen überwiesenen Beträge stellen angesichts der realen Betriebskosten auch nicht mehr als einen Tropfen auf den heißen Stein dar. Bisher wurde bei Stiftungen bewußt nicht um Unterstützung angefragt, da die Meinung vorherrschte, es handle sich bei der Finanzierung primär um eine Aufgabe der öffentlichen Hand. Dies könnte sich 1991 ändern.

Hausordnung

Um einen geordneten Betrieb aufrechtzuerhalten, wurde eine Hausordnung aufgestellt, die seit Beginn des Projektes zwar mehrfach Modifikationen erfuhr, in den wesentlichen Inhalten jedoch gleich geblieben ist. Die Grundüberlegung war, daß man den BesucherInnen möglichst wenig Vorschriften machen, dennoch aber klare Richtlinien bezüglich des Verhaltens im Lokal und gegenüber der Nachbarschaft setzen wollte. In der Praxis zeigte sich sehr schnell, daß die BesucherInnen anderes im Kopf haben, als eine Hausordnung zu lesen (die meiste Beachtung fanden ausgehängte Exemplare hinsichtlich ihrer Eignung als „Briefchen“-Papier, d.h. als Verpackungsmaterial für Drogenportionen...). Obwohl die Hausordnung kaum gelesen wird, ist sie doch sehr hilfreich bei Ermahnungen; endlos lange Diskussionen über das Für und Wider von Anordnungen können durch einen Verweis auf das „offizielle Reglement“ beendet werden. Nicht zuletzt dient sie auch als Richtlinie für die mit unterschiedlichen Toleranzgrenzen ausgestatteten MitarbeiterInnen.

Einige Punkte erwiesen sich als nur schwer durchsetzbar:

- Bei den Öffnungszeiten wird seitens der Klientel energisch auf pünktlichen Betriebsbeginn geachtet, der Lokalschluß jedoch mit allen Tricks hinausgezögert (was auch den Erfindungsgeist der BetreiberInnen ankurbelte; Lokalräumen werden nicht selten mit „Schocktherapien“ in Form schrecklichster Musikberieselungen durchgesetzt).
- Die Entsorgung gebrauchter Spritzen und das Aufräumen des Platzes klappt bei den meisten BesucherInnen einwandfrei; einige wenige jedoch verlassen das Lokal unter Hinterlassung chaotischer Zustände.
- Die ursprüngliche Weisung, weder alkoholische Getränke, noch Cannabisprodukte im Lokal zu konsumieren, hat sich als schlichtweg undurchsetzbar erwiesen und wurde (insbesondere aus Rücksicht auf BierliebhaberInnen beim Personal) gestrichen. Nichtfixende BesucherInnen, die ihr Bier oder ihren Joint im Lokal genießen wollen, werden jedoch nach wie vor hinausgeschickt (dieses Problem stellte sich jedoch nur in den ersten Betriebswochen; inzwischen suchen ausschließlich Heroin-/Kokain-KonsumentInnen das Lokal auf). Die Handhabung des Umgangs mit „weichen“ Drogen im Lokal ist dem jeweils anwesenden Arbeitsteam überlassen.
- Die schwierigste Durchsetzbarkeit liegt beim Verbot des Dealens. Die Erfahrung zeigt, daß sich der Kleinhandel praktisch nie ganz unterbinden läßt (weder „draußen“ auf der Gasse von der Polizei, noch „drinnen“ im Fixerstübli von den BetreiberInnen). Interventionen der Lokal-BetreiberInnen fruchten, wenn überhaupt, dann nur kurzzeitig; gedealt wird sowieso nie – es wird getauscht, verschenkt, geteilt, Schulden werden bezahlt, Geld wird verliehen, einem Freund wird ausgeholfen usw. Mit den Ausflüchten ließen sich ganze Bücher füllen. Während die „Mischelei“-Kontrolle im Fixerraum dank der Platzbeschränkung problemlos verläuft, gestaltet sie sich im meist zum Bersten gefüllten Vorraum ungleich schwieriger. Da den MitarbeiterInnen des Projekts die Rolle des Polizisten nicht behagt und es wegen des großen Andrangs nicht möglich ist, den Kleinhandel im und vor dem Lokal völlig zu verhindern, wird von den meisten nur noch dort eingeschritten, wo die Situation überbietet (d.h. wo eine geschäftliche Transaktion offensicht-

lich wird) und den normalen Betrieb zu behindern droht. Wer beim Handel erwischt wird, erhält Lokalverbot für den betreffenden Abend; DealerInnen, die selbst nicht an der Nadel hängen, erhalten absolutes Lokalverbot.

Lokalverbote

Die Frage, wann und ob aufgrund von Mißachtungen der Hausordnung ein Lokalverbot ausgesprochen werden soll, ist immer sehr heikel und läßt sich nicht so einfach regeln wie in einem Restaurant. Die BesucherInnen, die – oft nicht einmal böswillig – konstant die Hausordnung übertreten, sind meist diejenigen, die auf einen Fixerraum am meisten angewiesen sind; es sind diejenigen mit dem geringsten sozialen Integrationsgrad, Menschen, die oft so verelendet sind, daß die Gefahr von Überdosierungen und gefährlichen Mischintoxikationen außergewöhnlich hoch ist. Ein Lokalverbot aus „erzieherischen“ Gründen könnte für solche Leute tödliche Folgen haben. Lokalverbote, die über den betreffenden Abend hinausgehen, wurden daher bislang nur sehr selten ausgesprochen und waren meist auf wenige Tage begrenzt. Die meisten bisher ausgesprochenen Hausverbote betrafen Diebstähle, die im Lokal erfolgten. Gegen nervtötende BesucherInnen mußten bislang nie Lokalverbote ausgesprochen werden; der ruhebedürftige Teil der Klientel pflegt dieses Problem in eigener Regie zu lösen.

Umfeld

Rechtliche Situation – polizeiliche Akzeptanz

Die vorangegangenen Projekte (Spritzenverteilung auf der Gasse und Sprützhüsli) erfolgten nach Absprache mit den zuständigen Behörden. Nicht so das Fixerraum-Projekt. Um zu vermeiden, daß das Fixerstübli bereits in der Planung auf dem Weg durch die Amtsstuben verhindert wird, beschlossen die BegründerInnen, das Lokal ohne Einreichen einer Bewilligung übergangslos zum Sprützhüsli zu eröffnen. Man ging davon aus, daß es sich rechtlich im schlimmsten Fall um Beihilfe zu einem Übertretungstatbestand handelt (Zur-Verfügung-Stellen von Räumlichkeiten zum Drogenkonsum). Nach schweizerischem Strafgesetzbuch ist dies nicht strafbar. Das Betäubungsmittelgesetz stellt lediglich die „öffentliche Bekanntgabe von Gelegenheit zum illegalen Betäubungsmittelkonsum“ unter Strafe, nicht aber die Schaffung einer solchen Gelegenheit. Zudem wurde auf den gesunden Menschenverstand bei den Behörden gezählt, auf die Einsicht, daß die Vorteile eines Fixerraums dessen Nachteile aufwiegen. Da Drogenpolitik jedoch prinzipiell als heißes Eisen gilt, da die Basler Polizei schon zur Genüge mit unverhältnismäßigen Einsätzen gegen DrogenkonsumentInnen von sich reden machte und da Jörg Schild, der damalige Leiter des Betäubungsmitteldezernates (inzwischen ist er zum obersten Drogenfahnder der Bundespolizei aufgestiegen), kurz vor Eröffnung des Fixerstübli gegenüber der Presse erklärte, daß er ein solches Lokal niemals dulden würde, hinterlegten die BetreiberInnen in der Anfangsphase Vollmachtserklärungen bei einem Anwalt und organisierten ein Abmeldesystem nach Lokalschluß.

Nach kaum einem Monat Betriebsdauer wurde in Bern das „Gutachten Schultz“, das die rechtliche Zulassung von Fixerräumen bejaht, veröffentlicht.

Kurz darauf stellte auch der Basler Justizdirektor, Regierungsrat P. Facklam der Presse die regierungseigenen Pläne für ein Gassenzimmer vor.

Auf inoffiziellm Informationsweg wurde bald bekannt, daß maßgebliche Stellen bei der Polizei keine grundlegenden Einwände gegen das Projekt hatten. Dennoch kam es mehrfach vor, daß BesucherInnen auf dem Weg in's Lokal kontrolliert wurden. Nachdem im Sommer 89 ein sich vor dem Fixerstübli aufhaltender Mitarbeiter von einer Polizeistreife zwecks Leibesvisitation auf die Wache mitgenommen wurde, ersuchte das Team um eine Aussprache mit der Leitung der Sicherheitsabteilung. In dieser Ende August 89 erfolgten Sitzung wurde vereinbart, daß die Polizei während der Lokalöffnungszeiten keine präventiven Kontrollen vornimmt. Diese Vereinbarung bewährte sich in der Folge – abgesehen von vereinzelt Ausnahmen – recht gut. Im selben Ausmaß, wie die BesucherInnenzahl anstieg, mehrten sich auch die Beschwerden aus der Nachbarschaft, was die Polizei im Sommer 90 veranlaßte, wieder vermehrt Kontrollen im Umkreis des Fixerstübli durchzuführen. Von den beinahe schon traditionellen Sommer-Razzien, die die Polizei im Sinne der Stadtbild-Kosmetik durchzuführen pflegt, blieb auch das Fixerstübli nicht verschont: überfallartige Festnahmen willkürlich herausgegriffener DrogenkonsumentInnen durch Zivilfahnder häuften sich, mehrfach fuhren auch Kastenwagen vor und packten alles ein, was sich vor dem Lokal aufhielt. Die heftigen Proteste gegen dieses Vorgehen führten zu einer öffentlich ausgetragenen Diskussion, sowie zu erheblichen Verunsicherungen innerhalb des Polizeikorps. Die bürgerliche Regierungsmehrheit segnete daraufhin das Vorgehen der Polizei mit einem Beschluß nachträglich ab.

Im Moment hat sich die Lage wieder etwas beruhigt. Auf der Gasse finden nach wie vor sehr viele Kontrollen im Drogenmilieu statt, das Fixerstübli wird davon jedoch kaum tangiert. Die uniformierten Beamten haben von ihrer Einsatzleitung die Weisung, das Lokal nicht zu betreten. Einzig Beamte der zivilen Fahndung nehmen von Zeit zu Zeit einen Augenschein. Man begegnet sich mit ausgesuchter Höflichkeit und diskutiert auch über Unstimmigkeiten (z.B. Beschlagnehmung des abgegebenen Steril-Materials).

Akzeptanz bei der Regierung und bei den Parteien

Seit den ersten Schritten zur Schaffung eines staatlich organisierten Fixerraums sind mittlerweile vier Jahre vergangen. Mitten in die ohne konkrete Ergebnisse bleibende Evaluations- und Konzepterarbeitungsphase hinein platzte unangemeldet ein funktionierendes Projekt, das zudem von einem Haufen zusammengewürfelter Leute betrieben wurde, die nicht aus Kreisen der etablierten Sozialarbeit kamen, sondern eher außerparlamentarischen Oppositionsbewegungen zuzuordnen waren (HausbesetzerInnen, „Bewegte“, Öko- und andere Freaks). Dieser Sachverhalt ist nicht ohne Bedeutung, wenn das Verhältnis der Regierung zum Fixerstübli beurteilt werden soll. Im Sinne einer Begriffsdefinition ist außerdem zu erwähnen, daß, wenn von der „Regierung“ gesprochen wird, ein Kollegium von 7 Regierungsräten (7 Departemente) gemeint ist. Beschlüsse werden nach dem Mehrheitsprinzip gefällt, müssen jedoch im Konsens vertreten werden.

Mit der im Juni 89 erfolgten Vorstellung des vom Justizdepartement an das Drop In übertragenen Gassenzimmer-Projektes wurde deutlich, daß die Regie-

zung einen Fixerraum prinzipiell befürwortet. Wenn sie dabei mit keinem Wort auf das zu diesem Zeitpunkt schon bestehende Fixerstübli einging, dann machte dies deutlich, daß sie mit dieser privaten Variante nicht eben glücklich war. Die den Sommer 89 füllende, hohe Wellen schlagende Debatte um den etwas unglücklich gewählten Standort für das „offizielle“ Gassenzimmer (inmitten eines Schulquartiers) brachte dem Fixerstübli Popularitätsgewinne; verschiedene Parteien und Interessengruppierungen forderten gar, das offizielle Projekt vorerst zu stoppen und dafür das Fixerstübli vermehrt zu unterstützen. VertreterInnen verschiedener staatlicher Stellen besuchten in der Folge auch das Lokal, um sich ein Bild der Situation zu machen. Kritische Töne gegen das Lokal blieben aus, vielmehr ignorierte die Regierung das Projekt vorerst einfach. Als im Spätherbst 89 die wie das Fixerstübli auf privater Initiative beruhende Gassenküche ihren neuen Standort bekanntgab (in unmittelbarer Nähe des Fixerstübli), änderte sich die Stimmungslage etwas. In einer Leserbriefaktion schürte ein kleiner Kreis bürgerlicher InteressenvertreterInnen die Angst der AnwohnerInnen vor einer Verlagerung der Gasse an den Lindenberg. In der Folge gingen bei den Behörden etliche Beschwerden ein, die das Fehlen einer Toilette im Fixerstübli zum Inhalt hatten und plötzlich alle Urinspuren des Wohnviertels der Existenz des Fixerstübli zuordneten (allerdings muß in diesem Zusammenhang festgehalten werden, daß dieses Problem so alt wie die Rheingasse ist. Insbesondere Junkies haben es hier schwer: der Toilettenbesuch in den Restaurants wird meist von Gesichtskontrollen abhängig gemacht, und die einzige öffentliche Toilette in weitem Umkreis ist öfters reparaturbedingt geschlossen). Den Höhepunkt der Auseinandersetzung bildete im Dezember 89 der Besuch von zwei sehr unfreundlichen Beamten (vom Bauamt und Gesundheitsamt), die eine sofortige umfassende Sanierung des Lokals und den Einbau einer Toilettenanlage forderten. Andernfalls würde das Lokal aus sanitären Gründen geschlossen. Nach der Zusage des Justizdepartements, einen Toiletteneinbau zu finanzieren, wurde ein Kostenvoranschlag in Auftrag gegeben und an das JD überwiesen (die Antwort darauf ließ runde 8 Monate auf sich warten; der definitiv bewilligte Toiletteneinbau wurde wegen vom Hausbesitzer angekündigter Erweiterungsmöglichkeiten jedoch bisher nicht realisiert). Im Januar 90 wurde der Regierungsrat durch eine Interpellation (parlamentarische Anfrage) dazu gezwungen, Stellung zum Projekt Fixerstübli beziehen zu müssen. Diese fiel erfreulich positiv aus.

Als im Sommer 1990 das Lokal endgültig aus den Nähten zu platzen drohte und das immer wieder angekündigte „offizielle“ Gassenzimmer weiterhin auf sich warten ließ, mehrten sich die erbosten Schreiben aus der Anwohnerschaft an die Adresse der Regierung wieder. Diese beschloß, das Problem mittels repressiver Methoden zu lösen und verblüffte die BetreiberInnen des Fixerstübli mit einer schriftlichen Verwarnung, die das weitere Bestehen des Betriebs von der Erfüllung folgender Auflagen abhängig machte:

1. Drogenhandel im und vor dem Lokal ist zu unterbinden.
2. Nur Personen, welche ihren Stoff bereits besitzen, werden zugelassen.
3. Die Verantwortlichen haben Menschenansammlungen vor dem Lokal zu verhindern.
4. Der Polizei ist jederzeit ungehindert Zutritt zum Lokal zu gewähren.

Gleichzeitig wurde die Polizei beauftragt, vermehrt Personenkontrollen rund um's Lokal vorzunehmen.

Mittels einer schriftlichen Eingabe versuchten BetreiberInnen, sowie auch andere Organisationen, an die Vernunft der Gesamtregierung zu appellieren und sie von der praktischen Undurchführbarkeit der Realisierung ihrer Auflagen zu überzeugen. Als einzige Antwort kam lediglich eine Bestätigung des Regierungsstandpunktes. V.I.R.U.S. startete daraufhin eine Unterschriftenaktion, die im wesentlichen im medizinischen und sozialen Bereich Tätige ansprach. Innerhalb kurzer Zeit unterzeichneten gegen 2500 Personen den Solidaritätsappell für das Fixerstübli. Auf die inzwischen eingereichten Unterschriften ist bisher noch keine offizielle Antwort seitens der Regierung erfolgt.

Als Ende August 90 die Stimmung den Siedepunkt zu erreichen drohte, griff das Sanitätsdepartement aktiv in das Geschehen ein. Aufgeschreckt durch den repressionsbedingten Rückgang der Frequentierung des Lokals und der daraus resultierenden Verringerung des Spritzenangebots auf der Gasse beschloß der neue Kantonsarzt (Leiter des Gesundheitsamtes), mit gassennahen Sofortmaßnahmen die AIDS-Prävention zu verbessern und gleichzeitig das Fixerstübli zu entlasten. In Zusammenarbeit mit V.I.R.U.S. wurde ein VW-Bus zur mobilen Spritzenabgabe eingerichtet. Aufgrund heftiger, teilweise sogar handgreiflicher Proteste einiger AnwohnerInnen und Gewerbetreibender ordnete die Regierung nach nur drei Wochen einen vorzeitigen Abbruch des Projekts an. Die hohen Wellen, die der Spritzenbus auslöste, brachten das Fixerstübli vorerst aus dem direkten Schußfeld; die regierungsrätliche Basler Drogenpolitik (bzw. das offensichtliche Fehlen einer solchen) wurde zum Sommerthema. In der Folge jagten sich Pressekonferenzen und Podiumsdiskussionen mit Regierungsbeihilfe, kaum eine Partei, kaum eine Vereinigung, die sich nicht zu Wort meldete und ein eigenes Konzept vorstellte. Selbst der Basler Polizeikommandant ging mit einem 35-seitigen Positionspapier an die Öffentlichkeit (und erntete erfreulicherweise nur Abfuhr für seine Verfechtungen von Repression und Zwangstherapie). All die vielen Forderungen verschiedenster Provenienz, mit denen die Regierung konfrontiert wurde, beinhalten im wesentlichen den Wunsch nach Dezentralisierung der Drogenszene durch Schaffung weiterer Fixerräume, eine kontrollierte Heroinabgabe an Süchtige und – längerfristig – eine gesetzliche Entkriminalisierung des Drogenkonsums. Der große Druck der Öffentlichkeit zwang die Regierung immer wieder, sich zur Problematik zu äußern. Daß dabei sowohl die persönlichen Meinungen der einzelnen Regierungsräte, als auch die offizielle Stellungnahme der Gesamtregierung publik wurden, wirkte eher verwirrend als klärend.

Zur Zeit gestaltet sich die Situation so, daß bei den direkt involvierten Departementen weitgehend Einigkeit bezüglich langfristiger Drogenpolitik herrscht; bei kurzfristigen Maßnahmen bestehen jedoch deutliche Differenzen: Der Vorsteher des Polizei- und Militärdepartements (PMD) lehnt sowohl Fixerräume, als auch Liberalisierungsbestrebungen generell ab und sieht das Heil in einer Ausweitung der Therapieangebote. Für den Vorsteher des Sanitätsdepartements (SD) steht die AIDS-Prävention im Vordergrund. Er möchte das Fixerstübli unbedingt erhalten, allein schon wegen des hohen Vertrauenspotentials, das sich die Institution auf der Gasse erworben hat. Eine Entlastung der Anwohnerschaft sieht er durch die Schaffung weiterer niederschwelliger Anlaufstellen. Der Vorsteher des Justizdepartements (JD) befürwortet zwar prinzipiell Fixerräume, möchte jedoch die Schwelle höher gesetzt und das ganze Projekt in

ein anderes Wohnviertel verlagert sehen. Er plädiert für eine Schließung des Fixerstüblis, da er der „Wohnlichkeit“ des oberen Kleinbasels Priorität vor gasennaher Überlebenshilfe einräumt.

Der Standpunkt der Gesamtregierung orientiert sich an dem des Vorstehers des Justizdepartements: die Finanzierung des Fixerstüblis soll mit Eröffnung des „offiziellen“ Gassenzimmers eingestellt werden.

Spezielle Erfahrungen mit Behörden und anderen in die Drogenpolitik involvierten Stellen

Die im Verlauf der ersten eineinhalb Betriebsjahre erfolgten Kontakte mit verschiedenen Arbeitsstellen zeigen, daß offensichtlich keine klare Linie besteht, wie ein Fixerraum behandelt werden soll. Wir erlebten bei allen Ämtern und Departementen sowohl zuvorkommende, als auch ablehnende Reaktionen – je nachdem, wer als Gesprächspartner fungierte.

Am augenfälligsten wird diese Situation beim PMD; obwohl sich die Leitung der Sicherheitspolizei durchaus kooperativ zeigt, scheint einige Chargen weiter unten große Verunsicherung im Umgang mit dem Fixerstübli zu herrschen. Während einige Beamte sowohl dem Personal, als auch den BesucherInnen freundlich begegnen, gibt es andere, denen der Weg zwischen der „Szene“ und dem Lokal (d.h. der Weg zwischen Beschaffungs- und Konsumort) als geeignete Möglichkeit erscheint, die persönliche „Erfolgsbilanz“ aufzupolieren oder einem sturen Rechtsempfinden Genüge zu tun. Einzelne Beamte scheinen es auch zu genießen, wenn sie bei Kontrollen sadistische Neigungen ausleben können, indem sie z.B. auf Toiletten überraschten Junkies die Nadel aus dem Arm reißen und/oder deren letzte Drogenportion genüßlich im Pissoir entsorgen. Daraus resultiert bei vielen FixerInnen eine erhebliche Verunsicherung gegenüber der Polizei – großzügiges Übersehen der Konsumportion ist ebenso wahrscheinlich wie das Anwenden von Handschellen. In Gesprächen mit Polizisten zeigt sich dann auch jeweils, daß weniger die Dienstorder, sondern mehr die persönliche Einstellung das Verhalten bestimmt. Auch das Team erlebt die ganze Bandbreite polizeilichen Verhaltens; an dem einen Tag wird man von einem rüden „Bullen“ vom Arbeitsort weg zur „Kontrolle“ auf die Wache gebracht, am andern führt man ein interessantes Gespräch mit einem sozial engagierten Polizisten... Konzentrierte Aktionen im engeren Umfeld des Lokals sind meist nicht primär als Operationen gegen DrogenkonsumentInnen, sondern als polizeiliche Goodwill-Aktionen gegenüber beschwerdeführenden AnwohnerInnen zu betrachten.

Über den ganzen Tag gesehen erhält die gesamte Polizeitaktik schizophrene Züge: während der Fixerstübli-Betriebszeiten werden die DrogenkonsumentInnen mehr oder weniger in Ruhe gelassen; außerhalb dieser Schonzeit und außerhalb der engeren Umgebung sind Razzien und schikanöse Personenkontrollen im Drogenmilieu an der Tagesordnung. Noch immer wird auf das repressive Modell gesetzt, das KonsumentInnen zwecks Entzugsmotivationsförderung bewußt in die Verelendung treibt. Da kommt dann schnell der Verdacht, daß Fixerräume für Polizeistrategen lediglich stadtbildkosmetischen Charakter haben. Die offiziell vertretene Polizeiorder heißt: Verhinderung des Drogentourismus, Abschreckung von NeueinsteigerInnen, sowie Verhinderung

des Drogenhandels; bereits abhängige KonsumentInnen sollen in Ruhe gelassen werden. Die Praxis sieht anders aus: täglich werden wahllos DrogenkonsumentInnen mit Kastenwagen eingesammelt, auf der Wache einer peinlichen Leibesvisitation unterzogen und zehn Minuten später wieder auf die Gasse entlassen. Ebenfalls offiziell befürwortet die Polizei die AIDS-Prävention durch Abgabe sterilen Injektionsmaterials. In der Praxis scheiden sich jedoch die Geister an den Mengen; je nach persönlicher Toleranzgrenze des jeweiligen Beamten werden den Kontrollierten zwischen drei und zehn Spritzen belassen – was darüber ist, wird beschlagnahmt.

Im für die Drogenpolitik zuständigen Justizdepartement war in den letzten zwei Jahren ein Umdenken zu beobachten; inzwischen werden sogar Projekte wie die Abgabe von Heroin an Abhängige diskutiert. Die Einsicht, daß ein Gassenzimmer eine sinnvolle Einrichtung gegen die Verelendung darstellt, ist vorhanden. Andererseits ist es ein offenes Geheimnis, daß der Departementsvorsteher keinesfalls glücklich über die Existenz des Fixerstüblis ist. Der Standort sei ungünstig, wird argumentiert. Wie weit allerdings ein Gassenzimmer weit abseits der Gasse noch diese Bezeichnung verdient, ist genauso fraglich wie die Akzeptanz eines solchen Ortes beim Zielpublikum. Regierungsrat Facklam hat inzwischen mehrfach verlauten lassen, daß mit der Eröffnung des „offiziellen“ Gassenzimmers das Fixerstübli keine staatliche Unterstützung mehr erhalten würde. Das „offizielle“ Gassenzimmer soll de facto das Fixerstübli nicht entlasten, sondern ersetzen. Es stellt sich die Frage, wie man einen Fixerraum zwar bejahren, ihn aber als einziges und zentralisiertes Angebot für eine Szene, die mindestens drei Fixerräume benötigt, projektieren kann. Der Schluß liegt nahe, daß es offenbar wichtiger ist, wer ein solches Lokal betreibt, als wie dessen Erfolg aussieht. Eine etablierte Organisation wie das Drop In scheint allemal vertrauenswürdiger (und sicherlich auch pflegeleichter) als ein zusammengewürfelter Haufen von Privatpersonen. Weitaus positiveres Echo als von Regierungsrat Facklam selbst erfuhren die BetreiberInnen von Stellen, deren Büros sich im Elfenbeinturm des JD etwas weiter unten befinden. Im Verlauf der Diskussionen dieses Sommers wurde der (in Drogenfragen nicht besonders bewanderte) Departementsvorsteher aus seinem Beraterumfeld regelmäßig und eindringlich auf die Wichtigkeit der Weiterexistenz des Fixerstüblis aufmerksam gemacht – ohne Erfolg. Der unbefangene Beobachter erhält den Eindruck, daß der Vorsteher des Justizdepartements die Interessen einiger weniger lautstark lamentierender BürgerInnen über die Interessen des Allgemeinwohls stellt.

Von Beginn an ermutigende Reaktionen erhielten die BetreiberInnen von den verschiedensten Stellen im Sanitätsdepartement; der Departementsvorsteher (Regierungsrat Gysin) setzte sich mehrfach persönlich für das Fixerstübli ein.

Ebenfalls ausschließlich positive Reaktionen erhielten wir von diversen Amts- und Fachstellen mit ähnlicher Klientel; verschiedene InteressentInnen ließen es sich nicht nehmen, einen Abend im Lokal zu verbringen.

Etwas seltsam gestaltet sich der Kontakt zum Drop In. Obschon von Seiten des Fixerstüblis die Bereitschaft signalisiert wurde, die im Lokal gemachten Erfahrungen in das „offizielle“ Gassenzimmerprojekt einfließen zu lassen, er-

folgte keine Reaktion seitens der Leitung des Drop In. Das Fixerstübli-Projekt schien nicht zu interessieren. Dafür erschienen mehrfach Menschen, die sich beim Drop In für eine der ausgeschriebenen Gassenzimmer-Stellen interessiert hatten, und die, im Sinn einer „Schnupperlehre“, an das Fixerstübli verwiesen wurden. Was den direkten Kontakt betrifft, so ist dieser zu Drogenhilfe-Projekten anderer Städte im In- und Ausland wesentlich besser als zum Basler Drop In.

Die „Kette“, die Dachorganisation der privaten Drogenhilfe-Projekte in der Region, wurde in Sachen Fixerstübli aktiv, als Regierungsrat Facklam in der Presse ankündigte, die Finanzierungshilfe werde mit der Eröffnung des „offiziellen“ Gassenzimmers eingestellt. Auf einem Hearing zum Thema Fixerräume wurde ein Communiqué verabschiedet, welches die Regierung auffordert, das Fixerstübli nach der Eröffnung des Drop-In-Gassenzimmers als gleichwertigen Partner zu betrachten.

Öffentlichkeit

Medien

Das Medienecho auf die bisherigen Pressekonferenzen und auf die verschiedenen öffentlichen Verlautbarungen von V.I.R.U.S. fiel ausschließlich positiv aus. Ansonsten war das Interesse der Basler Medien am Fixerstübli im ersten Betriebsjahr eher gering; Erwähnung fand es in einigen Artikeln, die sich mit der kantonalen Drogenpolitik befaßten (Gassenzimmer-Debatte; Regierungsrätliche Stellungnahmen) und in Leserbriefen (v.a. im Zusammenhang mit der Gassenküche-Eröffnung). Vor allem bei der größten Zeitung der Region entstand manchmal der Eindruck, das Projekt würde gezielt ignoriert; so brachte es die BaZ fertig, auch nach monatelangem Fixerstübli-Betrieb den weiterhin nur auf dem Papier bestehenden Fixerraum des Drop In als Basels „erstes Gassenzimmer“ zu bezeichnen...

Im zweiten Betriebsjahr wirkten sich sowohl die zunehmende Etablierung von V.I.R.U.S., als auch die Thematisierung des Drogenproblems als Sommerlochfüller auf die Medienpräsenz aus. Aktionen, wie das Aufstellen von Spritzen-Entsorgungscontainern auf öffentlichem Grund oder die forcierte Öffentlichkeitsarbeit als Reaktion auf die regierungsrätliche Verwarnung brachten dem Verein Schlagzeilen. In der öffentlichen Diskussion zur Basler Drogenpolitik, zur im Spätherbst erfolgten Verschärfung der Berner Praxis, sowie zur Debatte im Vorfeld der Fixerraum-Abstimmung in Zürich wurden immer wieder Stellungnahmen aus dem Kreis der Fixerstübli-BetreiberInnen eingeholt. In den letzten Monaten erreichte das Ausmaß des öffentlichen Interesses die Schmerzgrenze; die Mitwirkung einzelner Mitglieder an Podien, Kommissions-Sitzungen und Meetings, sowie der daraus resultierende Papierkrieg schränkten die verbleibende Freizeit der Fixerstübli-AktivistInnen zusätzlich ein und wirkten sich bei einigen sogar negativ auf das eigentliche Berufsleben aus.

Verhältnismäßig groß ist das Interesse für das Projekt im Ausland. Aus der Bundesrepublik Deutschland erschienen im ersten Betriebsjahr zwei Fernsehteams (Bayern 3 und RTL Plus); in Tageszeitungen und Magazinen verschiedener Länder erschienen Artikel über den Betrieb (Deutschland, Frankreich, Holland). Ferienheimkehrer aus aller Welt berichteten, daß sie bei Erwähnung

ihrer Herkunft auf das Lokal angesprochen worden seien (u.a. in USA, Indien, Italien, Japan, Spanien).

Interessierte Fachkreise

Viele im Sozial- und Drogenhilfebereich tätige Menschen zeigen ihr Interesse am Betrieb durch einen persönlichen Besuch. Aber auch wissenschaftlich orientierte InteressentInnen aus dem In- und Ausland wollen sich das Projekt an Ort und Stelle ansehen. Die Gästeliste reicht vom Leiter des Liverpools Heroinabgabe-Projekts bis zu holländischen Spitzenpolitikern. Es scheint sich auch herumgesprochen zu haben, daß das Fixerstübli ein geeigneter Ort ist, um FixerInnen anzusprechen; sei es aus wissenschaftlichen oder journalistischen Gründen. Bezeichnenderweise kommen die meisten InteressentInnen aus andern Kantonen und aus dem Ausland.

Weitere InteressentInnen

Außer dem angesprochenen Zielpublikum, außer Fachleuten und Journalisten interessieren sich auch noch andere mehr oder weniger willkommene Gäste für den Betrieb.

Zu den weniger Willkommenen gehören die neugierigen oder auch nur einem Irrtum aufgefressenen Nachtvögel der Stadt; Betrunkene auf Sauf tour, die das Lokal mit einer Bar verwechseln; Freier, die glauben, es handle sich um ein Bordell oder solche, die gezielt herkommen, um sich drogenabhängige Frauen „aufzureißen“. Regelmäßig nach Presseberichten erscheinen plötzlich Nachtschwärmer, die ihre Neugier mit dem Vorwand „wieder einmal im Spielsalon Lucky flippern zu wollen“ kaschieren.

Willkommen sind hingegen Anwohner, die sich ein Bild machen wollen, oder Menschen, die ihre Betroffenheit zeigen. So kam beispielsweise vor Weihnachten ein älteres Ehepaar vorbei, um selbstgestrickte Pulswärmer an die BesucherInnen zu verteilen. Manchmal suchen auch Straßenmusiker das Lokal auf und geben aus Solidarität ein Ständchen für die Anwesenden. Auch ein Schauspieler, der sich in eine neue Rolle einleben wollte, verbrachte schon einen Abend im Lokal.

Nachbarschaft

Allgemeines

Es liegt auf der Hand, daß der Betrieb eines Gassenzimmers Auswirkungen auf die Nachbarschaft bringt. In einem Gebiet, das im weiteren Sinne ohnehin zur „Gasse“ gehört, überwiegen sicherlich die positiven Auswirkungen (während den Betriebszeiten Entlastung von Restauranttoiletten, Hauseingängen und Hinterhöfen, Verminderung des herumliegenden Injektionsmaterials). Andererseits kann die Massierung von DrogenkonsumentInnen vor einer Liegenschaft auch durchaus bedrohlich wirken, insbesondere deshalb, weil das Aussehen dieser Menschen oft nicht dem Wunschideal entspricht. Dazu kommt, daß, bedingt durch die Schwarzmarktsituation, Unstimmigkeiten untereinander lautstark oder gar handgreiflich ausgetragen werden (schlechte Ware, Betrug beim Handel). Nach den bisherigen Erfahrungen darf jedoch klar festgestellt werden, daß eine tatsächliche Bedrohung von AnwohnerIn-

nen durch die Existenz eines Fixerraums nicht gegeben ist; die Kriminalität im Wohnviertel ist seit Bestehen des Lokals – gemäß Polizeiangaben – jedenfalls nicht gestiegen.

Die spezielle Situation des Fixerstüblis

Das Fixerstübli liegt am Ende der Rheingasse, am Rand des Gebietes, das als „Basler Gasse“ bezeichnet wird. Ein Standort, der weiter von der Drogenszene entfernt liegt, ist bei der gegenwärtigen Drogenpolitik nicht wünschenswert, da mit einem Gassenzimmer nicht primär die gesellschaftlich integrierteren, in einer Wohnung lebenden DrogenkonsumentInnen, sondern die Menschen auf der Gasse angesprochen werden sollen. Verlagert man den Konsumort zu weit von der Gasse weg, so bleiben die BesucherInnen entweder aus oder die Gasse verlagert sich mit. Das Wohnviertel gilt seit jeher als problematisch, außer den Konsumenten illegaler Drogen wanken auch Alkoholiker und Nachtschwärmer aller Arten dort herum, laute und unappetitliche Straßenszenen gehörten schon immer zur Tages- und Nachtordnung. Die BewohnerInnen der nahen Utengasse sind starkem Zubringerverkehr zu den angrenzenden Warenhäusern ausgeliefert. Es verwundert daher nicht, daß jegliche weitere Beeinträchtigung der Wohnqualität abgelehnt wird. Erstaunlicherweise sind bisher dennoch relativ wenige Stimmen aus dem Viertel gegen das Fixerstübli laut geworden. Im Gegenteil, die ersten spontanen Spenden erreichten uns aus der Rhein- und der Utengasse. Offensichtlich begrüßen viele BewohnerInnen, die das Elend der Drogenszene täglich vom Fenster aus miterleben müssen, die Existenz eines Fixerraums. Bei den unmittelbaren Nachbarn ist die Stimmung unterschiedlich; mit einigen kommen regelmäßig Gespräche zustande, mit anderen nicht. Ablehnung und Befürwortung halten sich in etwa die Waage. Diejenigen, die das Fixerstübli ablehnen, äußern sich mehrheitlich zwar prinzipiell positiv zu einem Fixerraum, orientieren sich aber persönlich lieber an der Politik Sankt Florians. Andere hatten anfänglich nichts gegen den Standort einzuwenden, erleben jetzt jedoch, daß der Andrang bzw. die damit verbundene Störung der Wohnqualität ständig größer wird und daß das seit langer Zeit versprochene „offizielle“ Gassenzimmer, von dem sie sich eine Beruhigung erhoffen, noch immer nicht realisiert ist. Ihre Wut richtet sich (folgerichtig) nicht gegen das Fixerstübli, sondern gegen die zuständigen Politiker. Aber auch schärfere Töne werden vermehrt hörbar: einige Scharfmacher, die sich schon 1987 mit vehementem Protest gegen die Spritzenabgabe auf der Gasse zu Wort gemeldet hatten, haben sich nach anfänglichem Schweigen wieder formiert und fordern lautstark und mit viel Post an die Regierung die Schließung des Lokals. Drohungen der Bürgerwehrbildung und des Steuerboykotts werden ausgestoßen. Auf der anderen Seite gibt es auch direkte AnwohnerInnen, die sich persönlich für das Projekt einsetzen, sei es durch öffentliche Stellungnahmen, durch Eingaben an die Regierung, durch Spenden oder durch direkte Mitarbeit. Die Meinungsstaltung geht bis in die Kirchen: während der evangelische Pfarrer im Stadtviertel eine Kirchenkollekte zugunsten des Fixerstüblis durchführt, sammelt sein katholischer Kollege Unterschriften zur Schließung. Die Situation bei der Mehrheit der AnwohnerInnen gestaltet sich zur Zeit so, daß man die Notwendigkeit einer solchen Institution einsieht, sich auch mit der Existenz des Fixerstüblis abgefunden hat, jedoch energisch weitere Hilfsprojekte im Viertel ablehnt.

Bezeichnenderweise wurden die ersten kritischen Stimmen gegen das Fixerstübli erst laut, als die Gassenküche im Herbst 89 ihren Standort in die Nachbarschaft verlegte. Der Einsatz des als Entlastung gedachten Spritzenabgabe-Busses brachte im September 90 das Faß zum Überlaufen; brave BürgerInnen verhinderten das vom Gesundheitsamt initiierte Projekt mit einer nicht genehmigten Demonstration. Die emotionelle Entladung führte aber auch zu Gesprächen zwischen verschiedensten Betroffenengruppierungen; im Anschluß an ein Podium entstand die Institution des „Kleinbasler Stammtisches“, an dem sich in regelmäßigen Abständen bis zu 60 Betroffene (Anwohnerschaft, Gewerbe, Sozialhilfe, Gassenarbeit, Drogenabhängige) treffen, gemeinsam mögliche Lösungen diskutieren und der Regierung die fernab jeglicher Polarisierung liegenden Konsensbeschlüsse zur künftigen Drogenpolitik im Viertel in ultimativer Form präsentieren. Der zuständige Regierungsrat facklam reagierte bisher eher verunsichert als erfreut auf diesen Zusammenschluß der Betroffenen. Auf die Forderung nach sofortiger Schaffung weiterer Fixerräume reagierte der Magistrat beispielsweise mit einer Art Bankrotterklärung: der Regierung seien hier aus legalistischen Gründen die Hände gebunden; schnelle Projekte ließen sich nur auf privater Basis realisieren...

Wie sieht denn nun aber die tatsächliche Auswirkung des Fixerstüblis auf das Stadtviertel aus?

Die Öffnungszeiten des Lokals liegen so, daß die Geschäftszeiten nur am Rand tangiert werden und daß die Nachtruhe sichergestellt ist (18 – 21 Uhr). Da auch die Gassenküche ähnliche Öffnungszeiten hat, stehen sowohl tagsüber, als auch nach 21 Uhr keinerlei FixerInnen-spezifische Angebote im hinteren Teil der Rheingasse zur Verfügung.

Die einzige ungünstige Konstellation besteht in der Nachbarschaft des Pfarreiheims der katholischen Kirche. Der umfriedete Innenhof mit Gebüsch und fließendem Wasser stellt für DrogenkonsumentInnen eine verlockende Alternative zum Schlangestehen vor dem Fixerraum dar. Die im „Außendienst“ stehenden MitarbeiterInnen achten jedoch streng darauf, daß sich während der Betriebszeiten keine FixerInnen in den Pfarrei Hof absetzen. In einem Gespräch mit der Kirchenverwaltung wurde überdies vereinbart, daß das dem Fixerstübli gegenüberliegende Eingangstor während der „kritischen“ Zeiten geschlossen bleibt.

Das größte Problem besteht in der Exklusivität des Lokals. Während der Betriebszeiten verlagert sich die im vorderen Teil der Rheingasse angesiedelte Szene in zunehmend ausgeprägterem Maß vor das Fixerstübli, das aus Platzgründen nur einen Bruchteil des Andrangs aufzunehmen vermag. An schönen Abenden ist daher die Liegenschaft weiträumig belagert. Vermehrt ziehen sich auch FixerInnen, die des langen Wartens auf den Eintritt in das Fixerstübli überdrüssig sind, in Hinterhöfe des Viertels zurück. Die strenge Handhabung des Dealverbots im Lokal und die immer wieder aufflackernde polizeiliche Neigung, KonsumentInnen auf dem Weg zum Lokal zu kontrollieren, führte dazu, daß sich in den letzten Monaten der Gassendeal vermehrt in der engeren Umgebung des Fixerstüblis abzuwickeln begann. Die Verunsicherung vieler AnwohnerInnen durch die nicht immer schönen Bilder (und zeitweise lautstarken Szenen), die sich aus dieser Situation ergeben, ist daher auch verständlich.

Die BetreiberInnen des Lokals sind um ein gutes Einvernehmen mit der Nachbarschaft sehr besorgt. Zur Vermeidung unliebsamer Effekte wird die nähere Umgebung während der Betriebszeiten konstant von einem Teammitglied überwacht. Die Hauptbeschäftigung liegt dabei im Verhindern des Drogenkonsums Warte-Unwilliger auf offener Straße (oder in benachbarten Winkeln) und im Wegspülen von Erbrochenem. Das vielkritisierete Urinieren in der Umgebung kommt – während der Betriebszeiten – vergleichsweise selten vor und wenn doch, dann handelt es sich wesentlich häufiger um Vierbeiner oder um mehr oder weniger alkoholisierte Männer, als um Gäste des Fixerstüblis. Insbesondere die StammbesucherInnen achten selbst auch auf einen gesitteten Ablauf; sie wissen um die Probleme mit einigen AnwohnerInnen und sind sich der Gefährdung des Lokals durch Exzesse bewußt. Nach Lokalschluß wird allabendlich die nähere Umgebung von Spuren des Abends befreit (Tupfer, Gassenküche-Geschirr, Papier, Zigarettenstummel usw.); erfreulicherweise helfen viele BesucherInnen bei diesen Arbeiten tatkräftig mit (gebrauchte Spritzen gehören in der Nachbarschaft des Lokals übrigens zu den äußerst raren Fundstücken). Nach Lokalschluß verbleiben keine sichtbaren Spuren des Betriebs.

Vergleiche mit ähnlich gelagerten Projekten sind schwierig, da bisher erst die Städte Bern und (seit kurzem auch) St. Gallen Erfahrungen mit eigenen Gassenzimmern vorweisen können. Die Erkenntnis, daß sich Nachbarschaftsprobleme nicht aus dem eigentlichen Betrieb eines Fixerraums ergeben, sondern die Folge zu klein dimensionierter Angebote sind, wurde allerdings bei sämtlichen Projekten gewonnen.

Teil II: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Auswirkungen auf die KonsumentInnen

Böse gesagt ist der Heroinabhängige der Prototyp des Idealkonsumenten schlechthin: Mit ungebremster Konsumsucht kauft er schlechte Ware zu überhöhten Preisen, läßt sich bewußt dauernd betrügen, ohne den Händler zu wechseln und schafft es nicht, sich mit andern Betroffenen zusammen zu tun, um seine Situation zu verbessern. Angesichts dieser Voraussetzungen stellt sich die Frage, ob ein Fixerraum die Konsumhaltung der Angesprochenen nicht noch verstärkt. Die Selbstverständlichkeit, mit der inzwischen viele BesucherInnen vom Angebot Gebrauch machen, nährt diese Befürchtung zusätzlich.

Andererseits gebietet der aktuelle Zustand der Drogenszene, der im wesentlichen die Folge massiver prohibitorischer Repressionsmaßnahmen ist, die Schaffung von niedrigschwelligen Institutionen, die geeignet sind, der Verelendung, dem schnellen und dem langsamen Sterben auf der Szene entgegenzuwirken.

Akute Überlebenshilfe

- Fixerräume sind geeignet, akute Überlebenshilfe für DrogenkonsumentInnen zu bieten (Beatmungen).
- Fixerräume fördern den Erfahrungsaustausch unter den KonsumentInnen be-

treffs aktueller Drogenqualität. Eventuelle Überdosierungen oder Vergiftungen können so im Ansatz verhindert werden.

- Die ganz spezifische Streßsituation, bei der Injektion von Polizei oder andern Leuten erwischt zu werden, entfällt. Die Injektion kann wesentlich ruhiger angegangen werden.

Verelendung

- Fixerräume wirken sich positiv auf den Allgemeinzustand der FixerInnen aus; der Zustand der Venen vieler regelmäßiger BesucherInnen hat sich deutlich gebessert (verbesserte Hygiene und das Gebrauchen neuer Nadeln für jeden Einstich). Desinfektion der Einstichstelle und der Gebrauch von Salben ist für viele innerhalb kurzer Zeit zur Selbstverständlichkeit geworden. Ekzeme und Abszesse bleiben nicht verborgen, sondern lösen bei anderen BesucherInnen und beim Personal eine Welle von Ratschlägen aus.
- Fixerräume sind geeignet, das soziale Verhalten innerhalb der Szene zu verbessern; gegenseitige Hilfe bei Injektionen war in den ersten Wochen undenkbar; inzwischen gehört sie zum Alltag. Die Anteilnahme an fremden Schicksalen nimmt zu. Selbst das Warten im überfüllten Vorraum kann zum Lernprozeß werden; nicht selten entwickeln sich Gespräche, zu denen es auf „freier Wildbahn“ nie gekommen wäre.
- Die Niederschwelligkeit von Fixerräumen im Stil des Fixerstüblis besteht nicht zuletzt darin, daß es sich bei den BetreiberInnen nicht um institutionalisierte SozialarbeiterInnen handelt. Für viele, die institutionalisierte Drogenhilfsprojekte (z.B. Drop In) meiden, ist dies die einzige Möglichkeit, mit nicht drogenabhängigen Menschen regelmäßigen Kontakt zu halten. Die BetreiberInnen vermitteln Tips und Adressen für spezielle Probleme (und müssen dabei oft mit Erstaunen feststellen, daß selbst prominenteste Anlaufstellen vielen Gassenjunkies völlig unbekannt sind).
- Für die sogenannten „Filterlisammeler“ sind Fixerräume ideale „Jagdgebiete“. Dem Problem, daß solchen Menschen in einem Fixerraum wesentlich größere Beschaffungsmöglichkeiten geboten werden als auf der Gasse, steht gegenüber, daß die hier erhaltenen Filter frischer sind (geringere Gefahr von Pilzbildung; der Kontakt mit Blut kann leichter festgestellt werden). Auch ermöglicht die relativ leichte Beschaffbarkeit der Filter eine Einschränkung des polytoxikomanen Verhaltens (v.a. des Medikamentenmißbrauchs) und ermöglicht mittellosen Süchtigen die Behebung von Entzugssymptomen ohne kriminelle Beschaffungsdelikte. Bedenklich ist das Filterrecycling in gesundheitlicher Hinsicht. In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, daß die meisten FiltersammlerInnen dies nur in Ausnahmesituationen machen; die diesbezüglichen Gefahren sind ausreichend bekannt.

Infektionsprävention

- Dank der Niederschwelligkeit kann eine sehr breite Szene mit sterilem Injektionsmaterial versorgt werden. Insbesondere die am meisten Gefährdeten (Gassenjunkies) werden durch das Angebot erreicht.
- Die nicht limitierte Spritzenabgabe bewirkt, daß selbst nicht zur Stammklien-

tel zählende FixerInnen durch „Groß“bezieherInnen außerhalb der Fixerstübli-Betriebszeiten mit sterilem Material versorgt werden können.

- Das Bewußtsein, eine Spritze nie zweimal zu verwenden, wird gefördert. In Gesprächen kann auch auf andere Infektionsrisiken aufmerksam gemacht werden.
- Die gute Versorgung von auf dem Drogenstrich tätigen BesucherInnen mit Qualitätspräservativen ist ein wichtiger Beitrag zur Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

Auswirkungen auf die Drogenpolitik

Bei den geltenden gesetzlichen Normen wirken Fixerräume provokativ. Dies führt letztendlich zu einer breiten Diskussion über die Drogenproblematik. Die Tatsache, daß Fixen mit staatlichen Mitteln „unterstützt“ wird, wirkt sich auch auf die Einstellung der „Normalbevölkerung“ zum Tatbestand des Drogenkonsums aus. Das Öffentlichmachen einer Problematik führt zu besserem Verständnis für die Situation der Drogenabhängigen.

Positive Aspekte

- Die Enttabuisierung der Problematik und die „Normalisierung“ des Drogenkonsums bewirken höhere Toleranz im Umgang mit Betroffenen.
- Die Schaffung von Fixerräumen, aber auch schon die damit verbundenen Diskussionen sind Schritte in Richtung einer humaneren Drogenpolitik.

Negative Aspekte

- Die Absorption offener Szenen durch Fixerräume und die dadurch mögliche Stadtbildkosmetik ist dem Druck auf die Politiker, Gesetzesrevisionen vorzunehmen, abträglich. Eine offene Szene kann in dieser Hinsicht motivierender sein.
- Bei Zentralisierung niederschwelliger Hilfsangebote droht eine Ghettoisierung.
- Die Gefahr, daß Polizei und Staatsanwaltschaft Fixerräume für Großaktionen gegen DrogenkonsumentInnen mißbrauchen, ist gegeben.

Auswirkungen auf präventive Bemühungen

- Im Gegensatz zu anderen Szenetreffpunkten findet in einem Fixerraum keine Vermischung der „weichen“ und „harten“ Drogenszenen statt. Eine weitere Entflechtung wäre durch Schaffung von Handelsplätzen für die einzelnen Drogentypen anzustreben (z.B. nach dem niederländischen „Coffeeshop“-Modell für Cannabis-KonsumentInnen). Heroin-Abgabestellen bzw. Handelsplätze für HeroinkonsumentInnen müßten allerdings dem Umstand Rechnung tragen, daß man auf eine Vermeidung der Ghettoisierung achtet und solche Stellen nicht an Orten ansiedelt, wo sich Einstiegs- oder Rückfallgefährdete aufhalten (möglichst keine Integration in Tagesstrukturen und/oder bestehende andere Gassenangebote).
- In einem Fixerraum erhalten selbst DrogenkonsumentInnen, die sämtliche Brücken hinter sich abgebrochen haben, das Gefühl, als Mensch akzeptiert

zu werden. Dies wirkt sich positiv auf die Empfänglichkeit für andere Hilfsangebote aus.

- Die Erfahrung hat gezeigt, daß sich NeueinsteigerInnen vom Drogenkonsum im Fixerstübli nicht angesprochen fühlen. Das geballte Elend und die dauernde Präsenz von FixerInnen, die beim Suchen nach einer noch brauchbaren Vene richtigergehende Blutbäder veranstalten, wirken eher ernüchternd als einladend.

Exklusivitätsfolgen

- Wegen des starken Andrangs ist eine objektiv straßefreie Injektion nicht gewährleistet; zeitweise wird das Ganze zu einem Abfertigungsbetrieb, in dem die einen BesucherInnen lange Zeit ungeduldig anstehen müssen, die anderen ständig aufgefordert werden, ihren Platz für den nächsten freizumachen. Von den meisten wird dies aber der Alternative Toilette noch immer vorgezogen.
- Unvermeidlicherweise wird ein Fixerraum während der Öffnungszeiten automatisch zum Treffpunkt von Drogenabhängigen. Der Kleinhandel ist in der Praxis nicht vermeidbar; durch Verbannung aus dem Lokal wird er lediglich auf die Straße verlagert.
- Manche Beamte nehmen das Fixerstübli als Vorwand für hartes Vorgehen gegenüber den außerhalb fixenden Leuten („... das kannst Du doch im Fixerstübli machen!“);
- Fixerräume können eine erhebliche Entlastung für die Umgebung, in der sich die Drogenszene angesiedelt hat, mit sich bringen (z.B. Kinderspielplätze, Toiletten in Restaurants und Geschäften). Allerdings muß sich die Dimensionierung bzw. die Anzahl solcher Institutionen am realen Bedürfnis orientieren.

Es braucht noch viel mehr...

Fixerräume sind kein Patentrezept für „das Drogenproblem“; sie stellen lediglich ein Hilfsangebot dar, das kurzfristig die negativen Folgen der traditionellen Drogenpolitik zu lindern vermag. Ursprünglichere Bedürfnisse (Arbeit, Wohnung, soziale Integration) werden damit nicht abgedeckt. Hier besteht noch ein großer Bedarf an schnell realisierbaren, ambulanten Maßnahmen (z.B. die Schaffung und Erweiterung von Tagesstrukturen, Wohnprojekten, Gassenküchen, medizinischen Anlaufstellen, Schuldensanierungshilfen usw.). Damit die Zielklientel erreicht werden kann, müssen sich die Konzepte den Bedürfnissen der Szene anpassen – der (oft praktizierte) umgekehrte Weg führt zwar zu wunderschönen Schriftstücken, der erhoffte Erfolg bleibt jedoch aus.

Eine tiefgreifende Entschärfung der Problematik dürfte erst mit einer Gesetzesrevision möglich werden. Solange das Gesetz die Drogenkonsumenten kriminalisiert und solange Süchtige auf einen Schwarzmarkt angewiesen sind, solange werden sämtliche Hilfsangebote nicht viel mehr als Symptombekämpfungsmaßnahmen darstellen.

DAS PROJEKT „GASSENZIMMER“ IN BASEL

Josef Frey

In den Jahren 1987 bis 1989 konnte man in der Basler Drogenszene eine zunehmende Verelendung feststellen. Eine steigende Zahl von Konsumenten illegaler Drogen litt unter Krankheiten und Folgekrankheiten des Fixens, ohne sich in medizinische Behandlung zu begeben.

Gleichzeitig waren erste Erfahrungen über einen Fixerraum in Bern (Münstergasse) verfügbar, die auf eine neue Möglichkeit der sog. Überlebenshilfe hindeuteten.

Zudem lag Mitte 1989 ein Rechtsgutachten des Strafrechtsprofessors Dr. Hans Schultz vor, das er für die Eidgenössische Betäubungsmittelkommission erstellt hatte und das besagte, daß Fixerräume nach geltendem Schweizer Recht zulässig seien.

Im November 1988 beauftragte das Justizdepartement des Kantons Basel-Stadt (entspricht dem bundesdeutschen Landesjustizministerium) den Trägerverein „Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen“ (AAJ) der Drogenberatungsstelle Drop-in mit der Ausarbeitung eines Konzepts für den Betrieb eines Gassenzimmers. Der Vereinsvorstand der AAJ delegierte die Ausarbeitung im November 1988 an eine interne Arbeitsgruppe des Drop-in. Der Leiter des Drop-in wurde mit der Projektierung des Gassenzimmers beauftragt.

Das Drop-in besteht seit 1971 und betreibt seither eine Beratungs- und Anlaufstelle für Konsumenten illegaler Drogen und deren Bezugspersonen. Der Drogenkonsum ist in der Anlaufstelle jedoch nicht erlaubt. Der Aufenthaltsraum bietet eine geschützte Atmosphäre mit der Möglichkeit, kostenlos Tee zu trinken, zu telefonieren, eine Schreibmaschine zu benutzen und ersten Kontakt aufzunehmen. Das Team setzt sich aus einem Arzt, einer Psychologin, aus SozialarbeiterInnen und einer Sekretärin zusammen. Es besteht die Möglichkeit, sterile Spritzen mit Kanüle und Tupfer sowie Kondome gratis mitzunehmen; gebrauchte Spritzen werden zurückgenommen. Alle MitarbeiterInnen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und haben Zeugnisverweigerungsrecht.

Das Behandlungsziel der Beratungsstelle ist Abstinenz von illegalen Drogen, was aber beim Erstkontakt nicht vorausgesetzt wird. Die Suchtmittelabhängigkeit wird als Bestandteil einer prozeß- und phasenhaften Entwicklung gesehen, die auch von Rückfällen mehr oder weniger geprägt sein kann.

Eine detaillierte Konzeption des Gassenzimmers wurde im Januar 1989 durch den Vorstand des Vereins AAJ dem Justizdepartement vorgelegt. Diese sei hier kurz vorgestellt:

Das Gassenzimmer soll die Zielgruppe erreichen, die besonders von Verelendung betroffen ist und nicht von den herkömmlichen Drogenhilfesystemen erreicht wird. Zum einen soll ein möglichst streßfreier Raum zur Verfügung stehen, in dem nur ein Minimum an Regeln einzuhalten ist, zum anderen wird im Rahmen der Gesundheitsvorsorge ein vom übrigen Betrieb abgegrenzter Raum angeboten, in dem unter hygienischen Bedingungen und unter Aufsicht illegale Drogen konsumiert werden dürfen. Das interdisziplinäre Team besteht aus ÄrztInnen, Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen. Die Öffnungszeiten sind von Montag bis Samstag von 17.00 bis 21.00 Uhr. Die MitarbeiterInnen sollen nach Möglichkeit eine Vertrauensbasis schaffen und auch an andere Institutionen der Drogenhilfe vermitteln, soweit dies von den Besuchern gewünscht wird. Der Handel mit illegalen Drogen ist in und vor dem Gassenzimmer nicht erlaubt.

Da die Drogenszene in Basel bereits sehr zentralisiert in einem Quartier in Erscheinung getreten ist, sollte das geplante Gassenzimmer möglichst nicht direkt in der Szene, aber auch nicht weiter als 20 Gehminuten davon entfernt sein; eine Ghettoisierung soll auf jeden Fall vermieden werden.

Im folgenden wird chronologisch das Bewilligungsprozedere für das Gassenzimmer bis zum heutigen Zeitpunkt aufgezeigt:

Im Februar 1989 wird ein Nachtragskredit beim Großen Rat (entspricht den bundesdeutschen Landesparlamenten) für die Finanzierung des Gassenzimmers beantragt.

Anfang März 1989 schlägt das Justizdepartement eine staatseigene Liegenschaft als Gassenzimmer vor, was in den kommenden Monaten große Opposition in der Bevölkerung hervorruft. Vor allem wird die räumliche Nähe zu Schulen kritisiert. Der Projektleiter wird gleichzeitig mit der Stellenbesetzung beauftragt. Er stellt ein provisorisches Team von fünf Personen zusammen, die jedoch noch nicht angestellt werden, weil der Standort nun auch immer mehr von politischer Seite in Frage gestellt wird.

Am 16. Juli 1989 wird dieser Standortvorschlag von seiten des Justizdepartements verworfen und gleichzeitig der Trägerverein Drop-in beauftragt, eine „mobile Lösung“ (zum Beispiel Bus oder Caravan) auszuarbeiten. Entsprechende Recherchen, die v.a. in Zürich und Bern durchgeführt werden, ergeben, daß eine mobile Lösung aus vielerlei Gründen nicht praktikabel ist. Das Ergebnis wird im August 1989 auch einer breiten Öffentlichkeit mitgeteilt, da schon zuvor in der Presse verbreitet wurde, daß demnächst ein Bus als „Gassenzimmer“ eingerichtet werden soll.

Anfang September 1989 wird auf einem Parkplatz in der Nähe des Kantonsospitals ein weiterer Standort gefunden, an dem ein winterfester Holzpavillon als Gassenzimmer eingerichtet werden soll. Daraufhin erfolgen Überarbeitungen der baulichen Konzeption und eine intensive Zusammenarbeit aller involvierten Stellen. Gleichzeitig wird eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit geplant, die vor allem Anwohner und in der Nähe liegende Schulen erreichen soll.

Als im November 1989 die offizielle Bauausschreibung erfolgt, formiert sich Widerstand gegen das Gassenzimmer. Die Gegner, vorwiegend Anwohner und Gewerbetreibende, geben lautstark bekannt, daß sie sämtliche Rechtsmittel gegen dieses Baugesuch und damit gegen das Gassenzimmer einlegen werden.

Tatsächlich wird eine Vielzahl von Rekursen (Rekurs = Einspruch) gegen das Baugesuch erhoben, die alle bis zum Sommer 1990 zurückgezogen werden – bis auf eine Ausnahme.

Dieser Rekurs wird erstinstanzlich abgewiesen. Der Rekurrent geht beim Verwaltungsgericht in die zweite Instanz. Das Verwaltungsgericht gibt dem Einspruch keine aufschiebende Wirkung und lehnt ihn ab. Aufgrund dieser Entscheidung legt der Rekurrent beim Bundesgericht Rekurs ein. Anfang November 1990 muß das Justizdepartement Basel-Stadt dem Bundesgericht einen Bericht vorlegen. Der Entscheid über eine eventuelle aufschiebende Wirkung des Baubeginns wird am Bundesgericht Ende November 1990 erwartet. Das definitive Urteil wird voraussichtlich im Frühjahr/Sommer 1991 verkündet. Der Trägerverein AAJ hofft somit, das Gassenzimmer nach einer viermonatigen Bauzeit im Frühjahr 1991 eröffnen zu können.

Abschließende Bewertung

Bemerkenswert erscheint mir im Rückblick die geradlinige Vorgehensweise des Vereins AAJ im Hinblick auf die in der Drogenhilfe und in der Bevölkerung vorhandenen unterschiedlichen Vorstellungen, wie Überlebenshilfe durchgesetzt werden sollte. Durch die extrem lange Planungszeit und die sehr wechselhaften Rahmenbedingungen wurde der Verein, und noch mehr das Drop-in, Ziel ungerechtfertigter Attacken von verschiedensten Seiten. Zum einen schien die Vorgehensweise des Projektleiters den der Szene Nahestehenden zu langsam. Zum anderen kamen erwartungsgemäß aus bürgerlichen Kreisen Angriffe, die jedoch zumindest im räumlichen Umfeld des geplanten Gassenzimmers bis heute erfolgreich aufgefangen werden konnten, und zwar durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit u.a. in Schulen.

Die MitarbeiterInnen der abstinenzorientierten Drogenberatungsstelle Drop-in wurden, da ihr Leiter anfangs die Projektleitung des Gassenzimmers übernahm, oft fälschlicherweise als zukünftige MitarbeiterInnen des geplanten Projekts gesehen, was in der täglichen Arbeit eine gewisse Unruhe und Erschwernis mit sich brachte. Außerdem nahm die zeitliche Beanspruchung des Leiters solche Ausmaße an, daß der Verein im Frühjahr 1990 beschloß, für die Vertretung der beiden Einrichtungen Drop-in und Gassenzimmer sowie für die Projektleitung des letzteren einen hauptamtlichen Geschäftsführer einzustellen.

Dadurch sind optimale strukturelle Voraussetzungen geschaffen, die ein weiteres ergänzendes Drogenhilfeangebot im Raum Basel ermöglichen. Unter dem Dach des Vereins AAJ können damit zwei in ihrer Zielsetzung unterschiedliche Institutionen – die eine bietet Überlebenshilfe, die andere ist abstinenzorientiert – nebeneinander betrieben werden, wobei den Zielgruppen wie der Öffentlichkeit der Unterschied deutlich wird.

Was die Legalitätsfrage und die Haltung der Öffentlichkeit angeht, hat der verhältnismäßig lange „Gang durch die Institutionen“ eine stabile Basis bewirkt. Zahlreiche ehemalige BewerberInnen für einen Arbeitsplatz im Gassenzimmer haben ihre Bewerbung aufrechterhalten und konnten nun angestellt werden. Die finanzielle Sicherstellung für das Gassenzimmer ist durch die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zugesagt.

Außerdem hat die öffentliche Auseinandersetzung das gerne tabuisierte Thema „Drogenabhängigkeit“ in eine breitere Diskussion gebracht.

HAUS GILGAMESCH – ÜBERNACHTUNGSSTÄTTE FÜR DROGENGEBRAUCHER IN BASEL

François Thiebaud, Gaby Wirbel-Lorenz

Stiftung / Entstehung Haus Gilgamesch

Angesichts der prekären Lebensumstände von DrogenkonsumentInnen beschloß die Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme, seit 17 Jahren Träger einer therapeutischen Langzeiteinrichtung im Kanton Solothurn, die Realisierung eines gassennahen Projekts im Sinne einer primären Überlebenshilfe für jene Drogenabhängigen, die faktisch durch alle Maschen der bestehenden sozialen Netze fallen. Die neuen Perspektiven, wie sie für die Arbeit im Haus Gilgamesch handlungsleitend sind, gehen von folgenden Grundgedanken und Prämissen aus:

- Die Drogenpolitik muß ihre eingeschränkte Optik (Behandlung sonst Strafe, Abstinenz sonst Verelendung) überwinden. Die Droge muß entmystifiziert, die heutige Politik einer Kosten-Nutzen-Analyse unterzogen werden.
- Bei dieser Analyse müssen wir feststellen, daß die Strategie der Prohibition wohl gescheitert ist: Die Kriminalisierung trägt nicht zur Einschränkung des Drogenangebots bei. Wir werden mit der Droge leben müssen, und es bleibt uns nichts anderes übrig, als darauf zu vertrauen, daß Menschen lernen können, mit Drogen vernünftig umzugehen.
- Soweit dies einzelne nicht schaffen, verdienen sie nicht Aussonderung und Ächtung, sondern unsere mitmenschliche Solidarität. Nicht Absonderung und Vertreibung heißt die Devise, sondern Integration, und zwar auch dann, wenn der Süchtige nicht willens oder fähig ist, abstinenz zu leben.
- Die heutige Verelendung des Fixers ist nicht notwendige Folge seiner Abhängigkeit. Der Humanitätsgrundsatz gebietet, Hilfe anzubieten, die eine Verelendung verhindert oder gegebenenfalls mindert. Auch Abhängige haben Anspruch auf Selbstachtung und ein Leben in Würde.
- Wir müssen Lebensbedingungen und Hilfsangebote schaffen, in denen auch der Abhängige Verantwortung übernehmen kann, Verantwortung auch für seine Sucht und ihre Folgen. Er soll nicht mehr zur Abstinenz gedrängt werden; vielmehr ist er in seiner Autonomie zu stärken. Erst dann wird allenfalls eine Entscheidung gegen die Droge möglich sein.
- Die Gesellschaft soll deshalb ihr Ziel der Abstinenz oder des maßvollen Umgangs mit Drogen nicht preisgeben. Aber Abstinenz soll nicht Bedingung der Hilfeleistung sein.
- Therapieangebote mit dem Ziel der Abstinenz sollen weiterhin in vielfältiger Ausgestaltung demjenigen offenstehen, der sich freiwillig dazu entschließen

kann. Suchtbehandlung soll den Betroffenen zu mehr Autonomie und Selbstverantwortlichkeit hinführen. Die Initiative zur Lebens- und Verhaltensänderung soll bei ihm verbleiben. Jede Art von Zwangsbehandlung ist aus ethischer und therapeutischer Sicht fragwürdig und aufgrund des Persönlichkeitsrechts nicht statthaft.

- Drogenhilfe soll möglichst dezentral erfolgen, unter Einbeziehung der sozialen Umgebung des Abhängigen, unter Ausschöpfung seiner eigenen Ressourcen und durch Beanspruchung der allgemeinen sozialen und medizinischen Dienste. Drogenabhängige sind keine exotischen Wesen, die in insulären Vollzugsanstalten oder Therapiestationen kaserniert werden müssen.
- Methadon: Soweit eine Drogensatzabgabe (Substitution) angebracht erscheint, ist diese nie Selbstzweck, sondern eingebettet in soziale Hilfsprogramme, welche die praktischen Lebensprobleme meistern helfen: Wohnen, Essen, Arbeit, Hygiene, Ausbildung, Freizeit, Sozialintegration etc. Nicht die Abhängigkeit steht im Vordergrund, sondern der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und existentiellen Nöten.
- In rechts- und gesundheitspolitischer Hinsicht ist zu fragen, ob es überhaupt angeht, erwachsenen mündigen Menschen den Konsum von bestimmten Stoffen zu verbieten. Soziale Verantwortung ist nur dann wirklich wahrnehmbar, wenn wir dem Individuum die größtmögliche Freiheit belassen. Dazu gehört auch die Freiheit, über sein Leben selbst zu entscheiden. Selbstschädigung ist auch sonst – außer beim Militär – nicht strafbar.
- Wenn wir schließlich aus ökonomischer Sicht nüchterne Sozialbilanz ziehen, so wird klar, daß die Gesellschaft die Gewinne, die nur dank der Illegalität und Verfolgungsintensität erwirtschaftet werden, in irgendeiner Form abschöpfen muß. Der Justiz- und Verfolgungsapparat allein im Betäubungsmittelsektor bindet astronomische Summen, die in der Prävention, in der Gesundheitsvorsorge und in sozialen Hilfsprogrammen sinnvoller investiert werden könnten.¹

Die Überwindung der heutigen Pattsituation und eine neue Ausrichtung von Drogenpolitik und Drogenhilfe ist dringend gefordert. Hier kann die private Trägerschaft, wie schon in den siebziger Jahren, unkonventionelle Pionierarbeit leisten. Das Haus Gilgamesch ist ein bescheidener Versuch, den obigen Grundsätzen gemäß gegenzusteuern und das Problem dort anzupacken, wo unsere Solidarität am dringlichsten erscheint. Vielfältige Kontakte zu anderen Einrichtungen ließen deutlich werden, daß dem geplanten Projekt mit unterschiedlichsten Gefühlen, Erwartungen und Ängsten entgegengesehen wurde. Begeisterung, Skepsis, aber auch offene Ablehnung waren selbst in Fachkreisen spürbar. Mit dem Auftrag, einen Beitrag zu einer menschenwürdigen Lebensform von Drogenabhängigen zu leisten, um so der ansteigenden Verelendung auf der Gasse entgegenzuwirken, öffnete das Haus Gilgamesch am 30.1.1989 mit folgendem Platzangebot:

- 6 Bewohnerzimmer (4 Doppel-, 2 Einzelzimmer), allesamt mit WC/Waschgelegenheit und einer Grundeinrichtung. Die BewohnerInnen sollen den Wohnraum nach ihren Bedürfnissen selbst gestalten.
- 1 Eß- und Aufenthaltsraum
- 1 moderne Küche

- 1 ausgebauter Dachstock als Aufenthaltsraum mit Notbetten
 - 3 Badezimmer (2 Duschen, 1 Badewanne)
 - 2 Büroräume
 - im Keller: Vorratsraum, Werk- und Bastelraum, Waschküche, ausgestattet mit Waschmaschine und Wäschetrockner.
- An der Rückfront des Hauses befinden sich drei große Balkone und ein kleiner Garten mit Grillecke.

Team / Tätigkeitsfeld

Das ursprünglich sechsköpfige Team konnte kontinuierlich auf 900 Stellenprozente erweitert werden. Die 24-Stunden-Betreuung nimmt 800 Prozent in Anspruch, 50% werden für Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit, 50% für Verwaltungsarbeit benötigt. Das Hauptgewicht unserer Arbeit liegt auf sozialtherapeutischen Gesprächen. Diese werden rund um die Uhr angeboten. Oft finden sie nachts statt: Die BewohnerInnen leiden unter Ängsten und Depressionen, manche haben einen verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus. Aufgrund der sehr verschiedenen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Bewohner läßt sich keine allgemeingültige Zielsetzung definieren. Das Bestreben liegt vielmehr in einer individuell ausgerichteten Begleitung, die aus den spezifischen Bedürfnissen abgeleitet wird.

Die Aufgabenschwerpunkte der MitarbeiterInnen im Haus Gilgamesch sind:

- Angebot einer Infrastruktur: Wohn- und Eßraum, Waschmöglichkeit und Körperhygiene;
- gemeinsame Aktivitäten wie Kochen, Putzen, Freizeitgestaltung (z.B. Wochenlager, Kinobesuche, Ausflüge);
- Persönlichkeits- und Selbstwertförderung: dazu gehören Einzel- und Gruppengespräche, Förderung des kreativen Potentials (z.B. zeichnen, schreiben, musizieren), autogenes Training, Massage und Sport;
- Förderung der sozialen Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit mittels Bewohnersitzungen, Kontakten zu Familie und Begleitung zu Ämtern;
- Gesundheitsfürsorge: Vermittlung von Arzt- und Spitalkontakten, Abklärung und Begleitung von Substitutionsprogrammen, Erste Hilfe, Wundversorgung und medizinische Betreuung im Rahmen von Heimpflege sowie Sterbebegleitung; dazu Überlebenshilfen und psychosoziale, medizinische oder psychiatrische Kriseninterventionen. AIDS-präventiven Gesichtspunkten wird mit der unbeschränkten und kostenlosen Abgabe von sterilem Spritzbesteck und Präservativen, dem Auflegen von Informationsmaterial und dem Angebot von Gesprächen Rechnung getragen;
- Sozialarbeiterische Interventionen, z.B. Hilfe bei Wohnungssuche, Abklärung von Ansprüchen gegenüber der Invalidenversicherung, Arbeitsvermittlung, Kontakte zu Ämtern, Begleitung bei Einkäufen und Hilfe beim Einrichten von Wohnungen;
- Nachsorgemaßnahmen in sehr unterschiedlicher Intensität, d.h. von gelegentlichen Kontakten bis zu integrativen Betreuungen mit Finanzverwaltungen.

Die Erfahrungen der MitarbeiterInnen aus verschiedenen Berufsrichtungen sind sowohl für die BewohnerInnen als auch für das Team eine große Bereiche-

rung. In den wöchentlichen Teamsitzungen werden Meinungsverschiedenheiten ausdiskutiert und eventuelle Konzeptanpassungen besprochen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, weil jedes Teammitglied Verantwortung für das Gesamtgeschehen trägt. Eine hierarchische Struktur besteht nicht. Gerade in Momenten, in denen tiefe Ängste aufbrechen und Verzweiflung zu unkontrollierbaren Aggressionen und zu Gewalt führen kann, wird die Belastung für den Mitarbeiter enorm hoch: Spontanentscheidungen müssen ohne Rücksprachemöglichkeiten getroffen werden.

In uns sinnvoll erscheinenden Situationen führen Absprachen mit den Hausärzten zu sporadischen Abgaben von Methadon oder anderen Medikamenten. Auch dieser Aufgabenbereich führt zu Mehrbelastungen. Angesichts des betreuerischen Neulands, das wir mit unserem Projekt betreten haben, erschien es uns von Anfang an notwendig, das Haus Gilgamesch wissenschaftlich begleiten zu lassen. Seit September 1989 führt das Max-Planck-Institut in Freiburg (Bundesrepublik Deutschland) eine wissenschaftlich fundierte Evaluation durch. Die auf mindestens zwei Jahre angelegte und von einer Soziologin durchgeführte Begleitforschung gewährleistet, daß die bei uns gemachten Erfahrungen systematisch dokumentiert und fundiert ausgewertet werden. Bereits heute tragen ihre auch kritischen Fragen zu einer konstruktiven Reflexion im Team und in der Stiftung bei und sind hilfreiche Orientierungen in unserer Arbeit. Ferner ermöglicht uns die Stiftung regelmäßige Supervision und Praxisbegleitung. Der Kontakt zur Trägerschaft wird durch regelmäßig stattfindende Stiftungsausschußsitzungen gepflegt.

Klientel / Zielsetzungen

Der Leitgedanke der Arbeit im Haus Gilgamesch ist die Würde des Menschen, auch des abhängigen, und das gemeinsame Zusammenleben soll die Möglichkeit von Alternativen zur Inhaftierung in Strafanstalten oder zur Internierung in psychiatrischen Kliniken aufzeigen. Als niedrigschwelliges Projekt im Sinne der primären Überlebenshilfe sollen ohne den Druck einer Abstinenzforderung vorab die negativen, zu einem erheblichen Teil umfeldbedingten Folgen des Suchtverhaltens eingedämmt werden. Das zeitliche und räumliche Angebot ist eine wichtige Voraussetzung für den existentiellen Prozeß, das defizitäre Selbstwertgefühl aufzuarbeiten und sich seiner selbst wieder bewußt zu werden.

Im Sinne eines stationären Angebots mit sehr niedriger Eintrittsschwelle – die Aufnahmekriterien umfassen im wesentlichen Obdachlosigkeit und akute Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln – wird durchschnittlich acht bis zehn Personen eine Pensionsmöglichkeit geboten. Hier können sie sich auch tagsüber aufhalten. Die Aufnahme ist auf drei Monate begrenzt; diese Frist kann nach medizinischer oder sozialer Indikation verlängert werden. Während dieser Zeit sollen die Bewohner ihre Lebenssituation reflektieren und versuchen, sich mit Unterstützung des Mitarbeiterteams sozial zu stabilisieren oder zu reintegrieren.

Es hat sich im übrigen gezeigt, daß gerade junge DrogenkonsumentInnen diese Aufenthaltsdauer überschreiten und der häufig zu beobachtende Prozeß der Suche nach eigener Identität sehr viel Zeit beansprucht. Dazu leben im

Haus Gilgamesch derzeit zwei Bewohner, die wir unter Umständen über einen längeren Zeitraum betreuen werden. Während des Aufenthaltes bei uns ist bisher noch niemand gestorben; konzeptionell ist eine Sterbebegleitung jedoch vorgesehen, die ebenso Konsequenz eines auf Würde und Autonomie beruhenden Menschenbildes ist.

Bewerbungen / Notbett

Zahlreiche Bewohner haben entweder selbst angerufen oder sind direkt vorbeigekommen. Auch rufen immer wieder verzweifelte Eltern an. Des weiteren fragen Institutionen (Spitäler, psychiatrische Kliniken, Ämter, Fürsorgebehörden und Gefängnisanstalten) sowie Ärzte zwecks Aufnahme an. Die sog. Notfallbetten, es sind mittlerweile mehrere, geben Betroffenen in Krisensituationen die Möglichkeit, für drei Tage die Infrastruktur des Hauses zu nutzen. Das Aufnahmegespräch kann jederzeit mit dem jeweiligen Mitarbeiter geführt werden. In einem von der wissenschaftlichen Begleitung erarbeiteten Aufnahmeformular werden Angaben zur Person schriftlich festgehalten, wobei es dem Bewerber freigestellt wird, dem zuzustimmen. Daraufhin findet eine provisorische Aufnahme bis zur nächsten Teamsitzung statt, in der dann endgültig entschieden wird.

Mit dem Eintritt erfolgt eine Einteilung in eine aus drei bis vier Personen bestehende Bezugsgruppe, die nach Möglichkeit entsprechend der bisherigen Kontakte zu den Mitarbeitern erfolgt. Diese Gruppe kann so einen reibungslosen und für den Bewohner transparenten Ablauf administrativer Vorgänge gewährleisten – zumindest bei uns ein nicht zu unterschätzender Aufwand –, und darüber hinaus haben wir die Erfahrung gemacht, daß unsere Bewohner je nach Problemlage oft zwei bis drei Vertrauenspersonen wählen. Die Zielsetzung liegt in einer auf persönlichem Kontakt beruhenden Kontinuität, die mittels regelmäßigen Einzelgesprächen intensiviert wird. Da sich die zentralen Schwerpunkte in diesen Gesprächen häufig auf der Ebene emotionaler Drucksituationen bewegen, denen mit Sachhilfe alleine nicht begegnet werden kann, ist vielmehr eine empathische Begleitung angebracht, die Verständnis und Teilnahme signalisiert.

Die nicht faßbaren und damit unlösbaren Probleme wie das Sich-eingestehen-Müssen einer HIV-Positivität, das immerwährende Gefühl der Vereinsamung, fehlende Zukunftsperspektiven sowie der sich wiederholende Repressionsdruck führen zu Krisensituationen, die ein Gespräch oft gerade während der Nacht erforderlich machen. In solchen Momenten tritt das Gefühl des Ausgegrenztseins besonders deutlich zutage, und es entspricht einem immensen Bedürfnis, verstanden zu werden. Diesem Anspruch versuchen wir im Team so weit wie möglich gerecht zu werden, ein Versuch, der angesichts der zeitweiligen Intoxikation jedoch erschwert werden kann. Zahlreiche unserer Bewohner leiden unter Schlafstörungen, deren Gründe in der Unmöglichkeit, komplexe Problemkonstellationen aufarbeiten zu können und teilweise im Suchtmittelkonsum sowie in Angstzuständen zu suchen sind. Darüber hinaus haben sie oft beträchtliche Schwierigkeiten mit dem sog. normalen Tag-Nacht-Rhythmus.

Bewohner als Gruppe

Wie in jeder Gruppe ergeben sich auch im Haus Gilgamesch dynamische Prozesse, deren Destruktivitätspotential vom Arbeiterteam verfolgt werden muß, um gegebenenfalls darauf reagieren zu können. Die überwiegende Mehrheit unserer Bewohner kommt aus Lebenssituationen, in denen sie sich zutiefst einsam gefühlt haben. Bei ihrem Eintritt in unser Projekt sind sie gekennzeichnet vom täglichen Überlebenskampf, aufgezwungen durch die menschenunwürdigen Bedingungen, die draußen auf der Szene vorherrschend sind: Mißtrauen, Ruhelosigkeit, Enttäuschung, Gefühle des Verlassenseins, Hilflosigkeit und Frustration. Wir versuchen, die neuen Bewohner nach einer anfänglichen Ruhephase in das Gruppengeschehen zu integrieren. Ein Ansatzpunkt ist das als beschränkt zu bezeichnende Platzverhältnis, das dem familiären Charakter entgegenkommt. Bedingt durch die verhältnismäßig kurze Aufenthaltsdauer (durchschnittlich 80 Tage) und den offenen Rahmen unseres Hauses kann nicht von einem herkömmlich verstandenen Gruppenanspruch unsererseits ausgegangen werden. Durch unser offenes, dem Fixer gegenüber unvoreingenommenes Konzept erleben die Bewohner, daß sie ernstgenommen werden. Das wiederum ermöglicht es ihnen, Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu erlangen und ein Stück Nähe zu entwickeln.

Gewalt und Deal im Haus

Obwohl das eigentliche Aggressionspotential stark von äußeren Faktoren abhängig ist (Suchtmittelverfügbarkeit, personelle Zusammensetzung etc.), bewegen sich Gewaltanwendungen beinahe ausschließlich auf der verbalen Ebene. So kann festgehalten werden, daß Gewalt zwar latent vorhanden ist, bislang jedoch nur in Ausnahmefällen angewandt wurde (in zwei Fällen kam es unter Alkoholeinfluß zu Tötlichkeiten gegenüber Teammitgliedern, in einem weiteren Fall war ein psychotischer Schub die Ursache der Gewaltanwendung).

Die zu Beginn vorhandenen Befürchtungen in bezug auf Drogenhandel im Haus haben sich glücklicherweise nicht bestätigt. Ein Grund hierfür ist in einer gewissen örtlichen Distanz zur Szene zu suchen. Vor allem scheinen die Bewohner die neugewonnene Atmosphäre der Ruhe zu schätzen, so daß es auch in ihrem eigenen Interesse liegt, diesen Rahmen nicht zu gefährden. Die Loyalität der Bewohner gegenüber den Interessen des Hauses ist generell hoch einzuschätzen.

Arbeits-, Wohn- und Freizeitsituation

Bekanntlich ist es für Opiatabhängige beinahe unmöglich, adäquate Arbeitsmöglichkeiten zu finden, ein Mißstand, der auch durch intensive Bemühungen des Teams nur geringfügig gemildert werden kann. Derzeitige Taglohnprojekte haben zwar vielversprechend begonnen, reichen jedoch bei weitem nicht aus, den entsprechenden Bedarf auch nur ansatzweise abdecken zu können.

Genauso prekär ist die Situation bezüglich der Wohnmöglichkeiten. Aufgrund dieser Ausgangslage hat die Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme eine weitere Liegenschaft erworben, in der mit einer reduzierten Betreuung langfristig

Wohnraum zur Verfügung gestellt wird. Bewohner des Hauses Gilgamesch, die sich physisch wie psychisch stabilisiert haben, werden dorthin vermittelt. Leider entstand bereits im Vorfeld dieser Liegenschaft eine massive Opposition, die zusammen mit einigen Vorfällen dazu geführt hat, daß die Stiftung sich momentan gezwungen sieht, dieses Projekt noch einmal zu überdenken.

Infolge der arbeitsintensiven Anlaufphase des Projekts und angesichts von nur acht Stellen zur Betreuung der Bewohner mußte das Freizeitangebot auf ein Minimum beschränkt werden. Wir sind uns dieses Defizites bewußt und bemühen uns, baldmöglichst Abhilfe zu schaffen. Auch der Träger hat die Dringlichkeit dieser generellen Problematik erkannt und möchte diesem Umstand in einem neuen Projekt – es nennt sich Avalon – Rechnung tragen.

Mit dem Projekt Avalon möchte die Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme ein Angebot initiieren, das von dem Gedanken der Rehabilitation ausgeht. Dadurch sollen solche Drogensüchtige erreicht werden, die sich von bestehenden Einrichtungen nicht angesprochen fühlen. Unser Bestreben geht dahin, den Betroffenen eine integrative Form der Suchtrehabilitation anzubieten, die einem ganzheitlichen Ansatz folgt und der belastenden Isolierung und Diskriminierung entgegenwirkt.

Ambulante Angebote

Die im Konzept umschriebenen Rahmenbedingungen für ein ambulantes Angebot im Sinne einer Tagesstätte konnten aufgrund der Kapazitätsauslastung bis jetzt nicht realisiert werden. Unter Berücksichtigung des derzeitigen Betriebsablaufs drängt sich die Frage auf, ob die systematische Abdeckung dieser Bedürfnisse nicht vielmehr im Einflußbereich des neuen Projekts anzusiedeln wäre.

Als Folge der konzeptionellen Offenheit steht es den Bewohnern frei, Besucher mitzubringen, welche nach Absprache mit einem Teammitglied auch im Hause nächtigen können. Nicht selten wenden sich diese Personen mit verschiedensten Anliegen an das Team, woraus sich unter Umständen arbeitsintensive Betreuungen entwickeln können. Dasselbe läßt sich in der Zusammenarbeit mit dem Fixerstübli beobachten. Die dort entstandenen Beziehungen führen oft zu einer mehr oder minder losen Verbundenheit mit dem Haus Gilgamesch.

Das Team ist bemüht, sich der Probleme von Drogenabhängigen anzunehmen, die nicht aufgenommen werden können (z.B. durch Vermittlung anderweitiger Wohnmöglichkeiten). Einen quantitativ untergeordneten, aber gleichwohl bedeutenden Faktor im Arbeitsspektrum des ambulanten Angebotes bilden Gespräche mit Familienangehörigen und Koordinationsbemühungen mit anderen Institutionen. Des weiteren bekommt die Nachbetreuung ehemaliger Bewohner eine zunehmende Gewichtung. Obwohl ambulante Betreuung nicht explizit angeboten wird, findet eine solche in zunehmendem Maße statt.

Öffentlichkeitsarbeit

Vor der Eröffnung des Hauses Gilgamesch war es ein besonderes Anliegen der Stiftung, eine breite Öffentlichkeit umfassend zu informieren. So wurde insbe-

sondere die unmittelbare Nachbarschaft zu einem Informationsabend eingeladen. Dieses Angebot hat Anklang gefunden, und Berührungsängste konnten abgebaut werden. Die als positiv zu beschreibende Haltung der Nachbarschaft blieb bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt erhalten. In der Art des Umgangs ist durchaus eine gegenseitige Toleranz, vereinzelt sogar Achtung spürbar.

Dazu haben seit der Eröffnung zahlreiche Gespräche und Hausführungen mit Einzelpersonen oder Gruppen stattgefunden, die ein hohes Maß an Interesse erkennen ließen. Anfängliche Befürchtungen und Ängste von Seiten der Nachbarschaft wurden beseitigt bzw. traten erst gar nicht ein (z.B. steigende Kriminalität innerhalb des Quartiers, herumliegendes Spritzenbesteck, „herumstreunende“ Drogenabhängige etc.). Wie uns unlängst in einem gemeinsamen Treffen mit Polizei und Staatsanwälten bestätigt worden ist, ist die Kriminalitätsstatistik in diesem Quartier konstant geblieben. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt eines Pilotprojektes mit drogenpolitischem Charakter war der Notwendigkeit einer hinreichenden Vernetzung mit Institutionen und Ämtern Rechnung zu tragen. So konnte ein weitreichendes Beziehungsgeflecht mit teilweise sehr intensiven Verbindungen aufgebaut werden. Hauptmerkmal dieser Anstrengungen ist das Anliegen, sich einerseits mit spezifischen Problemstellungen von Betroffenen auseinanderzusetzen und andererseits der Versuch, die gesellschaftliche Sensibilität für Randgruppenphänomene zu fördern. Es scheint uns in diesem Zusammenhang unabdingbar, immer wieder auf das Elend der Drogenkonsumenten hinzuweisen.

Wissenschaftliche Begleitung

Mit der Begleitforschung für das Haus Gilgamesch wurde das Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Forschungsgruppe Kriminologie, in Freiburg (Bundesrepublik Deutschland) betraut. Hauptziel der geplanten Studie ist es, ein alternatives Konzept zum bisherigen gesellschaftlichen Umgang mit Opiatbenutzern (strafrechtliche Verfolgung, Therapiezwang) zu untersuchen und ein Modellprojekt, das versucht, dieses innovative Konzept in die Praxis umzusetzen, wissenschaftlich zu begleiten. Die Untersuchung soll Aufschluß geben über die Rahmenbedingungen und Effekte der Strategie eines niedrigschwelligen Drogenhilfeansatzes. Die durch die praxisbegleitende Forschung gewonnenen Erkenntnisse sollen positive Gestaltungshinweise und schließlich Lösungshilfen für die mit der praktischen Umsetzung verbundenen Problemstellungen ermöglichen.

„Es geht um folgende zentrale Fragestellungen:

1. Können Drogenabhängige, die durch bisherige, an eine Abstinenzforderung gekoppelte Hilfsangebote nicht zu freiwilliger Teilnahme motivierbar waren, durch ein niedrigschwelliges Angebot eher erreicht werden?
2. Kann durch die Umsetzung eines Konzepts akzeptierender Drogenarbeit die Situation der Drogenabhängigen (in großen Teilen der Gassenszene geprägt von Verelendung, Verfolgung und Krankheit) verbessert und stabilisiert werden?
3. Kann ein solches Projekt in das bestehende Netzwerk der Drogen- und Suchthilfe, die ja beherrscht wird vom Abstinenzdogma, eingebaut werden?“²

Die Begleitforschung gewährleistet, daß die in der neuen Einrichtung gemachten Erfahrungen systematisch dokumentiert und fundiert ausgewertet werden.

Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt im wesentlichen über drei Pfeiler:

1. Der Kanton Basel-Stadt hat für die Jahre 1989 und 1990 je einen Betrag von Fr. 350 000,- aus dem Alkoholzehntel gutgeheißen (dies ist ein Teil des Alkoholsteuer-Ertrages, mit welchem Einrichtungen während ihrer Projektphase unterstützt werden können. 1991 sollte für die nächsten zwei bis fünf Jahre eine Subvention bewilligt werden, was allerdings einer Genehmigung durch ein politisches Gremium (den sog. Großen Rat) bedarf und infolge der drogenpolitischen Brisanz des Projektes nicht unproblematisch ist. In einem Vorbescheid sind uns rund 9 800 000 Fr. in Aussicht gestellt worden, was allerdings erst noch bestätigt werden muß.
2. Ein Teil der Ausgaben wird durch Taggelder gedeckt. In der Regel werden diese von den Fürsorgeämtern bezahlt. Allerdings erbrachte das Fürsorgeamt Basel-Stadt – der Hauptzahler – den Betrag von Fr. 150,- je Tag und Person nicht, sondern zahlte bisher lediglich Fr. 71,-. Durch diese von der Trägerstiftung nicht akzeptierte Entscheidung wurde die Politisierung unumgänglich und erforderte noch mehr PR- und Lobby-Arbeit. Gegenwärtig sind nun die effektiven Kosten in Rechnung zu stellen (327 Fr. pro Tag) und der nicht einbringbare Teil wird über die Subventionshöhe bis zum erwähnten Maximum kompensiert.
3. Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat einerseits Investitionsbeiträge bezahlt und wird andererseits jährliche Beitragsbeiträge und Klientenbeiträge (ca. Fr. 100,- je Person und Tag) entrichten, deren Umfang zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch ungewiß ist.

Zusammenfassung / Schlußfolgerung

„Haus Gilgamesch ist ein gassennahes Projekt zunächst im Sinne einer primären Überlebenshilfe für Drogenabhängige ohne feste Wohnmöglichkeit. Ohne den Druck der Abstinenzforderung soll ein Ort der Ruhe geboten und damit die Stabilisierung der Lebensverhältnisse und Förderung der Selbstverantwortlichkeit erreicht werden.

Als übergeordnete Ziele werden verfolgt:

1. Durch das niedrigschwellige Angebot soll ohne große Formalitäten eine Zielgruppe erreicht werden, die durch das Netz der bisherigen Drogenhilfeeinrichtungen fällt, da sie nicht willens oder nicht in der Lage ist, Abstinenzanforderungen nachzukommen.
2. Integration statt Ausgrenzung der Drogenabhängigen
3. Eine Versachlichung der Drogenproblematik. Durch das Zusammenleben mit akut drogenabhängigen Menschen können Stereotype aufgedeckt, und es kann zu einer Entdramatisierung der Droge beigetragen werden.
4. Überwindung der Drogenabhängigkeit als mögliches, aber nicht alleiniges Ziel.
5. AIDS – Prävention“³

Die akzeptierende Grundhaltung gegenüber drogenabhängigen Menschen und die daraus resultierenden Freiräume ermöglichen verletzten Drogenabhängigen neue Lebensanreize und lassen so das Bedürfnis nach Veränderung der eigenen Verhaltensweisen aufkommen. Dabei hat sich die konzeptionell festgelegte Aufenthaltsdauer von drei Monaten oft als zu kurz erwiesen.

Es bedarf dringend einer Erweiterung des bestehenden Angebotes. Die Anzahl der Plätze im Haus Gilgamesch deckt nur einen kleinen Bedarf der Szene auf der Gasse.

Da mit einer enormen Zunahme von zu betreuenden AIDS-Patienten zu rechnen ist, erscheint es sinnvoll, entsprechende Infrastrukturen zu schaffen, um zum gegebenen Zeitpunkt kranken Menschen adäquate Hilfe und Unterstützung geben zu können, wie dies bereits im Haus Gilgamesch geschieht.

Zudem ist offensichtlich, daß niedrigschwellige Projekte selektiv in der Lage sind, den Streß der Drogenabhängigen zu verringern, was die Mortalität vermindert (Vermeidung von Risikosituationen, Reduktion von Überdosen, Sensibilisierung für „safer“-Konsumverhalten).

Im Haus Gilgamesch versuchen wir, durch die Akzeptanz von drogenabhängigen Menschen beim Bewohner ein neues Selbstwertgefühl zu fördern. Dies weckt den Wunsch nach Verbesserung der eigenen Lebenssituation und ermöglicht erst eine kritische Haltung gegenüber eigenem Konsumverhalten.

Wir sind überzeugt, mit der Arbeit im Haus Gilgamesch einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung einer weiteren, zunehmend exzessiven Eskalation der Drogensituation zu leisten.

Anmerkungen

- 1) Joset, Pierre: Neue Wege in der Drogenpolitik
- 2) Klär, Ilse, Max-Planck-Institut für Strafrecht – Forschungsgruppe Kriminologie: Zwischenbericht zum Stand der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts Haus Gilgamesch in Basel
- 3) ebenda

„FIXERRAUM PLATZSPITZ“ IN ZÜRICH

Werner J. Fuchs

Bis 1986 bestand ein Teil der drogenpolitischen Maßnahmen in Zürich darin, jede sich bildende offene Drogenszene polizeilich aufzulösen, was zu einer Vertreibung von Fixern an jeweils verschiedene Orte im Stadtgebiet führte. Vorläufig letzte Station ist ein Park, „Platzspitz“ genannt. Er liegt zwischen den beiden Flüssen Limmat und Sihl vor ihrer Vereinigung und zentral hinter dem Hauptbahnhof und dem Landesmuseum.

Bisher ist dieser Ort des Handels und Konsums sog. illegaler Drogen nicht aufgelöst worden, wohl aber hat es polizeiliche Interventionen gegeben: Kontrollen, Verhaftungen ausgeschriebener Personen etc. Mit dem Überhandnehmen von Obdachlosen, die sich hier Dauernotplätze schufen, kam es auf Druck der Behörden zu einer Teilvertreibung von Abhängigen, indem ein Campingverbot durchgesetzt wurde. Dennoch existiert diese offene Drogenszene in re-dimensionierter Form weiterhin. Der veränderten Polizeistrategie, die nach wie vor nicht unumstritten ist, liegt teilweise die 1987 beginnende AIDS-Diskussion zugrunde.

Strukturelle Voraussetzungen

Der juristische Rahmen im Drogenbereich ist durch das Eidgenössische Betäubungsmittelgesetz gegeben. Die Durchführungsbestimmungen obliegen den Kantonen, und letztendlich ist es Aufgabe der Gemeinden, in diesem Fall der Stadt Zürich, die notwendigen Maßnahmen zu treffen. Der Kanton wird nur subsidiär aktiv. Hierin liegt die große Variabilität drogenpolitischer und -therapeutischer Maßnahmen in den einzelnen Kantonen begründet, so u.a. auch der diametrale Gegensatz der offiziellen Auffassungen in der deutschen und der romanischen Schweiz.

Bis 1970 wurde die Drogenhilfe und -therapie vor allem von gemeinnützigen privaten Trägern mit staatlicher Subvention durchgeführt. Hauptbehandlungsangebot waren sog. therapeutische Wohngemeinschaften zur Langzeitentwöhnung von Fixern. Leitend waren die auch in anderen Ländern bekannten Modellvorstellungen wie Primat der Abstinenz, Suchtbehandlung vor Wiedereingliederung, Therapiekette u.v.a.m.

Im Bereich der ambulanten Drogenhilfe, sofern sie nicht legale Substanzen betraf, wurden in dieser Zeit sog. Drop-ins geschaffen, im Kanton Zürich das erste vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik. Hierin liegt insofern eine strukturelle Besonderheit, als damit die Nähe der

Drogenarbeit zur Psychiatrie immer schon gegeben war. Zum Verständnis: Der Kanton führt in eigener Regie im somatischen Bereich u.a. das Universitätsspital sowie in allen vier Psychiatrieregionen die staatlichen psychiatrischen Kliniken samt ihrer ambulanten Einrichtungen; somit war der Kanton in Zürich schon frühzeitig selber direkt in die Drogenarbeit involviert.

Das Drop-in war zum damaligen Zeitpunkt ein niedrigschwelliges Angebot und lehnte bewußt eine Trennung von Jugend- und Drogenarbeit ab. Als eine Art Mythos erwies sich die sog. ambulante Fixertherapie, die in der Praxis häufig scheiterte. Als Reaktion auf eine veränderte intravenös drogenkonsumierende Klientel wurde 1979 am Drop-in das erste staatliche Methadonprogramm eingeführt. Die diesbezüglich geführten ideologischen Kämpfe zur damaligen Zeit unterschieden sich in nichts von denen, die heute aus der Bundesrepublik Deutschland bekannt sind.

Die ungenügende Anzahl von Entgiftungsplätzen in somatischen Spitälern führte zu der Verordnung der Kantonalen Gesundheitsdirektion, daß Psychiatrische Kliniken Detoxifikationsplätze zur Verfügung zu stellen hätten. Lediglich eine der Kantonalen Kliniken entschloß sich zum Aufbau einer eigenen Entgiftungsstation und später zu einem dreimonatigen Übergangsprogramm.

Um die zunehmenden Wartezeiten für entgiftungswillige Drogenabhängige abzubauen, eröffnete die Stadt eine eigene Institution, die Städtische Entzugsstation Frankental.

Zur Koordination der Drogenpolitik wurde eine Kantonale Drogenkommission ins Leben gerufen, an der alle wichtigen Vertreter der ambulanten und stationären Drogenhilfe ebenso beteiligt waren wie Vertreter von Polizei und Justiz. Sowohl kantonale wie städtische Vertreter bemühten sich um eine konsistente Politik. Das Gremium erwies sich jedoch als zu groß und schwerfällig; so konnte es nicht verhindern, daß an ihm vorbeipolitisiert wurde und Entscheidungen ohne vorhergehende Beratung mit ihm gefällt wurden.

Selbst in der Stadt unterschieden sich die Vorstellungen innerhalb der Ämter erheblich, beispielsweise die von Gesundheits- und Sozialamt, nicht zu reden vom Polizeiamt.

Veränderungen durch die HIV-Epidemie

Spritzenabgabe

Als angesichts des zunehmenden Gewährwerdens der HIV-Infektion unter Fixern die Abgabe von Spritzen erwogen wurde, vertrat die Kantonale Gesundheitsdirektion durch den Kantonsarzt eine harte Linie und drohte jedem Arzt und Apotheker strafrechtliche Maßnahmen an, falls er gegen das Abgabeverbot verstoßen sollte. Gleichwohl wurde vernünftigerweise von einigen Stellen unter der Hand bereits mit der Verteilung bzw. dem 1:1-Tausch von Spritzen begonnen.

Die Exekutiven von Stadt und Kanton entschieden sich erst nach 1987 für eine pragmatische Handhabung. Aufgrund einer Untersuchung unter Klienten therapeutischer Wohngemeinschaften in der gesamten Schweiz, die eine außergewöhnlich hohe HIV-Prävalenz von 55 % dokumentierte (Olgiati 1987), kam es zu einer Revision. Das Parlament des Kantons Zürich, der Kantonsrat, setzte zweierlei durch: die Legalisierung der Abgabe sauberer Spritzen an Fixer sowie die Erleichterung des Zugangs zu Substitutionsprogrammen.

Verwahrlosung

Der zunehmenden Verwahrlosung der Fixer sowie der erschreckenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes trachtete der Stadtrat (Exekutive) mit einem Maßnahmenpaket zu begegnen. Als Grundsatz wurde erstmals formuliert, daß Menschen ihren Anspruch auf soziale und medizinische Hilfe nicht verlieren, nur weil sie Drogen konsumieren.

Das Sozialamt errichtete sog. Kontakt- und Anlaufstellen (K & A), jeweils bestehend aus Treffpunkt, Cafétériabetrieb, hygienisch-sanitären Einrichtungen, Erster Hilfe und Infothek. Ein Novum war auch die Tatsache, daß das gesamte Projekt wissenschaftlich evaluiert wurde.

Das Gesundheitsamt schuf über seinen Stadtärztlichen Dienst ein sog. Krankenzimmer für Obdachlose, in dem obdachlose Fixer die dringend notwendige medizinische Behandlung erhalten konnten. Zunächst als Tagesstätte konzipiert, mußte es bald in einen 24-Stundenbetrieb umgewandelt werden. Mittlerweile gibt es, durch kirchliche Hilfswerke ins Leben gerufen, eine weitere derartige Station.

Die K & A konnten wegen Einsprüchen aus Teilen der Bevölkerung nicht wie vorgesehen in bestehenden Häusern installiert werden, so daß aufgrund der unverkennbaren Dringlichkeit auf ausrangierte Busse ausgewichen wurde. Auch doppelt Stigmatisierte, wie drogenabhängige Prostituierte, sollten erreicht werden: Für sie gibt es den „Lila Bus“, der über Nacht seinen Betrieb öffnet.

Auf dem „Platzspitz“ bemühten sich kirchliche Sozialwerke und das Sozialamt, kurzfristig Wohnraum zur Verfügung zu stellen, was im Winter 1989 erstmals gelang. Die Wohnsituation in Zürich ist derart prekär, daß durch die Bereitstellung von Containern und Luftschutzkellern versucht wurde, der Misere der Obdachlosigkeit von Randgruppen Herr zu werden.

Gleichzeitig erfuhren die sog. Notschlafstellen, häufig der einzige Ort, an dem Drogenabhängige eine Unterkunft fanden, einen Ausbau. Die älteste dieser Institutionen wird von der ZAGIP, der Zürcher Arbeitsgemeinschaft für Jugendprobleme geführt, die ihrerseits in den letzten Jahren auf drogenpolitischem Gebiet immer wieder Vorstöße unternommen hat, neue Wege im Sinne einer nicht bevormundenden und akzeptierenden Drogenarbeit zu beschreiten.

ZIPP-AIDS

Drei universitäre Institute begannen im Dezember 1988 in der offenen Drogenszene ein vom Bundesamt für Gesundheit finanziertes Projekt, das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen AIDS für Drogengefährdete und Drogenabhängige, das die Möglichkeiten und Grenzen der AIDS-Prävention bei unbetreuten Drogenabhängigen evaluieren soll. Nach einem Jahr liegen erste Daten vor (Hornung et al. 1990). So zeigt sich an der Spritzenabgabe, dem Personendurchlauf, der medizinischen Hilfestellung u.a.m., daß dieses Projekt einem großen Bedürfnis in der Drogenszene entspricht. Entscheidend für die Qualität der Arbeit war, daß im Laufe der Zeit zwischen den Mitarbeitern und Drogenbenutzern Beziehungen entstanden, die eine direkte Einflußnahme auf das Verhalten der Fixer im Sinne der Präventionsziele ermöglichten.

Von Kritikern dieser drogenakzeptierenden Arbeit wird immer wieder übersehen, daß dabei durchaus auch in Richtung Abstinenz als der besten Art der AIDS-Prävention gearbeitet werden kann. Im Gegensatz zu der Behauptung, derartige Hilfsangebote der Risikoreduktion und Überlebenshilfe stünden in Konkurrenz zu Abstinenzangeboten, zeigte sich in Zürich, daß durch den besseren Zugang zu sonst nicht zu erreichenden Drogenabhängigen die Nachfrage nach Detoxifikationsplätzen stieg, also ein synergistischer Effekt vorliegt. So entschloß sich 1989 die Kantonale Gesundheitsdirektion, eine neue Entzugsstation und ein Übergangprojekt im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik zu einzurichten. Beide nahmen 1990 ihren Betrieb auf.

Die drogentherapeutischen Maßnahmen in Zürich sind nach wie vor nicht ohne Widersprüche. Am einen Ende des Spektrums liegen traditionelle Vorstellungen, wonach mit polizeilicher Gewalt die Szene aufzulösen und geschlossene Drogenkliniken zu errichten seien, am anderen Ende sind die Wünsche gassenaher Organisationen angesiedelt, die auf dem „Platzspitz“ praktisch eine komplette Infrastruktur medizinischer und sozialer Angebote schaffen möchten. Als offizielle Linie hat sich pragmatisch durchgesetzt, einerseits Überlebenshilfe und Kontaktangebote in der Szene zu garantieren, andererseits Drogenabhängige nicht durch ein Überangebot an die Drogenszene zu binden.

Es ist allen Beteiligten klar, daß die Abgabe von Spritzen und anderen Utensilien zur Förderung der Fixerhygiene nur der erste Teil einer umfassenden „risk reduction“ ist. Wenn sich beispielsweise Fixer im Winter in der Kälte ihren „Schuß“ setzen, dann ist die Forderung nach geschlossenen Räumen, in denen unter kontrollierten Bedingungen gefixt werden kann, nur konsequent. Erfahrungen in Bern und anderswo haben gezeigt, daß derartige Räume nur dann nicht zu „shooting galleries“ verkommen, wenn sie klein und überschaubar bleiben; dann allerdings stellen sie einen sinnvollen Beitrag selbst zur primären AIDS- und sekundären Suchtprävention dar (Die Kette 1989). In Zürich besteht das Problem darin, eine so große Anzahl injizierender Drogenabhängiger zu haben, daß am „Platzspitz“ ein riesiger und damit nicht mehr zu kontrollierender Fixerraum nötig wäre, um bei einer Vielzahl das Ziel des risikoarmen Fixens zu erreichen. Daher wurde die Forderung nach dezentralen Fixerräumen erhoben, was jedoch auf erheblichen Widerstand weiter Bevölkerungskreise stieß.

In der Praxis führt das zu außerordentlich widersprüchlichen Entwicklungen. Mitarbeiter in niedrigschwelligen Institutionen, die mit dem täglichen Fixerelend konfrontiert sind, werden schneller bereit sein, intravenösen Konsum in den von ihnen betreuten vier Wänden zu gestatten. So beispielsweise geschehen in der Tagesaufenthaltsstätte „Taro“, in der die Mitarbeiter nicht mehr verhindern konnten, daß injiziert wurde. Dort wurde jedoch angesichts der großen Anzahl von Fixern eine Verhaltensbeeinflussung im Sinne der AIDS-Prävention oder der Fixerhygiene zur reinen Illusion. Daß andererseits die Behörden sich genötigt fühlten, kurzerhand die Tagesstätte zu schließen, ist mindestens als ebenso fragwürdig anzusehen.

Wahlkampf

Stadt- und Gemeinderat der Stadt Zürich hatten einen Kredit für die bereits existierenden niedrigschwelligen Institutionen sowie für zusätzlich zu schaf-

fende Fixerräume bewilligt. In einer Volksabstimmung Ende 1990 wurde in der Stadt Zürich vom Souverän die erste Vorlage angenommen, die zweite klar verworfen. Das bedeutet, daß in Zürich in absehbarer Zeit keine Fixerräume wie in Bern oder Basel eröffnet werden dürfen.

Dezentralisierung

Das Problem der Massierung der Drogenszene wird keinesfalls als der Weisheit letzter Schluß angesehen. Erstmals haben die Gemeinden des Kantons erkannt, daß sie einen Beitrag zur Entlastung der Stadt zu leisten haben. Eine Arbeitsgruppe „Dezentrale Drogenhilfe“ legte im Oktober 1990 einen Katalog zur Vernehmlassung (schweiz. für Stellungnahme, Verlautbarung) vor (Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens 1990), in dem zu den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur die bestehenden Schwachstellen der Infrastruktur für sozial Randständige aufgezeigt und der Bedarf aufgelistet wurde.

Programmmatische Erklärungen

Die Eidgenössische Betäubungsmittelkommission hat in ihrer Subkommission „Drogenfragen“ ihren ersten Bericht von 1983 sechs Jahre später überprüft (Eidgenössische Betäubungsmittelkommission 1989). Sie tritt nunmehr u.a. für die Straffreiheit des Konsums illegaler Drogen ein. In Bezug auf die HIV-Epidemie postuliert sie die Förderung bestehender Aktivitäten wie Fixerhygiene, Spritzenabgabe etc.

Auf kantonaler Ebene liegt seit 1990 ein Entwurf der Zürcher Krankenhausplanung zur Vernehmlassung vor (Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich 1990). Darin sind u.a. szenenahe Kontakt- und Anlaufstellen sowie medizinische Nothilfe für Drogenabhängige nicht mehr in Frage gestellt.

Der Stadtrat von Zürich hat im Juli 1990 zehn „Drogenpolitische Grundsätze“ erarbeitet, die das bisher weitestgehende Konzept einer Behörde in Richtung drogenakzeptierender Behandlung darstellen. Demgegenüber steht die Haltung der hiesigen Staatsanwaltschaft, die gegen jegliche Straffreiheit des Konsums ebenso Sturm läuft wie gegen die Einrichtung von Fixerräumen.

Evaluation

Verschiedene Studien wurden bisher am „Platzspitz“ durchgeführt. Der Evaluationsbericht über die K & A für die Pilotphase liegt seit April 1990 vor (Sozialamt Zürich: Evaluationsbericht, 1990). Einige der Ergebnisse seien referiert: Das Projekt hat sich als Auffanghilfe für randständige Mitmenschen, insbesondere Drogenkonsumenten bewährt. Seine Stärke liegt in den dezentralen, kleinen, klar strukturierten Anlaufstellen. Die potentielle Schädigung während der Suchtphase eines Abhängigen läßt sich nachweislich minimieren.

Neuland wurde u.a. auch mit dem „Lila Bus“ für drogenabhängige Prostituierte betreten. Auch hier liegen erste deskriptive Ergebnisse vor (Rickenbacher-Fromer u. Charles 1990).

Aufgrund der Hepatitis-Impfaktionen, die regelmäßig zweimal pro Jahr durchgeführt werden, sind Daten über das Ausmaß der viralen Prävalenzen



„Platzspitz“



„Platzspitz“: Erste Hilfe bei Atemstillstand

(Hepatitis B, HIV) vorhanden. Künzler und Grob (1990) konnten 660 Benutzer des Platzspitzes zur Beantwortung eines kurzen strukturierten Fragebogens gewinnen und belegen, wie heterogen die Benutzerpopulation ist, wie sehr also Gruppen mit unterschiedlicher HIV-Prävalenz auf engem Raum aufeinandertreffen (Gelegenheitsfixer und Altfixer) und wie fatal sich beispielsweise das Fehlen von sauberem Spritzenmaterial auswirken würde.

Diese Prävalenzstudien dokumentieren nochmals die Tatsache der hochsignifikanten Relation zwischen Konsumdauer und HIV-Positivität bei schweizer i.v. konsumierenden Drogenabhängigen. Ein großer Teil der HIV-positiven i.v. Drogenkonsumenten wurde zu einer Zeit infiziert, als Präventionsmittel noch nicht bekannt waren oder die Mittel zu deren Anwendung (Spritzen etc.) nicht zur Verfügung gestellt wurden. Es wäre unverantwortlich, aus diesen Zusammenhängen und früheren drogenpolitischen Fehlern keine Konsequenzen zu ziehen und beispielsweise aus gutgemeinten, aber sich u.a. epidemiologisch verheerend auswirkenden generalpräventiven Überlegungen heraus auf das Beschreiten neuer Wege zu verzichten. Die Frage in Bezug auf Fixerräume lautet daher nicht: „Fixerräume ja oder nein?“ sondern vielmehr: „Fixerräume – unter welchen Umständen, in welchem Kontext und mit welchen voraussehbaren unbeabsichtigten ‘Nebenwirkungen’?“

Literatur

Die Kette (1989): Schafft einen – zwei – viele Fixerräume. In: Die Kette 15:4, 3 f., Basel

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission – Subkommission Drogenfragen (1989): Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern

Hornung R., Fuchs, W.J., Alvo, K. et al. (1990): Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen AIDS für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS): Ergebnisse und Erfahrungen des ersten Betriebsjahres 1989

Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens (1990): Dezentrale Drogenhilfe im Kanton Zürich

Künzler, H.P., Grob, P.J. (1990): Spektrum der i.v.-Drogenkonsumenten-Befragung in der Gassenszene Zürichs (zum Druck vorgeschlagen)

Olgiati, M. (1987): Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation. Med.Diss. Uni Zürich

Rickenbacher-Fromer, C., Charles, I. (1990): Stellungnahme zu „Sind drogenabhängige Frauen anders?“ Drogenbulletin 3/4, 25-29, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Röhrig, S., Grob, P.J. (1990): Infektionen mit den Hepatitisviren HAV, HBV und HCV sowie dem Aidsvirus HIV bei Drogenabhängigen der Gassenszene Zürichs – eine Prävalenzstudie. Schw. med. Wschr. 120, 621-629

Sozialamt der Stadt Zürich (1990): Evaluationsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen für Drogengebraucher/innen für die Pilotphase 1988-1990 im Kontext der Drogenszene in Zürich



Druckplatz



Druckplatz

II. ERSTE ERFAHRUNGEN MIT TOLERIERTEM KONSUM INNERHALB VON ANGEBOTEN NIEDRIG- SCHWELLIGER DROGENHILFE IN DER BUNDESREPUBLIK

ERFAHRUNGEN MIT EINER KONSUMGELEGENHEIT IM „KONTAKTLADEN WEBERSTRASSE 39“,

Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen

Birgit Stiem

Im Sommer 1989 installierte der Verein „Kommunale Drogenpolitik“ ein Nachtangebot für drogenabhängige Prostituierte. Durch die langen Öffnungszeiten und den damit verbundenen längeren Aufenthalt der Frauen im Kontaktladen wurden die Mitarbeiterinnen zusehends mehr mit dem Problem des Heroinkonsums innerhalb der Räumlichkeiten konfrontiert. Die Argumente waren deutlich:

- Gerade in der Nacht ist der Zugang zu den meisten Druckplätzen (geschlossene Gaststätten, öffentliche Toiletten und verriegelte Hauseingänge) versperrt,
- die nächtliche Kälte und Dunkelheit verschärfen die Situation und
- schließlich das erhöhte Risiko, bei einer eventuellen Überdosis nicht rechtzeitig gefunden zu werden.

Die Mitarbeiterinnen sahen sich veranlaßt, den Konsum in der Nachtöffnungszeit zu tolerieren, zumal dies die einzige Möglichkeit war, auch die Anwohnerbelästigung durch das „Drücken“ in den umliegenden Hauseingängen und durch herumliegende Spritzen zu reduzieren. Während der allgemeinen Tagesöffnungszeiten war der Konsum nach wie vor verboten. Diese Tatsache führte zu Konflikten und Unverständnis, bis die Mitarbeiter des Kontaktladens kurze Zeit später die gleichen Erfahrungen machen mußten. Die Obdachlosigkeit vieler Junkies bewog den Verein, bei Einbruch der kalten Jahreszeit im November 89 den Laden für Notübernachtungen zu öffnen.

Der Kontaktladen wurde während der Nachtstunden von 20-25 Junkies zum Schlafen genutzt. Die allnächtlichen Öffnungszeiten von 21 Uhr bis 10 Uhr brachten es mit sich, daß die Mitarbeiter sich einigten, den Drogenkonsum im Badezimmer nicht mehr zu unterbinden. Viele der Junkies waren in sehr schlechtem Gesundheitszustand. Daher war es nötig, das Gesundheitsrisiko für die Betroffenen möglichst gering zu halten. Die Abszesse vieler Klienten, die durch unsaubere Konsumbedingungen und durch im Dunkeln zerstoche

nen entstanden, verdeutlichten die Situation. Auch die Anwohnerbelästigung, die sich durch die Übernachtungsgäste für die Nachbarn ergeben hätte, war nur durch eine Tolerierung des Drückens in unseren Räumen zu umgehen.

Die Erfahrungen, die wir anfangs mit unserem „Druckklo“ machten, waren erstaunlich gut. Der Umgang zwischen Mitarbeitern und Junkies war zu dieser Zeit vertrauensvoll und entspannt. Wir konnten unsere „Ordnungsfunktionen“ für die Klienten einsetzen und nicht mehr gegen sie. Es kam zu einem offeneren und akzeptierenden Umgang miteinander. In Eigenverantwortung regelten die Übernachtungsgäste die Beaufsichtigung des Konsums, so sollte z.B. niemand allein den Druckraum aufsuchen. Notarztwageneinsätze waren in dieser Zeit nicht erforderlich.

Ende Dezember wurde, nachdem das Übernachtungshaus Roonstraße und das Frauenprojekt in der Schmidtstraße eingerichtet waren, im Kontaktladen der normale Tagesbetrieb wieder aufgenommen. Als Überbleibsel aus der Übernachtungszeit verblieb die „tolerierete Druckmöglichkeit“ in der Weberstraße. Aufgrund der hohen Frequentierung dieser Möglichkeit war es mit der stillschweigenden Duldung nicht mehr getan. Der kleine Raum war oft überfüllt. Die Enge brachte Unruhe, Aggression und Diebstähle mit sich. Weder Übersichtlichkeit noch die nötige Hygiene waren mehr gewährleistet.

Im Verein wurde diese Situation kontrovers diskutiert. Ein Teil der Vereinsmitglieder war dafür, den Konsum wieder zu verbieten, ein anderer Teil wünschte einen geregelten, überwachten Ablauf für den „Druckraum“, um die Probleme, die entstanden waren, zu bewältigen. Es wurde entschieden, einen Versuch mit festen Abmachungen zu starten. Gemeinsam mit den Junkies wurden die Regelungen für die Benutzer des Raumes aufgestellt:

- Beschränkung auf 4 - 5 Personen,
- der Raum ist nach dem Konsum zu verlassen,
- jeder verläßt seinen Platz ordentlich und sauber (das klappte oft nicht!),
- ein Mitarbeiter ist zur Aufsicht und sofortigen Hilfeleistung anwesend,
- Ruhe (Diskussionen und Streitereien wurden vor die Tür verbannt).

Entgegen der Befürchtungen in den Vereinsreihen wurden diese Regelungen von den Besuchern größtenteils akzeptiert und deren Durchsetzung von vielen unterstützt. Zu diesem Zeitpunkt ließen sich die Mitarbeiter auch in einem Nachmittagskurs in Erster Hilfe im Drogennotfall unterweisen. Der Arzt der Drogenberatungsstelle erklärte uns die nötigen Maßnahmen und den Umgang mit dem sog. Ambu-Beutel. Ein solcher Ambu-Beutel wurde angeschafft; den Klienten wurden die nötigen Utensilien an Ort und Stelle bereitgestellt. Löffel, sauberes Wasser, Spritzbesteck und Desinfektionslösung waren zugänglich.

Die Überdosisfälle waren durch die erlernten Möglichkeiten zur Hilfe etwas leichter zu ertragen. Die Notwendigkeit der gezielten Notfallversorgung bestätigte sich schnell. Von April bis Oktober hatten wir genau 20 Notarzteinsätze im Kontaktladen. In 11 Fällen war ein Atemstillstand zu verzeichnen, in einem Fall ein kurzer Herzstillstand. Alle Betroffenen konnten durch sofort eingeleitete Maßnahmen gerettet werden. Auffällig war, daß trotz erhöhter Frequentierung die Zahl der Notarztwageneinsätze eher rückläufig war. Das mag einmal an den gesammelten Erfahrungen der Mitarbeiter liegen, mit zunehmender Sicherheit wird es leichter zu entscheiden, wann ärztliche Hilfe nötig

ist. Zum anderen gingen wir oft direkt auf „Neue“ (d.h. Knastentlassene, Therapieabbrecher etc.) zu und warnten auch vor Überdosierung. Viele ließen sich die Zeit, ihr Heroin in zwei Injektionen zu konsumieren. Zu den Krankenwagenfahrern und den Notarztwagenbesatzungen bestand größtenteils ein freundliches, solidarisches Verhältnis. Die Rettungssanitäter waren meist sehr schnell zur Stelle, und wir lernten schnell, welche Hilfestellungen wir leisten konnten: Personalien, was und wann wurde konsumiert, „Platz und Ruhe“ (sehr schwer) für die Rettungsmaßnahmen.

Die Reaktionen der „Überdosierten“ sind beim Aufwachen sehr unterschiedlich. Manche sind entsetzt und ungläubig, ja fassungslos, wenn sie hören, daß sie gerade einen Atemstillstand hatten. Die fahren dann auch meist mit ins Krankenhaus zur Weiterversorgung. Andere sind nur erobert über das verabreichte Gegenmittel und verlassen unter Schimpfen den Laden (meist sind sie aber am nächsten Tag sehr froh); viele erleben die Situation als unwirklich.

Wir hielten an unserer Regelung noch eine ganze Weile fest, obwohl im Sommer '90 immer klarer wurde, daß der „Druckraum“ in unserer Einrichtung auch viel negative Einflüsse mit sich brachte. Im ohnehin sehr kleinen Kontaktladen wurde es durch das ständige Kommen und Gehen sehr unruhig. Damit das hektische Szenetreiben nicht den Kontaktladen bestimmt, mußten wir immer sehr viel Energie in die Durchsetzung unserer Regeln stecken: kein Dealen, kein Diebstahl, keine Gewalt. Die häufig auftretenden Überdosisfälle sind eine nicht zu unterschätzende psychische Belastung. Der von 2 – 3 Mitarbeitern betriebene Kontaktladen (35 qm) wurde von April – Juli täglich von 80 – 110 Leuten aufgesucht, ca. 1/3 davon nahm den „Druckraum“ in Anspruch. Diesem sprunghaften Anstieg der Klienten (um fast 50 Prozent) konnten wir personell und räumlich nicht mehr gerecht werden. In der Enge herrschte oft eine aggressive, gereizte Atmosphäre. Auch andere Einrichtungen hatten in dieser Zeit starken Zulauf zu verzeichnen.

Nach der Sommerpause gingen im August 90 die Mitarbeiter des Vereins in Klausur. In der Diskussion um Arbeitssituation und Arbeitsbelastung diskutierten wir auch die Situation im Kontaktladen Weberstraße. Wir kamen überein, daß in der Weberstraße räumlich und personell nicht die Bedingungen gegeben sind, diesen Ansturm zu bewältigen. Wir mußten unsere Angebote, auch die Konsummöglichkeit reduzieren, um die Beratungs- und Versorgungsangebote noch aufrechterhalten zu können. Die allgemeinen Öffnungszeiten wurden gekürzt zugunsten gezielter Einzelfallhilfen.

Trotz der ungünstigen Voraussetzungen konnten im Kontaktladen wichtige Erfahrungen für die Einrichtung von Druckräumen gesammelt werden. Die Praxis hat gezeigt, daß ein Raum, in dem sich die Junkies ohne Angst und Hektik, unter hygienischen Bedingungen und mit der Möglichkeit lebensrettender Maßnahmen ihren Druck machen können, eine wertvolle präventive Maßnahme ist. Der improvisierte „Druckraum“ in der Weberstraße hat bestätigt, daß Leben gerettet und Krankheiten verhindert werden können und daß die Abhängigen diese Möglichkeit schätzen und z.T. verantwortungsvoll mittragen. Druckräume passen dennoch nicht in den Rahmen von anderen Hilfs- und Beratungsangeboten. Durch die hohe Frequentierung entwickelt sich eine Dynamik, die sich auf andere Angebote störend auswirkt. Auch sollte berücksichtigt werden, daß es nur durch eine räumliche Trennung von anderen Angeboten

Mitarbeitern und Junkies zugemutet werden kann, sich der Atmosphäre eines „Druckraumes“ auszusetzen. Die Konfrontation sollte nicht zufällig sein, und für dieses Arbeitsfeld (oder dagegen!) muß sich jeder Mitarbeiter frei entscheiden können. Ich halte es auch für problematisch, Junkies über die Einrichtung „Druckraum“ in eine Beratungsstelle zu ziehen. Einige „Notfälle“ aus der Weberstraße sind heute in einer Therapieeinrichtung oder in der Substitution, andere sind an einem anderen Ort später doch an ihrer Sucht gestorben. Der Druckraum kann das Risiko des Konsums einer illegalen Droge sicher nicht aufheben, aber er kann eine menschlich und medizinisch angemessene Reaktion sein, um das Risiko zu mindern.



Druckplatz

ERSTE ERFAHRUNGEN MIT TOLERIERTEM GEBRAUCH INNERHALB EINES GESUNDHEITSFÖRDERNDEN NACHTANGEBOTS FÜR DROGENABHÄNGIGE PROSTITUIERTE

Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen

Ulrike Hemkes

Das Frauenprojekt des Vereins „Kommunale Drogenpolitik / Verein für akzeptierende Drogenarbeit e.V.“ entstand Anfang 1989 aufgrund der Tatsache, daß Themen wie Sexualität, Körpererfahrung, Partnerbeziehung, Gewalt u.v.m. eher und anders ins Gespräch kommen, wenn Frauen unter sich sind. Außerdem konnten die Probleme, die durch Beschaffungsprostitution – der bis zu 80 Prozent der betroffenen Frauen nachgehen – auftauchen, nur unzureichend angegangen werden.

Zunächst einmal richteten wir einen Frauentag in den Räumlichkeiten unseres Kontaktladens in der Weberstraße ein. Durch den regen Zulauf mußten wir allerdings bald erkennen, daß die zunehmende Verelendung vieler Drogenprostituiertes nur durch eine Erweiterung der Angebote und durch eine zumindest ansatzweise Anpassung der Öffnungszeiten an die Hauptarbeitszeit der Frauen aufgefangen werden kann.

Anfang 1990 war es uns dann mit Unterstützung der Senatorin für Gesundheit möglich, neue eigene Räumlichkeiten in der Schmidtstraße zu beziehen und ein viermal wöchentlich in der Zeit von 23 bis 5 Uhr geöffnetes Nachtangebot für Drogenprostituierte aufzubauen.

Diese Räumlichkeiten, die drei Etagen (Souterrain, Hochparterre, 1. Stock) umfassen, bieten Möglichkeiten für Notübernachtungen, Wäschewaschen, Körperhygiene, warme Mahlzeiten, Wundversorgung, Spritzenumtausch, Beratungsgespräche und – im Zusammenhang mit der Druckraumdiskussion sehr wichtig – diverse Rückzugsmöglichkeiten. Diese Rückzugsmöglichkeiten führten dazu, daß alle Mitarbeiterinnen von Anfang an damit beschäftigt waren, auf allen drei Etagen darauf zu achten, daß sich die Heroinkonsumentinnen nicht unbeobachtet zum „Drücken“ zurückzogen. Eine Aufgabe, die bei einer Mitarbeiterinnenzahl von zwei pro Nacht und einer Anzahl von bis zu 40 Klientinnen nicht mehr verantwortlich geleistet werden konnte.

Da die Frauen, die zu uns kommen, der nächtlichen Prostitution auf dem Straßenstrich nachgehen und damit einer besonders problematischen Konsumsituation unterliegen, halten wir es für lebensnotwendig, Bedingungen zu schaffen, die einen streßfreien und hygienischen – besonders was HIV-Prävention, Injektionstechniken, Vermeidung von Abszessen, Hepatitis u.v.m. betrifft – Konsum ermöglichen.

Wir haben uns daher entschlossen, einen Raum im Souterrain unserer Einrichtung zur Verfügung zu stellen, in dem der Konsum von Heroin toleriert wird. Dieser Raum bietet eine gute Beleuchtung und ist ausgerüstet mit einem Tisch und vier Stühlen. Desinfektionsmittel, sterile Spritzbestecke, Alkoholtupfer, Stauschläuche u.ä. sind vorhanden.

In der Zwischenzeit können wir auf eine mindestens dreivierteljährige Erfahrung mit dem Angebot „Druckraum“ blicken und eine Zwischenbilanz ziehen. Wie zu erwarten war, sind diese Erfahrungen recht ambivalent, was im folgenden näher erläutert wird.

Da viele der Frauen, die unsere Angebote wahrnehmen, auch die Möglichkeit des streßfreien „Drückens“ in Anspruch nehmen, mußten wir sehr bald ein Reglement einführen, das die Zahl der zeitgleich konsumierenden Frauen auf einem für alle erträglichen Maß hält. Konkret heißt das: Höchstens vier Frauen können gleichzeitig konsumieren und jede sollte so schnell wie möglich den Raum verlassen, sobald die Injektion erfolgt ist. Dies ist ein Reglement, von dem letztendlich alle Beteiligten profitieren, da es gerade das angestrebte streßfreie Drücken ermöglicht.

Hier können wir auch die gewünschte gesundheitliche Aufklärung durchführen. Konkret heißt das, auf Probleme in bezug auf Injektionstechniken oder z.B. HIV-Prävention adäquat einzugehen. In diesem Zusammenhang haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Frauen neuen Informationen zu Injektionstechniken und HIV-Prävention im Rahmen des Druckraums zugänglicher sind als auf einer rein theoretischen Ebene. Es zeigt sich häufig eine gewisse Übersättigung, gerade was das Thema AIDS betrifft, so daß der Umgang mit neuen Informationen, z.T. aber auch mit Altbekanntem recht lässig gehandhabt wird und die Meinung vorherrscht, frau wisse ja schon alles. Ist es in einer solchen Situation dann möglich, riskantes Verhalten aufzudecken, bevor „das Kind in den Brunnen gefallen“ ist, zu erklären und Alternativen anzubieten, scheinen die Informationen tieferen Eingang zu finden als durch das Lesen eines Informationsblattes. Dafür spricht vor allen Dingen, daß das neu gewonnene Wissen innerhalb der Gruppe weitergegeben wird, ohne daß ein offizieller „Kontrolleur“ anwesend sein muß. Dasselbe gilt natürlich auch für Injektionstechniken.

Hier wird deutlich, daß trotz oder gerade wegen der starken Vereinzelung, unter der die Frauen leiden, Kommunikation untereinander und die gegenseitige Fürsorge einen wichtigen Raum einnehmen. Es ist auch festzustellen, daß die gegenseitige Sicherheit, was Fragen der Dosierung – auch hinsichtlich des Reinheitsgehaltes der Ware auf dem Markt – anbetrifft, durch die Einrichtung eines Druckraums unterstützt werden kann. Hier wissen die Frauen, daß sie innerhalb der Öffnungszeiten die Möglichkeit zu hygienischem, streßfreiem Konsum haben. So sehen sie sich z.B. nicht gezwungen, ihr „Päckchen“ auf einmal zu konsumieren, was auch die Gefahr einer Überdosierung in sich bergen kann.

Allerdings muß in diesem Punkt auf ein – wenn auch sehr vereinzelt auftretendes – Phänomen hingewiesen werden. Die gegenseitige Kontrolle, wie auch die Möglichkeit der adäquaten Dosierung kann im Einzelfall dahingehend konterkariert werden, daß versucht wird, die Eigenverantwortung hinsichtlich des Konsums an die Gruppe bzw. an die Mitarbeiterinnen abzugeben.

Letztendlich ist das Risiko, durch eine Überdosis unter den gegebenen Umständen im Druckraum zu sterben, relativ gering, da natürlich die Anwesenden entsprechende Schritte zur Rettung der betroffenen Person durchführen.

Hier soll übrigens nicht der Eindruck erweckt werden, daß es sich beim Auftreten einer Überdosierung innerhalb eines Druckraums zwangsläufig um einen gewollten, bewußten Akt handelt. Es handelt sich, wie schon erwähnt, bei der Problematik der Abgabe der Eigenverantwortung um ein sehr selten auftretendes Verhalten, dessen Motivation und eigentliche Tragweite in diesem Rahmen nicht ausreichend thematisiert werden kann. Innerhalb der Druckraum-Diskussion darf dieser Aspekt allerdings nicht gänzlich unterschlagen werden. Überhaupt ist die Problematik der Gefahr einer Überdosierung, auch in einem Druckraum, nicht zu ignorieren.

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß uns sehr wohl bewußt ist, daß die Verwendung des Begriffes „Überdosis“ in der (populär-)wissenschaftlichen Diskussion keine eindeutige Definition erfährt. Sie auf den rein quantitativen Gesichtspunkt zu reduzieren bedeutet, daß Aspekte der Polytoxikomanie, der sozialen und psychischen Befindlichkeit ausgegrenzt werden. Kommt es nun in einem Druckraum zu einer sog. Überdosis, sei es aus Unkenntnis über die Qualität des Stoffes oder aber z.B. durch Fehleinschätzung der eigenen körperlichen Belastbarkeit, die durch die starke Verelendung (Obdachlosigkeit, mangelnde Hygiene und Ernährung) offensichtlich Schwankungen unterliegen kann, so haben wir die Erfahrung gemacht, daß durch rechtzeitiges, fachkundiges Eingreifen Schlimmstes verhindert werden kann. In einigen Fällen muß man davon ausgehen, daß die betreffenden Frauen, wären sie z.B. in einer der ansonsten zwangsläufig typischen Konsumörtlichkeiten (öffentliche Toiletten, Parkanlagen, Spielplätze u.ä.) allein gewesen, nicht überlebt hätten. Dieser Aspekt macht die Einrichtung von Druckräumen für HeroinkonsumentInnen lebensnotwendig.

Kritisch zu durchleuchten ist die Frage nach den Örtlichkeiten des Druckraums. Natürlich sollte er ausreichend große Räumlichkeiten bieten und in erreichbarer Nähe zur Szene sein; ob die Angliederung an schon bestehende Einrichtungen wie Beratungsstellen oder Kontaktläden sinnvoll ist, ist anhand potentieller, streßiger Krisensituationen, die zu einer zusätzlichen Belastung führen können, zu hinterfragen.

In unserem Fall können wir von der günstigen Situation ausreichender Räumlichkeiten ausgehen, die uns genügend Platz für praktische Lebenshilfen, aber auch Rückzugsmöglichkeiten für ruhige Beratungsgespräche bieten. Daher haben wir für unsere Situation entschieden, daß das Einrichten eines Druckraums für unsere Arbeitssituation eine Entlastung durch die nicht mehr in dem Maße vorhandene Notwendigkeit von Kontrollgängen bedeutet.

Letztendlich kann die Einrichtung von Druckräumen einen wichtigen Beitrag zur praktischen Überlebenshilfe leisten. Zur Verbesserung der gesamten Lebenssituation von HeroinkonsumentInnen gehört aber natürlich immer noch die Frage nach Entkriminalisierung, Legalisierung, ausreichenden Wohnmöglichkeiten.

PRAKTISCHE ERFAHRUNGEN UND AKTUELLER STAND DER DISKUSSION ZU DRUCKRÄUMEN IN BONN AM BEISPIEL DES KONTAKT-CAFÉS „KIC“

Michael Hübner / Peter Lindlahr

Ausgangssituation

Die weiter voranschreitende gesundheitliche und soziale Verelendung der Konsumenten harter Drogen hat auch in Bonn zu einer öffentlichen Diskussion über die Notwendigkeit und Zulässigkeit von Druckräumen geführt. Ausgelöst durch intensivierte polizeiliche Ermittlungsbemühungen nach Inkrafttreten des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes im Sommer 1990 und den sprunghaften Anstieg der Zahl der Drogentoten in Bonn um über 60% (1989: 8, 1990: 13) werden die von der Bonner AIDS-Hilfe bereits im Jahr 1987 formulierten Forderungen nach HIV-präventivem „Safer Use“ mittlerweile von verschiedenen Seiten diskutiert. Hierzu hat auch die Eröffnung des Cafés „KIC“ im Hause der AIDS-Hilfe wesentlich beigetragen.

Die Situation nach Eröffnung des „KIC“

Um die bereits bestehende Palette niedrigschwelliger Angebote für DrogengebraucherInnen, wie z.B. Spritzenaustausch, Krisenauffangstation (short-term-sleep-in), Dusch- und Waschmöglichkeiten usw., zu ergänzen, eröffnete die Bonner AIDS-Hilfe im Oktober 1990 das Kontakt- und Informations-Café „KIC“.

Die Eröffnung dieses Projekts stellte eine wesentliche Erweiterung des Offenen Bereiches innerhalb der AIDS-Hilfe dar. Der enorme Zulauf durch die Bonner Szene bestätigte schon bald die Notwendigkeit dieses Angebots.

Die Konzeption sieht vor, daß das Café an Wochentagen nachmittags zu festen Öffnungszeiten in Verantwortung eines hauptamtlichen, selber substituierten Mitarbeiters in den speziell hierfür eingerichteten Kellerräumen der AIDS-Hilfe betrieben wird. Zugang hat grundsätzlich jeder Besucher. Eine Kontrolle der Besucher findet nicht statt.

Das Kontakt-Café bietet außer Getränken zum Selbstkostenpreis, Unterhaltung mit Musik, Billard und Gesellschaftsspielen auch die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit den im Hause anwesenden SozialarbeiterInnen, um individuelle Probleme abzuklären bzw. einen kurzfristigen Beratungstermin zu vereinbaren.

Im Café wie auch sonst im gesamten AIDS-Hilfe-Haus besteht für Besucher ein ausdrückliches Verbot, Alkohol oder Drogen zu konsumieren, zu dealen sowie körperliche Gewalt anzudrohen oder anzuwenden. Dies wird jedem Besucher durch deutlich angebrachte Schilder mitgeteilt.

Schon bald nach Eröffnung des Cafés wurde jedoch klar, daß die AIDS-Hilfe von vielen Betroffenen als geschützter Raum angesehen wird, in dem nicht nur Spritzen – gebrauchte gegen neue – ausgetauscht werden können, sondern auch das Bedürfnis entsteht, den mitgebrachten Stoff zu injizieren.

Die Einhaltung des Drogenkonsumverbots kann nur innerhalb der Räume des Cafés überwacht werden. Entsprechende Maßnahmen des AIDS-Hilfe-Personals haben dazu geführt, daß im Café nicht gedrückt wird. Anders ist die Situation in zwei allgemein zugänglichen Toilettenräumen. Da sie nicht ständig kontrolliert werden können, besteht für die Cafébesucher die Möglichkeit, sich dort trotz offiziellen Verbotes einen Druck zu setzen. Obgleich diese Räume nie als „Druckräume“ freigegeben wurden, muß realistischerweise davon ausgegangen werden, daß sie von den Usern als solche angesehen werden. Die Interventionen von seiten des AIDS-Hilfe-Personals beschränken sich auf gelegentliche Kontrollen der beiden nicht verschließbaren Toilettenräume. So kann auch in akuten Krisenfällen Erste Hilfe geleistet werden.

Gegen Besucher, die von AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen auf den Toiletten beim Drücken „erwischt“ werden, werden keine Sanktionen ausgesprochen. Demnach wird dort der Heroinkonsum mehr oder weniger „stillschweigend“ toleriert.

Auswertung der bisherigen Erfahrungen

Nach nur dreimonatigem Betrieb ist das Kontakt-Café Mitte Januar 1991 vorübergehend geschlossen worden, um die bisher gemachten Erfahrungen auszuwerten und die bestehende Konzeption im Hinblick auf Realisierungsdefizite überprüfen zu können.

Zunächst ist zu bemerken, daß die in diesem Zeitraum festgestellte tägliche Besucherfrequenz von rund 30 Personen mehr Personal erfordert, als ursprünglich angenommen wurde. So sind in den ersten Monaten des Cafébetriebs neben einigen engagierten ehrenamtlichen Helfern mehrere hauptamtliche MitarbeiterInnen in die Betreuung der Cafébesucher einbezogen worden, was konzeptionell nicht beabsichtigt war. Die Einbeziehung weiterer Hauptamtlicher kann schon aufgrund fehlender Kapazitäten nicht Zielvorstellung für die Zukunft sein. Vielmehr muß künftig stärker betont werden, daß es sich beim Kontakt-Café – ein Angebot, das sich primär an DrogengebraucherInnen richtet – im wesentlichen um ein Selbsthilfeprojekt handelt, das auf die Mitwirkung und Unterstützung der Betroffenen angewiesen ist.

Dies wiederum bedeutet, daß Aufgaben, die mit der Organisation des Cafébetriebs zusammenhängen, grundsätzlich auch von interessierten Besuchern übernommen werden können. Hauptamtliche AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen hätten dann lediglich Koordinierungs- und Delegierungsfunktion.

Zentrales Problem ist nach wie vor die Frage, inwieweit die schwierige Gratwanderung zwischen dem ausdrücklich erteilten Verbot des Drogenkonsums im Café einerseits und dem „stillschweigenden“ Tolerieren des Drückens in den Toilettenräumen andererseits gemeistert und auch zukünftig als gangbarer Weg erachtet werden kann. Zur rechtlichen Problematik, insbesondere zur Frage, inwieweit einzelne AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen durch Kenntnis und Tolerierung von Tatbeständen, die nach dem BtMG möglicherweise strafbar sind,

sich selber strafbar machen, ist von der AIDS-Hilfe Bonn ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben worden, in das die bisher gemachten Erfahrungen als Fragestellungen einfließen sollen.

Die derzeitige Praxis ist nicht nur aufgrund der sich täglich ergebenden Probleme unbefriedigend, sondern auch aufgrund der (noch) bestehenden Rechtsunsicherheit. Deshalb liegt es nahe, den jetzigen Zustand solange als Übergangslösung hinzunehmen, bis eine differenziertere Konzeption ausgearbeitet und eine rechtliche Absicherung erreicht ist. Erst dann ist ein klar definiertes Angebot eines „Gesundheitsraumes“ möglich.

Die Realisierung eines offiziellen „Gesundheitsraumes“ wird von der AIDS-Hilfe Bonn e.V. für die nahe Zukunft angestrebt. Eine hausinterne Arbeitsgruppe erarbeitet derzeit konzeptionelle Einzelheiten.

Aktueller Stand der „Druckraum“-Diskussion

Der Umstand, daß mit der Eröffnung des Cafés „KIC“ erstmals im Bonner Stadtgebiet ein niedrigschwelliger Kontaktladen für DrogengebraucherInnen in Betrieb genommen wurde, hat nicht nur in der bürgerlichen Lokalpresse Beachtung gefunden, sondern auch bei anderen Organisationen und Institutionen sowie in den verschiedenen Gremien der Stadtverwaltung für Gesprächsstoff gesorgt.

Die Stadt Bonn hat sich nach langwierigen Beratungen in den zuständigen Ausschüssen und Arbeitskreisen noch immer nicht endgültig dazu durchringen können, die Einrichtung eines derartigen Angebotes zu beschließen und in die Tat umzusetzen. Als weitere Anlaufstelle für Betroffene aus der Szene existiert somit nur noch die Beratungsstelle des Vereins für Gefährdetenhilfe (VfG). Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung für Obdachlose, die aber ebenso von Menschen aus der Drogenszene frequentiert wird. Sie ist mit dem hier vorgestellten Caféprojekt konzeptionell nicht vergleichbar.

Nachdem es in der Beratungsstelle des VfG aufgrund von akuten Intoxikationen und Todesfällen infolge von Überdosierung wiederholt zu polizeilichem Einschreiten und zu Notarzteinsätzen gekommen war, erschien es dringend erforderlich, schon kurz nach Inbetriebnahme des „KIC“ mit den zuständigen Ermittlungsbehörden über das Caféprojekt und die Problematik des faktisch nicht kontrollierbaren Konsums von mitgeführten Drogen zu diskutieren. Hierbei erwies es sich als hilfreich, daß mit dem Bonner Polizeipräsidenten auf Anregung der AIDS-Hilfe bereits in der Vergangenheit mehrfach persönliche Gespräche, so z.B. über die Aufstellung von Spritzenautomaten im Jahr 1989 oder die kommunale Drogenpolitik, geführt worden waren. Bereits in diesen Gesprächen hatte sich, was die Einschätzung der Bonner Drogenszene anbelangt, in bestimmten Punkten Übereinstimmung gezeigt, auch wenn die jeweiligen Schlußfolgerungen in erheblichem Maße divergierten.

Die Inbetriebnahme des Kontakt-Cafés „KIC“, die der Bonner Polizeipräsident unter drogenpolitischen Gesichtspunkten als notwendig erachtet und befürwortet, bot nun Anlaß, auch über die unterschiedlichen Rechtsauffassungen zur Zulässigkeit von Druckräumen zu diskutieren. In bezug auf die derzeitige Praxis des Cafébetriebs wurde deutlich, daß der Polizeipräsident grundsätzlich keine Anhaltspunkte für ein strafbares Verhalten der AIDS-Hilfe-

MitarbeiterInnen sieht. Auch bei der Einrichtung eines offiziellen Druckraumes wäre polizeiliches Einschreiten nicht ohne weiteres zwangsläufig, da die einschlägigen Polizeigesetze hier einen Ermessensspielraum eröffnen.

Während auf dieser Seite eine überraschend differenzierte Bewertung der Rechtslage vorgenommen zu werden scheint, ist von anderer Seite die auf stillschweigendes Tolerieren des Drogenkonsums abzielende Praxis mit unerwarteter Polemik kommentiert und unter anderem als „Anleitung zum Fixen“ diffamiert worden. Trotz der bisher geäußerten Vorbehalte gegen das KIC wird aber schon jetzt deutlich, daß zukünftig weder die städtischen Behörden noch die vermeintlich ebenfalls zuständigen Organisationen und Verbände des Sozialbereichs wirkliche Alternativen zu diesem Projekt der AIDS-Hilfe Bonn aufzeigen können.

III. RECHTLICHE ASPEKTE

ZUR RECHTLICHEN ZULÄSSIGKEIT DES BETREIBENS VON DRUCKRÄUMEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Sabine Michaelis

I. Problemstellung

Angesichts der Lebenssituation eines großen Teils der i.v. DrogenkonsumentInnen, die geprägt ist durch Obdachlosigkeit, hohe HIV-Prävalenz und allgemeine gesundheitliche Verelendung, stellt sich die Frage nach den Bedingungen des Drogenkonsums.

Ein Drogenabhängiger benötigt im Durchschnitt 4-6 Injektionen pro Tag. Viele konsumieren die Drogen überwiegend in Hauseingängen, auf öffentlichen Toiletten, Kinderspielflächen, Schulhöfen u.ä. Dort sind die Konsumbedingungen denkbar unhygienisch und infolgedessen risikoreich für Gesundheit und Leben. Für die Injektion muß das Heroin aufgekocht werden; dafür werden Wasser und ein Löffel benötigt. Unter den genannten äußeren Bedingungen wird z.B. zum Aufkochen Wasser aus Toiletten oder Regenwasser benutzt, als Behälter dienen alte Konservendosen u.ä. Die Lichtverhältnisse sind oft schlecht. Die Folge von Injektionen unter solchen Umständen sind schmerzhafteste Abszesse, Blutvergiftungen, Venenentzündungen und Überdosen. Darüber hinaus birgt der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit ein starkes Konfliktpotential mit Anwohnern besonders betroffener Stadtteile in sich.

Die genannten Konsumbedingungen erhalten eine besondere Brisanz angesichts der hohen Verbreitung von HIV in Drogenszenen. Die Vergabe von sterilen Einwegspritzen ist nur ein Aspekt der AIDS-Prävention. Nachweislich stellt auch das gemeinsame Benutzen von Spritzenutensilien (Wasser, Baumwollfilter, Löffel) einen Übertragungsweg von HIV dar¹. Bedingt durch die hohe Obdachlosenrate bei DrogenkonsumentInnen und die Tatsache, daß die Droge überwiegend in der Nähe des Kaufortes konsumiert wird, ist das gemeinsame Benutzen von Spritzenutensilien unter den derzeitigen Bedingungen immer noch verbreitet.

In den schweizer Städten Bern und Basel wurde diesen Problemen mit der Einrichtung von sogenannten „Fixerräumen“ begegnet, die von staatlicher Seite toleriert werden. Konkret bedeutet das die Bereitstellung von Räumlichkeiten, in denen mitgebrachte Drogen unter hygienischen Bedingungen intravenös konsumiert werden dürfen. Den DrogenkonsumentInnen werden sterile Spritzbestecke sowie Ascorbin, Löffel, Tupfer, Pflaster und sauberes Wasser zur Verfügung gestellt. Gebrauchte Spritzen sind nach der Injektion abzugeben. Die Aufsicht erfolgt durch medizinisch geschultes Personal, das im Falle von Notfällen Erste Hilfe leistet. Zusätzlich werden auch Hilfen für den gesund-

heitsbewußten Umgang mit Drogen angeboten. Der Standort der Fixerräume ist szenenah, um den Weg zwischen Beschaffungs- und Konsumort so kurz wie möglich zu halten. So soll verhindert werden, daß unter Entzugserscheinungen leidende Drogenabhängige ihre Drogen doch wieder in der Öffentlichkeit und unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen konsumieren. Innerhalb der Fixerräume ist der Handel und Erwerb von Betäubungsmitteln strengstens untersagt².

II. Rechtliche Problemstellung

In der Bundesrepublik Deutschland setzt sich im medizinischen und drogenpolitischen Bereich zunehmend die Auffassung durch, daß es sich bei Drogenabhängigen in erster Linie um Kranke handelt, denen im akuten Stadium der Sucht zunächst zu einer menschenwürdigen Existenz, zur Stabilisierung der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung und zu sozialen Lebensbedingungen verholfen werden muß, ehe abstinenzorientierte Drogenhilfen greifen können. Als ein Hilfsangebot gegen die zunehmende gesundheitliche Verelendung ist die Tendenz zu einer liberaleren Methadonvergabe (wie etwa in Bremen) zu sehen. Angesichts der Tatsache, daß rund 20 Prozent aller i.v. DrogenkonsumentInnen HIV-AK-positiv bzw. an AIDS erkrankt sind³, hat sich auch zunehmend die Vergabe sterilen Spritzbestecks durchgesetzt, da nachweislich das sogenannte „Needle sharing“ einen Hauptübertragungsweg von HIV darstellt.

Darüber hinaus ist von seiten des Gesetzgebers ein Rückzug aus repressiven Handlungsstrategien gegenüber süchtigen DrogenkonsumentInnen zu verzeichnen. Es hat sich eindeutig gezeigt, daß mit den derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen die Ausbreitung des Betäubungsmittelmissbrauchs nicht entscheidend aufgehalten bzw. wirksam bekämpft werden kann⁴. So sieht der Bundesratsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des BtMG vom Mai 1990 eine eindeutige Regelung der rechtlichen Zulässigkeit der Vergabe von sterilen Einwegspritzen an i.v. DrogenkonsumentInnen, Möglichkeiten zur Einstellung der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren und klarstellende gesetzliche Regelungen für Substitutionsbehandlungen vor⁵. Ziel dieser geplanten Gesetzesänderung ist die Stärkung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen bei der Behandlung Drogenabhängiger⁶. Unter o.g. Gesichtspunkten könnte auch ein Umdenken bezüglich der Einrichtung von Druckräumen erfolgen. Hierzu muß allerdings geprüft werden, ob dem Betreiben von Druckräumen der Straftatbestand des § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG entgegensteht.

III. Rechtliche Prüfung

1.) § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG, 1. Alternative: Öffentliches oder eigennütziges Mitteilen einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln

§ 29 Abs.1 Nr.10 BtMG, 1. Alternative bedroht denjenigen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu vier Jahren oder einer Geldstrafe, der Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln

öffentlich oder eigennützig mitteilt. Das Betreiben von Druckräumen könnte diese Tatbestandsmerkmale erfüllen. Die Mitteilung (mündlich, schriftlich oder telefonisch) einer Gelegenheit i.S.d. § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG ist dann strafbar, wenn sie öffentlich, d.h. von unbestimmt vielen Personen, die nicht durch persönliche Beziehungen zusammengehalten werden, vernommen werden kann (z.B. durch Ankündigungen in Zeitungen und Rundfunk oder Anschläge auf Wänden) oder eigennützig, d.h. geleitet vom Streben nach dem eigenen Vorteil ist⁷. Es ist davon auszugehen, daß, entsprechend den Erfahrungen aus der Schweiz, Druckräume nur von aktiv konsumierenden Drogenabhängigen aufgesucht werden, um mitgebrachte Betäubungsmittel (im folgenden BTM genannt) dort zu verbrauchen. Das Betreiben eines Druckraums erfolgt ausschließlich mit der Zielsetzung einer umfassenden gesundheitlichen Hilfe und der Verringerung gesundheitlicher Risiken bei Injektionen. Daraus entstehen den Betreibern keine Vorteile. Ein Druckraum, entsprechend den schweizer Modellen, wird ohne besondere äußere Kennzeichnung und öffentliche Mitteilungen i.S.d. Vorschrift betrieben und wird nur den darauf angewiesenen, d.h. bereits drogenabhängigen Menschen bekannt sein. Spricht sich die Existenz eines Druckraums in einschlägigen Kreisen herum, ist dieses keine öffentliche Mitteilung i.S.d. § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG⁸. Das Betreiben von Druckräumen erfüllt nicht die Tatbestandsmerkmale des § 29 Abs.1 Nr. 10 BtMG, 1. Alternative.

2.) § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG, 2. Alternative: Verschaffen oder Gewähren einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln

§ 29 Abs.1 Nr.10 BtMG, 2. Alternative bedroht denjenigen mit einer Freiheitsstrafe von bis zu vier Jahren oder einer Geldstrafe, der einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt. Hierauf muß der Vorsatz gerichtet sein⁹.

2.1.) Verschaffen und Gewähren einer Gelegenheit

Der § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG ist als Auffangtatbestand gedacht. So ist der Konsum von BTM an sich straflos, die Vorschrift stellt jedoch die Beihilfe zu straflosem, selbstschädigendem Verhalten unter Strafe¹⁰. In der Begründung zum Gesetzesentwurf heißt es, daß mit der Vorschrift diejenigen schwerpunktmäßig getroffen werden sollen, die einem anderen Gelegenheit zum illegalen Rauschgifthandel verschaffen und gewähren bzw. ihre Betriebe zu einträglichen Umschlagplätzen für Rauschgift machen¹¹. Sinn der Vorschrift ist, daß derjenige, der Kontakte zwischen Lieferanten und Abnehmern von BTM herstellt oder duldet, ebenso mit strafrechtlichen Mitteln getroffen und abgeschreckt werden soll, wie derjenige, der selbst illegal Handel treibt¹². Unter dem Verschaffen oder Gewähren einer Gelegenheit i.S.d. Vorschrift ist ein über die bloße Mitteilung der Bezugsquelle hinausgehendes aktives Bereitstellen oder Herbeiführen äußerer Umstände, die unmittelbar zur Förderung der Abgabe, des Handels oder des Verbrauchs von BTM geeignet sind oder sie wesentlich erleichtern, zu verstehen¹³. Verschaffen einer Gelegenheit bedeutet, die fördernden Umstände im Herrschaftsbereich eines anderen zu bieten. Beim Ge-

währen einer Gelegenheit werden die fördernden Umstände im eigenen Herrschaftsbereich geboten¹⁶. Die Begriffe sind allerdings nicht immer scharf voneinander abzugrenzen¹⁵. Da Betreiber eines Druckraums eindeutig Räume, die ihrem Herrschaftsbereich zuzuordnen sind, zur Verfügung stellen, ist im folgenden davon auszugehen, daß hier der Straftatbestand des Gewährs in Betracht kommen könnte.

2.2. Fallgruppen

Der Passus betreffs Gewährs einer Gelegenheit wendet sich gegen Betreiber von Imbißbuden, Spiel- oder Trinkhallen, insbesondere jedoch gegen Wirte, die ihre Betriebe zu Rauschgiftumschlagplätzen ausgebaut haben¹⁶. Auch gewährt Gelegenheit, wer sein Appartement bzw. seinen Wohnwagen zum ungestörten Drogenkonsum vermietet¹⁷. Die Gemeinsamkeit der überwiegend in der Kommentierung genannten Erscheinungsformen des Gewährs einer Gelegenheit besteht im Zurverfügungstellen von Räumlichkeiten durch den Täter, in denen es mit seinem Wissen zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von BTM kommt. Zur rechtlichen Überprüfung des hier vorliegenden Sachverhalts können die von KÖRNER genannten Fallgruppen bei BTM-Delikten in Gastwirtschaften übertragen werden. KÖRNER differenziert hier sorgfältig und führt 4 Fallgruppen auf:

1. Fallgruppe

Es gewährt derjenige Gelegenheit, der innerhalb von Räumlichkeiten, die seinem Herrschaftsbereich zuzuordnen sind, selbst An- und Verkaufsverhandlungen, unter Umständen gewerbsmäßig oder bandenmäßig führt, oder Rauschgiftgeschäfte vermittelt¹⁸. Diese Erscheinungsform des Gewährstatbestandes ist auf das Betreiben von Druckräumen nicht übertragbar. In einem Druckraum wird zwar der Konsum von mitgebrachten BTM geduldet, Handel und Erwerb sind jedoch untersagt.

2. Fallgruppe

Gelegenheit verschafft derjenige Inhaber von Räumlichkeiten, der seine Angestellten Drogen verkaufen bzw. Gäste Drogen konsumieren läßt und dieses fördert, der Provision kassiert und sich bemüht, äußere Bedingungen für Konsum, Handel und Erwerb innerhalb seiner Räumlichkeiten zu verbessern und die Gäste bei Polizeikontrollen warnt¹⁹. Auch die von KÖRNER genannte Fallgruppe 2 trifft auf das Betreiben von Druckräumen nicht zu. Handel und Erwerb von BTM innerhalb eines Druckraumes sind verboten, es besteht seitens der Betreiber ausschließlich ein gesundheitsförderndes, lebenserhaltendes Interesse an der Duldung des Konsums von BTM. Die äußeren Bedingungen des Konsums werden lediglich durch die Bereitstellung hygienischer Umstände für die Injektion verbessert.

3. Fallgruppe

Es gewährt auch derjenige Gelegenheit, in dessen Räumlichkeiten ohne sein Zutun Drogen konsumiert, erworben und gehandelt werden und der, obwohl es in seinem Betrieb zu Straftaten kommt, die Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei verweigert. Der Tatbestand des § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG kann auch

durch Unterlassung begangen werden. Das Unterlassen muß dem Konsum bzw. dem Erwerb förderlich sein. Die Gewährung einer Gelegenheit durch Unterlassung kann auch fahrlässig begangen werden²⁰. KÖRNER führt bei dieser Fallgruppe an, daß derjenige, der eine Gefahrenquelle eröffnet, diese auch beherrschen muß²¹. Die Betreiber eines Druckraums stehen demzufolge in der Verpflichtung, alle Sorgfalt darauf zu verwenden, den unbefugten Erwerb und Handel von BTM zu unterbinden. Ein Druckraum wird nur von einschlägigem, bereits drogenabhängigen Publikum aufgesucht, das sich vorher mit der für die Injektion notwendigen Menge Rauschgift versorgt hat. Betreiber von Druckräumen haben die ständige Präsenz ausgebildeter Fachleute zu gewährleisten, die auch bezüglich des Handels Kontrollfunktionen ausüben. Die Räume müssen so übersichtlich gestaltet sein, daß eine Kontrolle jederzeit gewährleistet ist. Möglicherweise müssen Toiletten grundsätzlich verschlossen sein und der Schlüssel im Einzelfall vom Personal ausgegeben werden. Durch Aushänge sollte deutlich gemacht werden, daß der Handel mit Drogen im Druckraum untersagt ist. Außerdem muß es für Fälle von Überschreitungen des Verbots abgestufte Sanktionen geben. Zu denken ist hierbei etwa an Ermahnungen, Verweise und Hausverbote. U.U. muß Minderjährigen der Konsum von BTM verwehrt werden. Eventuelle Ermittlungen der Polizei darf das Personal nicht behindern, da ein Druckraum kein rechtsfreier Raum sein kann. Hier ist es jedoch erforderlich, mit der Polizei Vorgehensweisen zu vereinbaren, die sich nicht kontraproduktiv zu den eigentlichen Zielen des Druckraumes (z.B. streßfreier Konsum) verhalten. Sollte es trotz eines Verbots innerhalb des Druckraums in Einzelfällen zur Abgabe oder zum Handel von BTM kommen, so reicht dieses nicht als Argument aus, um auf eine für i.v. DrogenkonsumentInnen so gesundheits- und lebenserhaltende Einrichtung verzichten zu wollen. SCHULTZ führt hierzu zutreffend aus, daß es sich dabei um Mißbrauch eines Druckraums (Fixerraums) handelt, der sich ebensowenig vermeiden läßt, wie der Mißbrauch irgendeiner anderen fürsorglichen oder wohlthätigen Institution, wie beispielsweise der Sozialversicherungen. Trotz deren Mißbrauchs ist noch niemand auf die Idee gekommen, diese Einrichtungen abzuschaffen²². Schöpfen die Betreiber von Druckräumen alle Maßnahmen aus, die einer fahrlässig begangenen Unterlassung bezüglich des Handels und Erwerbs von BTM entgegenwirken, läßt sich das Betreiben von Druckräumen nicht unter Fallgruppe 3 subsumieren.

4. Fallgruppe

Derjenige Inhaber von Räumlichkeiten gewährt auch dann Gelegenheit, wenn er mit der Kriminalpolizei zusammenarbeitet, den Drogenhandel und Erwerb innerhalb seines Herrschaftsbereiches aber nicht verhindern kann. Bei dieser Fallgruppe bleibt der Inhaber von Räumlichkeiten regelmäßig straflos²³. Fallgruppe 4 bezieht KÖRNER ausschließlich auf die Abgabe und den unbefugten Erwerb von BTM. Den unbefugten Verbrauch führt er nicht auf. Insofern ist Fallgruppe 4 auf das Betreiben von Druckräumen nicht anzuwenden.

Zusammenfassend läßt sich für alle vier von KÖRNER aufgeführten Fallgruppen feststellen, daß sie sich schwerpunktmäßig auf den Erwerb und die unbefugte Abgabe von BTM beziehen. Die Fallgruppen 1 und 2 zielen dabei auf das eigennützige wirtschaftliche Interesse des Inhabers von Räumlichkeiten ab.

Dagegen werden Druckräume ausschließlich aus allgemeinen gesundheitsfürsorglichen Interessen und im Sinne einer umfassenden AIDS-Prävention betrieben. Die Betrachtung der vier von KÖRNER aufgeführten Fallgruppen läßt den Schluß zu, daß das Gewähren einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von BTM i.S.d. Vorschrift lediglich als unmittelbare Konsequenz aus dem besonders verfolgungswürdigen Handel und Erwerb zu sehen ist. Diese Auffassung wird durch die unter 2.1. angeführte Begründung zum Gesetzesentwurf bestätigt. BOTTKE interpretiert den § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG, 2. Alternative folgerichtig dahingehend, daß solche Tathandlungen vom Gesetz unter Strafe gestellt werden, die eine drogenverkehrsconstitutive Wirkung haben²⁴. Dieses trifft für einen Druckraum insofern nicht zu, als dort Handel und Erwerb von BTM untersagt sind. Bezogen auf den unbefugten Verbrauch muß die strafbare Beihilfe i.S.d. Vorschrift für den Erfolg insoweit kausal sein, als der Beitrag des Gehilfen die Tatbestandsverwirklichung ermöglicht, erleichtert, intensiviert oder absichert²⁵. Die Tatbestandsverwirklichung des unbefugten Verbrauchs (Verbrauch außerhalb einer ärztlichen Behandlung) wird durch das Betreiben von Druckräumen insofern nicht gefördert, als das Charakteristikum der Sucht ja gerade deren Befriedigung völlig unabhängig von räumlichen Bedingungen ist. Die Häufigkeit der Injektionen eines drogenabhängigen Menschen wird von der dem jeweiligen Stadium seiner Sucht entsprechenden Höhe seiner Dosierung abhängen. Existieren keine Druckräume, findet der Konsum unter eingangs geschilderten risikoreichen Bedingungen statt. Das Betreiben eines Druckraumes steht somit in keinem kausalen Zusammenhang mit dem durch die Sucht bedingten notwendigen Konsum eines drogenabhängigen. Es werden den Abhängigen lediglich medizinische Hilfen im Bedarfsfall und die Voraussetzungen für hygienische Injektionen angeboten. Mit dem Betreiben eines Druckraums wird der Straftatbestand des Verschaffens/Gewährens einer Gelegenheit i.S.d. § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG nicht erfüllt.

2.4. Zusammenfassung und Ausblick

Die gegenwärtige Rechtslage ist so zu beurteilen, daß das Betreiben eines Druckraums im Interesse einer allgemeinen Gesundheitsfürsorge für i.v. DrogenkonsumentInnen und einer weitgehenden AIDS-Prävention innerhalb der Drogenszene keinen Straftatbestand i.S.d. § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG darstellt, wenn die Betreiber von Druckräumen alle Mittel ausschöpfen, um den Erwerb und die unbefugte Abgabe von BTM innerhalb des Druckraums zu unterbinden. Für diese restriktive Auslegung der Vorschrift spricht auch die Tatsache, daß Träger der Drogenhilfe offensichtlich nicht zu dem Personenkreis gehören, die der Gesetzgeber mit Strafe bedrohen wollte. Ein Blick in die Statistik über den Umfang der Strafverfolgung nach dem § 29 Abs.1 BtMG zeigt, daß im Jahre 1987 von insgesamt 17 271 Verurteilungen lediglich 30 wegen Verstoßes gegen Nr.10 der Vorschrift erfolgten. Diese Zahlen belegen, daß – selbst von einer weiten Auslegung der Vorschrift ausgehend – der § 29 Abs.1 Nr.10 BtMG nur von geringer praktischer strafrechtlicher Relevanz ist²⁶. Es ist jedoch ohnehin die erklärte Absicht des Gesetzgebers, zukünftig die AIDS-präventive Arbeit und gesundheitsprophylaktische Maßnahmen der Drogenhilfen zu stützen. Folglich wurde im Gesetzesentwurf des Bundesrats vom Mai 1990 das Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch als Straftatbestand ge-

strichen, um die Vergabe sterilen Spritzbestecks rechtlich abzusichern²⁷. Effektive AIDS-Prävention und Gesundheitsfürsorge für i.v. DrogenkonsumentInnen können sich jedoch nicht nur auf die Vergabe von sterilen Spritzbestecken beschränken. Das Betreiben von Druckräumen würde in diesem Bereich einen weiteren wichtigen Beitrag zu einer auf gesellschaftliche und soziale Risikoreduktion abzielenden Drogenarbeit darstellen.

Anmerkungen

1. Koester, S. et al.: The Risk of HIV Transmission. The International Journal On Drug Policy, Vol.1, Issue 6, 28ff
2. Stöver, H.: DAH-Aktuell, April/Mai 1990, 12f
3. Kleiber, D.: HIV-positiv und drogenabhängig. Sozialmagazin 1/1990, 41ff
4. BR-Drucksache 57/90, 4ff
5. ebenda
6. ebenda
7. Körner, H.: BtMG. München 1990, Rdnr. 712 zu § 29 BtMG
8. siehe hierzu Schultz, H.: Die Rechtsstellung der Fixerräume. Sonderdruck aus „Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht“, Band 106, Heft 3, Bern 1989, 293f
9. Eberth, A., Müller, E.: Betäubungsmittelrecht. München 1982, Rdnr. 64 zu § 29 BtMG
10. Körner, a.a.O., Rdnr. 710 zu § 29 BtMG
11. BT-Drucksache IV 1877,9
12. Endriß, R., Malek, K.: Betäubungsmittelrecht. München 1986, Rdnr. 283 zu § 29 BtMG
13. Körner, a.a.O., Rdnr. 713 zu § 29 BtMG
14. Joachimski, J.: Betäubungsmittelrecht. Stuttgart 1985, Anm. 20a zu § 29 BtMG
15. Endriß/Malek, a.a.O., Rdnr. 289 zu § 29 BtMG
16. Körner, a.a.O., Rdnr. 713 zu § 29 BtMG, siehe auch Hügel/Junge: Deutsches Betäubungsmittelrecht. Stuttgart 1989, Rdnr. 20.1 zu § 29 BtMG
17. Körner, a.a.O., Rdnr. 714 zu § 29 BtMG
18. a.a.O., Rdnr. 716 zu § 29 BtMG
19. a.a.O., Rdnr. 717 zu § 29 BtMG
20. a.a.O., Rdnr. 718 zu § 29 BtMG
21. ebenda
22. Schultz, a.a.O., 287
23. Körner, a.a.O., Rdnr. 719 zu § 29 BtMG
24. Bottke, W.: Strafrechtliche Probleme von AIDS und der AIDS-Bekämpfung. In: Schünemann/Pfeiffer (Hrsg.): Die Rechtsprobleme von AIDS. Baden-Baden 1988, 219ff
25. Roxin, C. in: Leipziger Kommentar. Berlin 1985, Rdnr. 2 zu § 29 StGB
26. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/4329, 13
27. BR-Drucksache 57/90, 4

IV. ZUR DISKUSSION ÜBER DRUCKRÄUME UND PERSPEKTIVEN WIRKSAMER HIV-PRÄVENTION IN DER DROGEN- UND AIDS-HILFE

„UND WENN DIE BULLEN JETZT EINFACH
REINKOMMEN IN DIE TOILETTE UND HAUEN
EINEM DEN SCHUSS WEG...“

Interview mit einem langjährigen Drogengebraucher

Interviewer: Michael Gröne

Marc*: Also, das ist so: Das größte Problem beim Drücken überhaupt ist erstens das Wetter und zweitens die Illegalität. Man muß ja einiges machen, und Du kannst das nicht bei Regenwetter oder bei Kälte hier im kleinen Park usw. Viele Leute gehen da von vornherein weg, auch die zum Beispiel unterm Rhododendronbusch, da wird gedrückt, unter irgendwelchen Bäumen, gerade im Sommer wird da gedrückt. Ich glaube, wir sollten erstmal die Orte nennen.

Michael: Ja, ja ...

Marc: Danach kommen dann die Umstände. Wo das Wasser besorgt wird und so weiter. Wie ich schon sagte, die Orte sind Bäume draußen, dann irgendwelche öffentlichen Toiletten draußen ...

Michael: Da gibt es ja für Fixer gar nicht so viel, oder?

Marc: Doch, da gibt's wesentlich mehr, man muß ja in diesem Zusammenhang nicht nur die öffentlichen Toiletten, die von der Stadt getragen und unterhaltenen Toiletten nennen, sondern auch die von irgendwelchen Lokalen oder von Karstadt ...

Michael: Kommt man da denn immer rein?

Marc: Ja, aber man muß dann richtig anfangen, die Leute zu täuschen. Also die Kaufhausdetektive und die Verkäufer, die passen da schon auf. Auch Kunden sind natürlich heiß auf einen. Also man glaubt gar nicht, wie viele dann da plötzlich Polizist spielen wollen. Obwohl man doch nichts weiter möchte, als einfach nur seine Ruhe haben. Gut – auf den Toiletten nachher seine Utensilien liegen lassen, das ist natürlich auch bescheuert, weil je mehr solche Sachen auftreten, also je mehr von solchen Utensilien gefunden werden, desto eher ist dieser Fixpunkt – lustiges Wortspiel: Fixpunkt – dann natürlich dicht. Da achtet man dann drauf. Zum Beispiel sind in den öffentlichen Lokalen im Innenstadtbereich oder überhaupt so im Scenebereich grundsätzlich die Toiletten abgeschlossen. Die Junkies müssen sich bei der Bedienung den Schlüssel holen, die macht das dann auf Sichtkontakt und achtet schon auch darauf, ob

man die Toilette länger als zwei Minuten benutzt. Dann muß man damit rechnen, daß die entweder von draußen aufmachen oder zumindest einen dauernd stören. Und das sind Sachen, die machen zusätzlich Angst, zum Beispiel davor, daß man sich den Schuß einfach nicht mehr rechtzeitig setzen kann, bevor die Leute stören. Und wenn die Bullen jetzt einfach reinkommen in die Toilette und hauen einem den Schuß weg ... das ist ein Scheißgefühl, das sag' ich Dir, das ist das Schlimmste, was einem Junkie überhaupt passieren kann. Also man muß sich das vorstellen: Du machst Dir jetzt einen Druck, kochst Dir also einen Druck auf, hast einen Affen, dann bist Du sowieso schon ein bißchen zitterig und nicht ganz da ...

Michael: ... und findest die Vene nicht ...

Marc: Genau. Und jetzt haste also noch den zusätzlichen Streß, schaff' ich das nun noch rechtzeitig – das Ding reinzusetzen -, bevor ich hier ernsthaft gestört werde, so daß der Schuß flöten geht. Und das kann ja sein, zum Beispiel, wenn ich einmal drin war und der gerinnt dann, dann kann ich ihn beim zweiten Mal wegschmeißen, wenn die Zeit zu lang ist. Ich will nochmal auf die Orte zurückkommen: in Berlin hab' ich das selber auch viel gemacht – bin einfach in die Hauseingänge reingegangen und dann irgendwo, zwischen den Etagen eines normalen Wohnhauses ...

Michael: Klingeln irgendwo ...

Marc: Nee, nee – klingeln gar nicht. Die Häuser sind alle offen gewesen. Klingeln, ja, das hat man in Neubaugebieten auch gemacht, dann hinterher ganz nach oben durchgestartet, ins Treppenhaus oder in den Keller runter – da geht's ja meistens am besten. Das sind so Orte, wo man – das ist natürlich auch der Nachteil – sich das Wasser selber mitbringen muß.

Michael: Und wie ist es da mit dem Licht?

Marc: Schlecht, ganz katastrophal, gerade in Berlin sind fast alles Altbauten. Ganz schlecht mit Außenlicht. Und die Treppenhausbeleuchtung ist ja für jemand, der längere Zeit am Fixen ist, kaum ausreichend. Man kann vielleicht hier schon mal einfügen, daß die Leute, die ganz extrem Schwierigkeiten haben – es gibt einige, die müssen in den Hals setzen oder in die Leiste -, diese Leute haben natürlich noch extremere Schwierigkeiten, weil erstens können sie sich den Druck in den Hals in der Regel nicht selber setzen. Es gibt kaum jemand, der im Spiegel sich die Halsvene nicht kaputtmachen würde. Also das müssen immer zwei sein. Zweitens muß der sich meistens hinlegen, weil du kannst ja nicht den Hals abbinden, du mußt Dich richtig entspannen und dabei gleichzeitig auch anspannen. Also das ist ja doch eine verschärfte Situation für diese Leute, sie sind also doppelt blöde dran. Und die Leiste ... ist ja klar, daß der sich die Hose runterziehen muß. Das kann zu riesigen Schwierigkeiten führen, wenn der jetzt in so einem Wohnhaus ist und wenn da 'ne alte Oma bzw. ein junges Mädchen kommt – was weiß ich, das kann also richtig ernsthafte Schwierigkeiten machen. Wie gesagt, die Angst erwischt zu werden, hat man immer und überall. Das kann einem sogar zu Hause passieren, wenn die Bullen die Wohnung auf Sicht haben, daß man da geschnappt wird.

Michael: Vielleicht kannst Du mal erzählen, weswegen man irgendwo draußen in Hauseingängen oder so drückt.

Marc: Also zum einen, das ist ganz logisch, wenn man sein Zuhause zu weit weg hat – das ist ein Grund, daß man auf Öffentlichkeit angewiesen ist. Oft-

mals hat man auch nicht die Zeit oder die Geduld, so lange zu warten, einen halbstündigen oder einstündigen Anfahrtsweg in Kauf zu nehmen, wenn man einen Affen hat. Und außerdem will man hinterher sowieso wieder in die Szene, bzw. will Klauen gehen oder sowas machen. Also ist man sowieso wieder in der Nähe der Öffentlichkeiten. Ja, das ist das eine. Warum man das noch macht? Viele können das zu Hause nicht machen, sie müssen heimlich drücken, weil sie noch ihre Eltern, ihre Bekannten oder ihre Freunde belügen. Die sind noch in der Phase, wo sie noch so tun, als ob sie gar nicht drücken.

Michael: Oder Leute, die überhaupt keine Wohnung haben.

Marc: Ja, es gibt viele Obdachlose, die sowieso nicht die Gelegenheit haben, zu Hause zu drücken. Und noch ein Punkt kommt dazu, der auch gar nicht zu unterschätzen ist: Es gibt viele Fixer, die sich auch in der heutigen Zeit gerade ihre Drucks nicht gerne alleine machen. Weil man heutzutage nie ganz genau weiß, was man für einen Stoff kriegt. Das ist nicht so, wie es mal vor fünfzehn oder zwanzig Jahren war, wo man wußte, wenn ich jetzt bei dem kaufe, dann hab' ich die und die Qualität, wenn ich bei dem kaufe, die und die Konzentration. Und dann muß ich damit rechnen, daß es mit Strychnin gestreckt ist usw. Das ist heute alles sehr viel undurchsichtiger geworden. Viele strecken das Zeug mit Sachen, die es früher noch gar nicht gab. Zum Beispiel mit Rohypnol, das sind Tabletten. Da ist es eigentlich 'ne Art von Selbstverteidigung, von Überlebenstrieb, daß man eben sagt, man will das nicht alleine machen.

Michael: Aus Sicherheitsgründen.

Marc: Daß man jemand da hat, der einspringen kann. Ja, das ist es.

Michael: Die Mehrzahl der Leute drückt doch eigentlich alleine, oder?

Marc: Nee, das kann man so nicht sagen. Also ich hab' die Erfahrung gemacht, wenn genug da ist, drücken viele Leute eigentlich doch ganz gerne miteinander. Ich persönlich gehöre auch zu den Leuten, die lieber in Gesellschaft drücken, also mit mehreren zusammen. Ich drück' mir eigentlich nur dann alleine einen, wenn es zu lange dauert, jemand aufzutun, oder wenn mir jemand nicht sympathisch ist. Das kommt noch dazu, daß das eben in der eigenen Wohnung oftmals nicht möglich ist, jemand mitzubringen, weil da oft dieses Versteckspiel sein muß ... So, das ist das eine. Ebenfalls schlimm an der Situation sind außer dem Gehetztsein – eigentlich der wichtigste, schlimmste Punkt – die total unmöglichen Umstände. Man kann nicht richtig abdröhnen danach, man ist gleich wieder voll im Streß. Also, man hat nicht mal Zeit, in Ruhe den Druck zu genießen. Ich persönlich empfinde das immer als sehr unangenehm. Ich hab' mir heute morgen zum Beispiel einen Koks-Schuß draußen gesetzt. Ich kann Dir nachher mal zeigen, wo der Hauseingang ist. Also, ein Treppenhaus zum Keller runter gehen und sich da 'n Koks-Druck zu setzen, wo man das alles noch sehr viel intensiver mitkriegt, das ist unangenehm gewesen, nur unangenehm. Und das werde ich auch so schnell nicht wieder machen. Koks werde ich doch lieber zu Hause ballern, wie gehabt. Naja – hinzu kommt noch, man hat ja so 'ne Wasserpulle irgendwo stehen, die auch andere mitbenutzen, weil die Plätze in der Regel schon alle belegt sind von mehreren Leuten. Da findet man dann auch Löffel und Filter und ...

Michael: ... hat da auch 'ne Wasserpulle stehen? Also die steht auch da, wo ...

Marc: Da steht 'ne Wasserpulle, ja, die wird aber von allen möglichen Leuten benutzt. Und ...

Michael: Wer stellt die da hin?

Marc: Irgendjemand bringt die mit, wenn keine da ist. Man weiß ja nie, ob da einer reingespuckt hat oder so ... wird keiner tun, aber das ist theoretisch möglich. Aber in der Regel ist das auch egal, weil das Zeug wird ja abgekocht. Ich hab' es in Holland selber schon gemacht. Ich bin also spät abends in Holland angekommen – jeder, der mal in Holland war, der kennt das Problem: weder 'ne offene Kneipe gefunden, noch 'nen Wasserhahn oder irgendwas... 'ne Toilette, nichts mehr, war tote Hose, nächste offene Tankstelle war zwei Kilometer vor der Grenze, und da mußte das Zeug schon verbunkert sein. Da hab' ich mir vom nächsten Fahrrad den Klingeldeckel abgeschraubt und hab' Wasser aus 'ner Pfütze genommen. Also, das ist jetzt kein Spruch – und hab' mir dann einen gesetzt. Ich war einfach schußgeil, das mußte einfach sein, vor'm Nachhauseweg auf jeden Fall noch mal 'nen Druck zu machen.

Michael: Was machen Leute, die kein Wasser finden – sei es abends, man kommt ja hier in bestimmte Kneipen nicht mehr rein und die Drobs hat zu und hier ist auch zu ...

Marc: In Bremen kann man ja notfalls am Bahnhof aus einem Automaten Wasser ziehen. Dann geht man eben mal kurz auf die Toilette, das funktioniert schon noch. Das kann man als Fixer, sich dann eben die Pumpe vollziehen und irgendwo in den schon beschriebenen Hauseingang gehen und sich einen Druck machen. In Krankenhäusern gibt's auch Toiletten, oder auch beim Sozialamt. Aber die Sozialämter haben auch nur begrenzt offen. Auch da ist es nicht angenehm – die werden auch ganz schnell hellhörig. Dann geht man noch zur Hoppenbank, zur Auffangstelle für Straffällige hier in Bremen, aber dort in der Toilette geht's auch nicht mehr. Man kriegt sofort Hausverbot, wenn man es da macht. Ich versteh' das sowieso nicht, warum die Leute so dagegen sind. Was soll denn das eigentlich?! Ich meine, das ist Quatsch in meinen Augen. Also, von den Junkies wird vielfach der Fehler gemacht, daß sie die Utensilien liegen lassen. Selbst wenn das nicht der Fall ist, werden die Klos alle überwacht, wie Fort Knox, und das ist einfach bescheuert. Ich finde, man müßte solche Sachen machen wie in Zürich, mit diesem Druckhaus. Das ist unbedingt erforderlich, oder wie das hier in der A.K.-Drogen läuft.

Michael: Wie läuft das, wenn die Leute teilweise keinen Löffel dabei haben?

Marc: Aufgeschnittene Dosen ... Man nimmt 'ne Cola-Dose, schneidet sich die halb auf, zerquetscht den unteren Teil, hat den Boden als Schale und kocht das Wasser dann da auf. Gefiltert wird oftmals mit rausgezupften Wollfusseln aus 'nem Pullover, wenn man mal keine Filtercigaretten zur Hand hat, oder mit Watte, das ist auch egal, das nimmt man dann auch nicht mehr so ganz genau. So kurz vor'm Druck – da ist dann mehr oder weniger alles scheißegal. Ja, was gibt's noch, was auch eigentlich ein Licht auf den Einfallsreichtum wirft? Als ich 'mal in Frankfurt war, hab' ich mir in einem stehenden Zug – in einem Sackbahnhof in Frankfurt – einen Druck gesetzt. Ich konnte auf dem Fahrplan erkennen, wie lange der Zug noch stand. Ich bin zusammen mit 'ner Dealerin reingegangen, dann auf die Toilette und hab' mir da einen gesetzt. Das ging noch verhältnismäßig gut, obwohl, wenn man da erwischt wird, das dürfte auch sehr unangenehm werden.

Michael: Bahnpolizei.

Marc: Ja genau. Die Druckräume sind daher unbedingt erforderlich, damit

die Leute nicht auf Spielplätze gehen. Das halte ich für 'ne unmögliche Sache, auf 'nem Spielplatz sich 'nen Druck zu machen. Oftmals ist das aber der einzige Platz in der Nähe, wo man sich hinsetzen kann und wo man sich in Ruhe, in Ruhe in Anführungsstrichen, einen Druck machen kann. Der Fixer macht's da auch nicht gerne, aber was bleibt einem übrig?

Michael: Wie oft steht man vor der Situation, draußen drücken zu müssen?

Marc: Die Leute, die obdachlos sind, die machen sich so ihre drei, vier – in der Regel sogar fünf, manchmal noch mehr – Drucks. Oftmals sind diese Leute auch darauf angewiesen. Die sind ja sozial am Ende. Sie sind darauf angewiesen, auch von anderen Leuten was abzubekommen. Also wenn die sich ein Loch pieken, haben sie nicht jedesmal 'nen vollen Druck, sondern weniger, von daher müssen sie sich öfter einen machen. Verstehste, was ich meine? Die machen sich noch öfter einen Druck, als das jemand machen würde, der zu Hause sein Gift hat und sich in Ruhe einen machen kann. Der macht sich vielleicht zwei, drei Löffel am Tag, weil er damit auskommt. Der kann das besser dosieren, als jemand, der eben nicht über 'ne bestimmte Menge verfügt, die er eigentlich gar nicht teilen kann. So im Schnitt viermal mindestens am Tag macht man sich einen.

Michael: Wie ist das, wenn Du Dir draußen einen Druck machst, dosierst Du da anders, als wenn Du Dir das zu Hause machst, wenn Du Ruhe und Zeit hast? Nimmst Du drinnen wie draußen die gleiche Menge und drückst Du das in einem weg, oder nimmst Du Dir Zeit, zum Beispiel in Etappen zu drücken? Spielt die Zeit eine Rolle, die man draußen hat?

Marc: Ich hab' mehr Ruhe und würde mir eher was einteilen, wenn ich zu Hause bin, als wenn ich unterwegs bin, obwohl das paradox ist. Aber es ist einfach so, daß man in der Öffentlichkeit Angst hat, abgegriffen zu werden, daß die Bullen einen greifen mit den letzten Packs, die man hat. Dann drückt man sie sich lieber weg. Man ist eher bereit, mehr zu drücken...

Michael: ... und ein größeres Risiko einzugehen.

Marc: Ja, natürlich. Außerdem hat man durch diese Hetze das auch nicht so genau im Gefühl und im Auge, wieviel man gerade drückt. Man würde draußen also auch gepantschtes Zeug schlechter erkennen als zu Hause.

Michael: Weil man nicht so genau hingucken kann?

Marc: Weil man nicht mehr so genau hinguckt. Einmal wegen der Lichtverhältnisse und zweitens wegen der Ruhe. Man muß sich das ja als Dauerstreß vorstellen.

Michael: Und zu Hause setzt Du Dich in der Regel hin und guckst Dir das kurz an, was das ist?

Marc: Da guck' ich das in aller Ruhe an. Was soll denn zu Hause noch passieren? Das einzige, das mich da noch stören könnte, wär' eigentlich, wenn jemand an der Tür klingelt. Und dann entscheide ich ja, wie schnell ich aufmache oder wie langsam. Ein ganz anderes Drücken ist das da, in Ruhe. Eigentlich drück' ich lieber zu Hause. Früher hatten wir auch mal bestimmte Anlaufpunkte. Bestimmte Leute hatten eben noch 'ne Wohnung, hatten mehr oder weniger sturmfreie Bude. Und dann hat man sich wechselseitig hier oder dort getroffen und hat sich dann eben 'nen Druck gemacht. Das war 'ne angenehme Zeit. Das kenn' ich noch von Hamburg. Damals wurde ja mit dem Zeug noch gar nicht so gehandelt; wenn jemand was hatte, wurde das weiter verteilt im

Freundeskreis. Dann ist man eben zu ein paar Leuten hingegangen, wo die Wohnung in der Nähe war und hat sich da in Ruhe einen gemacht. Das war auch noch in Kiel so, also bis 1970 hab' ich das noch so erlebt. Noch was: das mit den Spritzenautomaten ist ja jetzt hier gut in Bremen. Früher war das so, ist ja auch logisch, daß man die Pumpen eher nochmal benutzte, weil man mal kein Kleingeld hatte. Zu Hause hat man in der Regel noch Pumpen liegen. In der heutigen Zeit kann man das ja leicht, weil man die ja nur zu tauschen braucht. Jeder hat in der Regel zu Hause so 'n Hunderter-Pack liegen, oder zumindest 'nen Fünfiger-Pack, und man kann jetzt wirklich steril drücken. Aber das ist unterwegs ja nicht so. Man steckt sich keine zehn Pumpen ein, alleine schon wegen der Bullen. Man braucht seine Taschen auch leer, zum Klauen zum Beispiel – so isse. Und man ist ja nicht jedesmal in der Nähe von Pumpenautomaten und hat, wie gesagt, auch nicht das Geld dazu.

Michael: Werden denn noch Spritzen mit anderen Junkies getauscht?

Marc: Ja, das gibt's immer noch. Auch und gerade in Berlin, wo die Entfernungen auch ganz anders als hier in Bremen sind. Wenn ich in Berlin zum Beispiel am Nollendorferplatz oder am Kottbusser Tor mir meinen Druck geholt hab', bin ich nach Hause gefahren zum Wedding; dann war das alles 'ne schöne Reise. Und hinterher hatte ich keine Lust, wegen der Nadel nochmal zum Nollendorferplatz zu fahren, wo ein Pumpenautomat ist. Das ist einfach zu weit gewesen. Also, ich hab' in Berlin – muß ich leider zu meiner Scham zugeben – sogar nur mit Spucke ausgespülte Pumpe von jemand anderem benutzt. Das würde ich heute nie mehr machen – das sagt man so, aber vom Verstand her würde ich das nicht mehr tun.

* Name von der Redaktion geändert

KONSUMBEDINGUNGEN DES I.V. DROGENGEBRAUCHS – EIN SITUATIONSBERICHT AUS BREMEN

Rolf Bösche / Inge Baumann

Seit 1989 ist Bremen durch die Billigangebote von Kurden und Türken – derzeit kostet 1 Gramm Heroin privat ca. 100 DM, auf der Straße portionsweise das Viertelgramm 40 bis 50 DM – einer der Heroin-Hauptumschlagplätze Deutschlands geworden. Das hat zur Folge, daß zu den Bremer Junkies ein sogenannter Herointourismus hinzugekommen ist. Ist man vor 1989 aus dem Süden der Bundesrepublik zum Einkaufen nach Amsterdam oder Frankfurt gefahren, so fährt man heutzutage nach Bremen. Hinzu kommen die Junkies aus dem Bremer Umland, die hoffen, aufgrund der billigen Preise nicht so viel „kriminelle“ Energie aufbringen zu müssen. Daß es in Bremen genausowenig Wohnraum wie in anderen Städten gibt, nehmen sie in Kauf. Folglich hat sich insgesamt die Zahl der Junkies, die über keinen Privatraum zum Drücken verfügen, rapide erhöht.

Zusammen mit dem hohen Ausmaß an gesellschaftlicher Ausgrenzung und Desintegration führt dies dazu, daß in Bremen dringender denn je Druckräume erforderlich sind. Die Situation wird für die Junkies immer verheerender: Kaum ein Junkie hat das Glück, in Szenennähe eine Wohnung zu besitzen, in der er sich in Ruhe und unter hygienisch annehmbaren Bedingungen einen „Schuß“ setzen kann.

Wenn Junkies schon unter Entzugserscheinungen leiden, bleibt ihnen nichts anderes übrig, als Hauseingänge, Kinderspielplätze, Parks oder Kneipentoiletten als „Druckplatz“ zu benutzen. Das Spritzen findet hier unter unhygienischen, risikoreichen und streßbehafteten Bedingungen statt. Oft wird eine Spritze und Nadel mehrmals von den Drogenabhängigen benutzt. Das benötigte Wasser wird, wenn keine andere Möglichkeit vorhanden ist, aus der Toilettenschüssel oder aus Straßenpfützen in die Spritze aufgezogen. Zum Filtern des von vornherein unsauberen Stoffes wird anstatt Watte oft nur ein Stück Toilettenpapier oder im Extremfall ein durchgerauchtes Zigarettenmundstück von der Straße genommen.

Durch Zeitdruck, aus Angst vor Polizei, vor Entdecktwerden und vor Entzugsschmerzen entsteht eine derartige Hektik, daß die Junkies, noch dazu, wenn eine schlechte Beleuchtung herrscht, ihre Venen oft durchstechen. Dies hat zur Folge, daß sie sich den ganzen Stoff oder einen Teil davon einfach neben die Vene drücken. Dadurch können eitrige Geschwüre entstehen, die bei Nichtbehandlung zu lebensgefährlichen Abszessen führen.

Ein weiteres Problem ist der heutzutage gängige Misch- bzw. Beigebrauch verschiedener Drogen, wobei hauptsächlich „Barbiturate“ genommen werden.

In der Konsequenz steigt die Todesrate durch Überdosen stetig an. Die genannten Bedingungen und das vereinzelte Drücken auf verschwiegenen Plätzen machen eine Soforthilfe bei Überdosen unmöglich.

Betrachtet man diese menschenunwürdigen Verhältnisse genauer, dann nimmt es einen nicht wunder, wenn immer mehr Junkies verwahrlosen. Ohne festen Wohnsitz fällt jemand ohnehin schnell durch das soziale Netz. Darum stellt sich immer dringlicher die Frage, wieviele Frauen, Mädchen, Jungen und Männer noch sterben müssen, bevor die staatliche Administration endlich angemessen reagiert und die rechtliche Basis zur Einrichtung von öffentlichen Druckräumen schafft.

Die Unumgänglichkeit zur Einführung eines Druckraumes in der Bremer Szene ist vielen Anwohnern, Geschäftsleuten, FixerInnen sowie DrogensozialarbeiterInnen längst klar geworden. Wie so ein Druckraum aussehen und wie er betrieben werden kann, soll hier in Kurzform dargestellt werden.

Das Optimum der Öffnungszeiten für einen Druckraum wäre sicherlich 24 Stunden täglich. Da das aber allein vom personellen Aufwand her nicht zu gewährleisten ist, muß man die Öffnungszeiten so gestalten, daß der Hauptandrang aus der Szene abgedeckt wird. Das würde bedeuten: Öffnungszeiten von 10 – 22 Uhr. Dabei ist berücksichtigt, daß es für die Drogenprostituierten ein Nachtangebot gibt, wo sie sich ihren Druck streßlos machen können.

Zu einem Druckraum gehören: hygienisches, sauberes Umfeld, gute Lichtverhältnisse, Abgabe von sterilen Spritzutensilien, Alkoholtupfern, Ascorbin, sowie sauberes Wasser.

Die Entsorgung von gebrauchten Spritzen muß gewährleistet sein, ferner sollen Wundversorgung und präventive Maßnahmen (z.B. durch ständige Anwesenheit einer medizinisch geschulten Person, welche Soforthilfe bei Überdosen leisten kann) gesichert werden. Zur Abszeßvorbeugung muß die geschulte Person auch in der Lage sein, Anleitungen zum richtigen intravenösen und intramuskulären Drücken zu geben.

Mit der Errichtung eines Druckraumes gäbe es auch die Möglichkeit, einen Informationsraum für den Verbraucher – sprich Fixer – anzubieten. Darüber hinaus könnte man die Drogengebraucher dazu anleiten, den Druckraum teilweise in Eigenverantwortung zu betreiben.

Das Personal sollte sich möglichst aus den bestehenden Vereinen (AIDS-Hilfe, Selbsthilfegruppen wie „JES“ etc.) und Betroffenen zusammensetzen, die ehrenamtlich und auf Honorarbasis den Druckraum betreiben.

WARUM FORDERT JES DRUCKRÄUME?

Werner Hermann

Da die Antwort auf diese Frage nicht am Beginn einer Reihe von Beiträgen steht, deren Gegenstand Druckräume sind, ist bereits an anderer Stelle ihre Notwendigkeit und Nützlichkeit begründet worden.

Auch Druckräume sind nur ein Mittel zweiter Wahl, weil sie für viele Heroinsüchtige oder zwei- oder dreifach Süchtige die einzige Chance sind, steril zu injizieren und Beistand zu bekommen bei Lebensgefahr durch unsichere Dosierung. Schwarzmarktfreie und kriminalitätsfreie Versorgung, ein Ende der Abstempelung und sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten würden langfristig und individuell zur besseren Beachtung der Risiken hinleiten, als dies ein dichtes Netz von Druckräumen könnte.

Der Erwerb der illegalen Droge, von der immer noch am häufigsten die Rede ist, nämlich Heroin, bringt das Unterwegssein in den Innenstädten mit sich – und das Spritzen dort. Hierzu tragen auch die Wohnverhältnisse und Obdachlosigkeit bei. Und neben der Unaufschiebbarkeit gibt es auch die berechtigte Furcht vor Intervention – es gilt, das Erworbene wieder loszuwerden, bevor es in die Adern gelangt. Ob als bekannte Zusammenballung oder im unauffälligen Schlepptau erreicht – vom Ort der Vermarktung muß man sich verkrümmeln: „Verdammt, wo kann ich mir den Druck jetzt machen?“ (Andererseits bleibt oft vor der ersten, besten Gelegenheit keine Zeit für eigenes, neues Spritzbesteck!)

Umso fataler ist das Fehlen der Möglichkeit, ungestört und sauber injizieren zu können. Ungestört und sicher vor drohendem Verlust abdrücken zu können, ist für den „Durchschnittssüchtigen“ wichtiger als die Beachtung der Ansteckungsvorsorge. Im heutigen Bewußtsein des Risikos allerdings hat Vorsicht bei HIV und weiteren Übeln aus der geliehenen Pumpe gute Chancen – nicht hypothetisch oder in Debatten, sondern in Realzeit und in Räumen, die wirklich angemietet und/oder zu solchem Zweck deklariert und ausgestattet werden müssen: INFO zu Safer Use, Sprizentausch und -ausgabe, Erste Hilfe. Aber wieder wären nicht alle Betroffenen Kundschaft, zu viele haben die Lektion gelernt und wahren ihre Anonymität bzw. haben Angst um sie. Dennoch, die Vorteile der Druckräume sind nicht zu übersehen, will die Drogenhilfe der Vernunft nicht länger aus dem Weg gehen.

*„Warum Druckräume? Es soll doch keiner Drogen nehmen. Selber Schuld.“
„Wer nicht aufhört, verurteilt sich selbst, gibt sich auf. Über jene, die die ausgestreckte Hand nicht ergreifen, die hingestreckte Hand ausschlagen, urteilt*

die Gesellschaft zu Recht hart. Verglichen mit unschuldig ins Unglück Gerate-
nen wird für die Drogensüchtigen bereits jetzt zuviel getan.“

Das ist die saure Reaktion von Leuten, deren Helfen ausgeschlagen wird.
Heute, in der Zeit von AIDS, darf die Verhütung von Schäden, Krankheit und
Elend noch weniger in dieser Weise bagatellisiert bzw. verunmöglicht werden.

Das Axiom der AIDS-Krise – noch wichtiger als mit der Sucht fertig zu wer-
den, ist es, sich gesund am Leben zu erhalten – gilt nichts gegenüber der lega-
listischen Unerbittlichkeit. Das Gesetz ist der Vollzug von Gerechtigkeit mit
Schmarotzern. Von diesem Betonblock splittern wir seit Jahren ab – er wird
nicht kleiner.

Daß das Herkömmliche, Wurstelnde sich der Überprüfung stellt, dazu kommt
es nie. Es gibt keine Kosten/Nutzen-Rechnung zu dieser Sache. Druckräume
oder medizinische Unterversorgung?

Ja, Druckräume sind nötig. Sie sind – wenn sie funktionieren sollen, d.h.
wenn viele Leute kommen – Selbsthilfe! „Zivil“ muß es zugehen. Denkbar
wären Cafés mit einem Extraraum. Eventuell als Geschäft geführt. Service. Das
Areal darf nicht – der „guten Gelegenheit“ wegen – von der Polizei observiert
werden. Wie das erfolgreiche Modell des Druckraumes am Ende aussieht, soll-
te den örtlichen Gegebenheiten überlassen werden.

Das ganze Kapitel Druckräume steht im Widerspruch dazu, daß sich die Ri-
tuale der Sucht für die Öffentlichkeit nur beschränkt eignen: morgens beim
Aufwachen, abends, nachts. Auch die Injektion selbst, bei der immer Blut
fließt. Ist Spritzen von Drogen nicht an sich „der“ individuelle Akt, Autoerotik?

Versorgung in der Apotheke mit Standardqualität und mit sterilem Besteck,
das Ende der gesetzlichen Verbannung von spritzenden Drogengebranchern
ins soziale Abseits und in den Strafvollzug würde ein engeres Netz von
Druckräumen überflüssig machen. Wer süchtig ist, könnte die nötigen Vorgän-
ge unschwer zu Hause in seinen Tageslauf integrieren.

Mit welcher Berechtigung urteile ich? Ich bin seit anderthalb Jahren für JES
tätig – an der Schnittstelle dieser Organisation bundesweiter Selbsthilfe, der
sog. JES-Koordination im Referat Drogen der D.A.H. Weit über 20 Jahre habe
ich die Gewohnheit, psychoaktive Drogen zu mir zu nehmen. 20 Jahre bin ich
opiatsüchtig. Jetzt „legalisiert“. Die bedeutsamste Veränderung in den letzten
20 Jahren war meine „Legalisierung“ durch einen Arzt. Darauf habe ich 20
Jahre gewartet.

Wer Ermittlungen zu fürchten hat, exponiert sich nicht in der Selbsthilfe. Da-
zu kommt noch der Beschaffungstreß. Daß Selbsthilfe jetzt aus einer legalen
Position heraus möglich ist, ist die bedeutsamste Veränderung. Weil ich meine
fünf Sinne trotz HIV noch beieinander habe, berechtigen mich meine Erfah-
rungen, Druckräume zu fordern.

DIE DROGENSUBKULTUR UND BETROFFENENNAHE ANSÄTZE ZUR HIV-PRÄVENTION

Jean-Paul C. Grund und L. Synn Stern

Zusammenfassung

Sowohl die wissenschaftliche als auch die populäre Presse benutzen die Begrif-
fe „Risikogruppe“ und „Risikoverhalten“, wenn sie sich mit der HIV-Epidemie
beschäftigen. Beide Begriffe haben jedoch nur begrenzten Aussagewert, wenn
man die Phänomene beschreiben will, die zur Ausbreitung von HIV führten.
Bei Präventionsbemühungen können sie nur bedingt angewandt werden. Der
vorliegende Artikel betrachtet Drogenbenutzer aus einer subkulturellen Per-
spektive. Drogenbenutzer sind Teil einer Gemeinschaft, die komplexe ökonomische und soziokulturelle Interaktionsmuster sowie differenzierte Normen, Werte und Rituale aufweist. Diese beeinflussen die Wahrscheinlichkeit von HIV-Infektionen und ihrer Ausbreitung.

Einleitung

Als in den frühen 80er Jahren das Virus entdeckt wurde, das bei homosexuel-
len Männern und intravenösen Drogengebranchern (i.v. Drogengebrancher)
AIDS auslöste, konzentrierten sich viele Studien auf diejenigen Verhaltens-
aspekte dieser Gruppen, die eine Übertragung von HIV ermöglichen. Sowohl
im wissenschaftlichen Diskurs als auch in der populären Presse entwickelte sich
eine Diskussion um die Begriffe „Risikogruppe“ und „Risikoverhalten“. Der Be-
griff der Risikogruppe bezieht sich auf isolierte Populationen, wie beispiels-
weise Immigranten aus Zentralafrika, Hämophile, Empfänger von Blutproduk-
ten und die bereits genannten homosexuellen Männer und i.v. Drogengebrancher.
„Risikoverhalten“ meint relativ begrenzte und genau definierte Verhal-
tensmuster wie Analverkehr und Needle sharing. In dieser Diskussion wurden
die stigmatisierenden und diskriminierenden Effekte des Begriffs „Risikogrup-
pe“ kritisiert. Man argumentierte zutreffend, daß der Begriff individuelle Un-
terschiede zwischen den Mitgliedern dieser Gruppen neutralisiere und die Vor-
stellung von der Nichtveränderbarkeit des Risikoverhaltens impliziere. Proble-
matisch ist dieser Begriff auch aufgrund der Tatsache, daß viele Personen, die
sich auf eine bestimmte Weise verhalten, sich selbst nicht der Gruppe zurech-
nen, der dieses Verhalten im allgemeinen zugeschrieben wird. Beispielsweise
muß ein Mann, der gelegentlich Drogen injiziert oder mit anderen Männern
sexuellen Kontakt hat, sich nicht als i.v. Drogengebrancher oder als homosexu-
ell begreifen. Hieraus kann ein falsches Gefühl der Sicherheit bei denjenigen

entstehen, die glauben, HIV/AIDS betreffe nur Angehörige von Gruppen, denen sie sich selbst nicht zurechnen. Obgleich der Begriff der Risikogruppe noch nicht aufgegeben worden ist, ist der Begriff des Risikoverhaltens zum leitenden Konzept in Forschung und Praxis avanciert.

In der Forschungsarbeit, die die Verbindungen zwischen HIV und i.v. Drogengebrauch aufzudecken sucht, hat dies oft zu einer Betonung der quantifizierbaren Variablen des Risikoverhaltens geführt, die direkt mit den Übertragungswegen des Virus verbunden sind, wie z.B. Injektionshäufigkeit, Häufigkeit des gemeinsamen Spritzbesteckgebrauchs, Zahl der Sexualpartner und der Gebrauch von sterilem Spritzbesteck oder von Desinfektionsmitteln.^{1,2} Ein positives Resultat dieser Forschung sind Präventionsstrategien und -botschaften wie „stop shooting“ und „bleach before sharing“, die Vergabe von Bleichflaschen sowie Spritzenaustauschprogramme. Auch wenn solche Initiativen einen gesunden Gegenpol bilden zu tiefverwurzelten Vorurteilen und der pessimistischen Einstellung, i.v. Drogengebraucher seien derart sozial abweichend und desorganisiert, daß sie entweder unwillig oder unfähig seien, ihr Verhalten zu verändern, so enthalten sie doch die Gefahr eines verengten Blickwinkels auf eine sehr viel komplexere Realität des Drogengebrauchs. Dies führte dazu, daß die Übertragungsinstrumente – Spritzbesteck und Nadel – „fetischisiert“ wurden. Vielleicht ist die Beteiligung biomedizinischer Forscher, die mit der Welt der i.v. Drogengebraucher nicht vertraut sind, der Grund, weshalb den Gegenständen, die für die Übertragung des Virus verantwortlich sind, eine fast exklusive Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wobei die sozialen Beziehungen, in denen diese Gegenstände benutzt werden, oft im Dunkeln blieben.

Nach unserer Auffassung ist das Konzept des Risikoverhaltens, in diesem Falle Needle sharing, in analytischer und praktischer Hinsicht unvollständig – dies gilt auch für das Verstehen, weshalb sich HIV unter Drogengebrauchern ausbreitet. Die Konzentration auf die Übertragungsgegenstände kann einen tieferen Einblick in den Kontext des Drogengebrauchs behindern: in den Alltag des mehrfachen Needle sharing und der Fürsorgepraktiken, die als bindende Elemente die Beziehungen zwischen i.v. Drogengebrauchern und ihrem sozialen Netzwerk konstituieren. Die ersten Beschreibungen dieser Netzwerke^{3,4} betonten die eher negativen Aspekte des Alltags von i.v. Drogengebrauchern, die mit der Lebensdevise „klaue und renne“ charakterisiert werden. Daneben enthüllten sie aber auch wichtige strukturelle Merkmale positiverer Art. Später arbeitete man unterschiedliche zeitliche und soziale Variablen des Drogengebrauchskontexts heraus.⁵ So wurde festgestellt, daß das Verhalten vieler i.v. Drogengebraucher durch tägliche, wöchentliche und monatliche Variationen bestimmt ist, die u.a. ihre Zusammenkünfte, den Drogenkauf, die Suche nach Therapiemöglichkeiten betreffen – und die allesamt bedeutsam sind für das HIV-Risiko.^{6,7} Eine genauere Betrachtung der Orte und der Umgebung des Drogengebrauchs liefert ebenso wichtige Variablen, wie etwa das frühe Erkennen der Bedeutung von „shooting galleries“ für die Verbreitung von HIV bei i.v. Drogengebrauchern in der Bronx zeigt.^{7b}

Die Dynamik der AIDS-Epidemie unter i.v. Drogengebrauchern wirft ein Schlaglicht auf die Bedeutung fundierten Wissens über Lebensstile, Verhaltensmuster und Interaktionen von i.v. Drogengebrauchern in ihren natürlich gewachsenen sozialen Netzwerken. Das Needle sharing ist Teil dieser komplexen Realität, aber die Überbetonung der Übertragungsgegenstände führt zu Irrtü-

mern. Genauso wichtig für die Verbreitung von HIV sind die komplexen Interaktionsmuster ökonomischer und soziokultureller Faktoren, die die kriminalisierte Gemeinschaft der Drogenbenutzer charakterisiert.

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über unsere Forschungsergebnisse zu süchtigen Drogenbenutzern in Rotterdam, Niederlande. Aufbauend auf diesen Resultaten wird dann argumentiert, daß die HIV-Prävention bedeutend verbessert werden kann durch die Mobilisierung der in der Gemeinschaft vorhandenen kollektiven sozialen Ressourcen, die auf eine Vermeidung von Risikosituationen abzielen, und durch die Einbeziehung der aus der Sicht der i.v. Drogengebraucher oft sehr viel drängenderen täglichen Probleme, die mit ihrem kriminalisierten Lebensstil verbunden sind. Im Anschluß werden zwei innovative und pragmatische Ansätze zur AIDS-Prävention diskutiert. Beide Ansätze basieren auf einer genauen Kenntnis der Drogensubkultur und ihrer Mechanismen. Am Ende werden wir kurz erläutern, welche Rolle Fixerräume spielen.

Die Rotterdamer Studien

In den Rotterdamer Studien wurde ein weites Feld verschiedener Aspekte des Alltags in der Subkultur von Drogenabhängigen untersucht. Die wesentlichen Forschungsmethoden waren ethnographischer Art, in der Hauptsache teilnehmende Beobachtung und kleine informelle Interviews. Ebenso wurde eine Erhebung in der Szene durchgeführt. Diese Methoden werden an anderer Stelle diskutiert.^{9,10}

Rituale des Drogengebrauchs und Drogenpräferenzen

Die Art der Drogeneinnahme hängt mit der Interaktion zwischen Benutzerpräferenzen, dem Preis, der Reinheit und der jeweiligen Verfügbarkeit zusammen. Diese Interaktion führt zur Formalisierung abgrenzbarer Verhaltenssequenzen und Bedeutungen, die mit dem Konsum einer Droge verknüpft sind. Diese stilisierten Interaktionsformen sind als Rituale des Drogengebrauchs bezeichnet worden. Das Konzept des Rituals ist ein Eckpfeiler in der ethnographischen Literatur über Drogengebrauch. Michael Agar definiert Rituale folgendermaßen: „Ein Ereignis ist dann ein Ritual, wenn es eine Sequenz psychomotorischer Handlungen vorschreibt, und diese vorgeschriebene psychomotorische Sequenz muß für die Person, die sie ausführt, mit einer besonderen Bedeutung verbunden sein.“¹¹ Wie Agar einräumt, können verschiedene Einnahmerituale bei der gleichen Droge klar unterscheidbare Sequenzen psychomotorischen Verhaltens und deutlich andere Bedeutungen für die Gebraucher haben.

In den Niederlanden können bei Heroinabhängigen zwei vorherrschende Rituale unterschieden werden: der intravenöse Gebrauch und das Rauchen, wobei letzteres überwiegt. Sowohl in der beobachtenden Studie als auch in der Erhebung hat sich die Präferenz der holländischen Drogenabhängigen für Rituale des Rauchens bestätigt; lediglich für eine Minorität der beobachteten Personen (23%) ist der intravenöse Gebrauch das wichtigste Ritual, während die große Mehrheit (77%) das Rauchen bevorzugt.⁹ In der Erhebung injizierten nur 23% Heroin und 28% injizierten Kokain.¹⁰

Die verbreitetste Art des Heroin- und Kokainrauchens wird „Chinesen“ genannt.¹⁰ Die Entwicklung eines stabilen Rauchrituals in den Niederlanden liefert uns ein hervorragendes Beispiel für die Bedeutung ökonomischer Faktoren bei der Herausbildung von Praktiken des Drogengebrauchs. Stetige Verfügbarkeit, Qualität und der Preis von Drogen auf dem illegalen holländischen Markt¹² haben die Bedingungen für eine Ausbreitung^{13,14} der ursprünglich asiatischen Praxis des Heroinrauchens unter den holländischen Drogengebranchern geschaffen.¹²

Darüber hinaus haben mehrere kürzlich in Großbritannien und den USA durchgeführte Studien erbracht, daß ökonomischer Druck möglicherweise der bedeutsamste Faktor war für die Einführung des intravenösen Gebrauchs als vorherrschendes Ritual der Drogeneinnahme.^{15,16,17,18} Da dieser ökonomische Druck in den Niederlanden minimal ist, sieht sich die Mehrheit der holländischen Drogengebraucher – anders als die britischen und amerikanischen – nicht gezwungen, zum intravenösen Gebrauch überzugehen. Offensichtlich hat die geringe Verbreitung des Drogenspritzens wichtige Konsequenzen für die Ausbreitung von HIV.

Die Daten der Feldbeobachtung und der Erhebung machen deutlich, daß Kokaingebrauch unter holländischen Heroinabhängigen sehr stark verbreitet ist. Ungefähr 96% der in unserer Studie beobachteten Personen nahmen sowohl Heroin als auch Kokain. Dieses Muster des kombinierten Gebrauchs kam Anfang der 80er Jahre auf, als eine wachsende Zahl Heroinabhängiger ihrem „Menü“ Kokain hinzufügten. Vergleicht man die Validität dieses Resultats, so ergibt sich, daß RODIS (das Rotterdamer Registrierungssystem für Heroinabhängige in Methadonbehandlung) einen Anteil von 72% Kokaingebrauch ermittelt hat. Dieser Anteil ist also nicht so hoch wie der in unserer Stichprobe ermittelte, er macht bei den Behandelten aber immerhin fast 3/4 aus.¹⁹

In den Niederlanden wird Kokain allgemein in hydrochlorierter Form vermarktet. I.v. Drogengebraucher lösen die Droge einfach in Wasser auf, bevor sie sie injizieren. Raucher wandeln die Kokain-Hydrochloride in eine Kokainbase um. Wir entdeckten bei dieser allgemeinen Regel der Drogeneinnahme nur eine einzige Ausnahme, und zwar unter den am meisten marginalisierten Abhängigen, die sich am Hauptbahnhof aufhalten und von denen viele obdachlos sind. Am Bahnhof wird ein Crack-ähnliches Produkt, das sog. „gekochte Kokain“, vermarktet. Diese Entwicklung ist die ökonomische Reaktion auf einen veränderten Markt: Die Abhängigen haben keinen regelmäßigen Zugang zu den Dealorten, und im Bahnhof haben sie weder Zeit noch räumliche Gelegenheit, um die Kokain-Base herzustellen.¹⁰

Hier wird also deutlich, daß Kokain für i.v. Drogengebraucher und Raucher immer wichtiger geworden ist. Wir haben festgestellt, daß die Zugabe von Kokain zum täglichen Drogengebrauchsritual mit einem verstärkten Hunger nach Drogen und dem Zerfall stabiler Heroin-Methadon-Muster verbunden ist. Allerdings ist in den Niederlanden weder eine Zunahme gewalttätigen Verhaltens²⁰ noch ein Anstieg der sexuellen Risikobereitschaft und der HIV-Seroprävalenz^{21,22} zu beobachten, wie dies aus der amerikanischen Forschung in bezug auf Kokaingebrauch berichtet wird.²³

Die holländische Drogenpolitik war ein entscheidender Faktor für das oben beschriebene Phänomen. Seit Beginn der 80er Jahre ist man in den Niederlan-

den gegenüber Drogen und Abhängigkeit relativ aufgeschlossen. Das Drogenproblem wurde nicht länger isoliert betrachtet und angegangen, sondern als eines unter vielen anderen sozialen Problemen, mit denen die holländische Gesellschaft konfrontiert ist. Der holländische Weg, soziale Probleme zu behandeln, ist ein integrativer, der auf einer Tradition relativer Toleranz und pragmatischer Kompromisse basiert. Ein Resultat der auf Regulierung statt Ausmerzungen abzielenden nationalen „Normalisierungs“-Politik und lokalen Polizeipolitik ist die relativ entspannte Atmosphäre in der holländischen Heroinszene.²⁴ In vielen holländischen Städten findet der „straßenmäßige“ Drogenhandel und -gebrauch in Häusern und nicht auf der Straße oder in Parks statt. Diese sogenannten „Hausadressen“ werden oft toleriert, wenn sie die Nachbarschaft nicht unmaßig belästigen.

Nadeltausch

Wegen ihrer Relevanz für die HIV-Epidemie sind die Rituale der Drogeneinnahme extensiv untersucht worden, indem man sie an den Orten, an denen Drogen verkauft und gebraucht werden, sorgfältig beobachtet hat. Im folgenden präsentieren wir einige der Rotterdamer Ergebnisse zu Drogengebrauchsritualen.

Ein wichtiges Ergebnis ist, daß das Needle sharing „als eine geplante Sequenz, bei der zwei oder mehr Personen die einzige verfügbare Spritze nacheinander benutzen“, nie beobachtet wurde. Die meisten i.v. Drogengebraucher scheinen sich über die Risiken und Konsequenzen des Needle sharing im Klaren zu sein. Bei 68% der Selbstinjektionen wurden neue Spritzen verwendet. In 23% der Fälle benutzten die i.v. Drogengebraucher ihre eigene Spritze. Bei den beobachteten Selbstinjektionen lag der Anteil der Wiederverwendung einer potentiell unsterilen Spritzen bei unter 10% (44 Fälle). Eine Untersuchung der Fälle von Needle sharing ergab, daß diese Praktik oft ein Resultat komplexer und multipler Faktoren war.²⁵ In allen Fällen waren die i.v. Drogengebraucher mit einer unerwarteten Situation konfrontiert. In einem Fall kamen die i.v. Drogengebraucher zu einem Dealort, an dem sie eine saubere Spritze erwarteten, aber keine vorfanden. In einem zweiten Fall erhielt ein i.v. Drogengebraucher eine Injektion von einem Freund, der ihm Geld schuldete, dieses aber nicht zurückzahlen konnte. In einem dritten Fall hatten zwei i.v. Drogengebraucher jeweils eine neue Spritze; einer ließ die seine jedoch fallen, so daß die Nadel kaputtging. Diese unvorhergesehenen Ereignisse brachten die i.v. Drogengebraucher in die unbequeme Situation, entscheiden zu müssen, ob sie entweder den Schuß verbieten bzw. auf ihn verzichten oder eine unsichere Injektion in Kauf nehmen sollten. Alle entschieden sich für die unsichere Injektion, obwohl ihnen die potentiellen Risiken ihres Verhaltens durchaus bewußt waren. So gaben sie sich große Mühe, die gebrauchten Spritzen zu reinigen. Dabei bedienten sie sich allerdings einer sehr ineffektiven Methode: Die Spritze wurde lediglich mit Wasser gespült. Eine Verwendung von Bleiche wurde nicht beobachtet. Das überrascht kaum: Der Einsatz von Bleiche und Alkohol beim Spritzenreinigen wird in den Niederlanden nicht propagiert.

AIDS-bezogenes Wissen allein scheint für eine konsequente Befolgung des „safe use“ leider nicht auszureichen. Das Wissen kann durch bestimmte situative Faktoren überlagert werden, von denen die Stärke des Hungers nach Dro-

gen besondere Beachtung verdient. Man kann oft beobachten, daß i.v. Drogengebraucher kurz vor der Injektion sehr erregt sind. Diese Erregung führt zu einer Konzentration auf die Handlungssequenz, die den Drogenhunger stillt. Bei einigen i.v. Drogengebrauchern beginnt die Sequenz, sobald die Drogen erstanden sind. Bei anderen ist die Vorbereitung der Spritze der Startpunkt. In allen Fällen hätte die Entscheidung, die Injektion zu verschieben, schweren Streß verursacht. Zudem wurde in allen Fällen Kokain oder eine Kokain-Heroin-Mischung gespritzt.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist nach unserer Erkenntnis die Erfahrung mit dem Injektionsritual. Im Vergleich zu den Anfängern des i.v. Drogengebrauchs gehen erfahrene Fixer kompetenter mit unerwarteten Situationen um.^{26,27} Dies hängt auch damit zusammen, daß sich Anfänger oft noch nicht als Fixer sehen. Diese Selbsteinschätzung verhindert – unabhängig vom Wissen über AIDS – angemessene Vorsichtsmaßnahmen. Sich als „Chineser“ einzuschätzen, kann demnach ein falsches Sicherheitsbewußtsein erzeugen.

Gemeinsamer Drogengebrauch

Im Unterschied zum seltenen Needle sharing entdeckten wir, daß der gemeinsame Drogengebrauch häufig von i.v. Drogengebrauchern wie auch von nicht-i.v. Drogengebrauchern praktiziert wird. Eine quantitative Analyse der beobachteten Rituale der Drogeneinnahme ergab klar, daß die Drogeneinnahme selten ein individueller Akt ist. Die Orte, an denen Drogen am häufigsten konsumiert werden, sind der Dealort (56%), die eigene Wohnung (18%) und die Wohnung eines Freundes (14%). Entsprechend wurden bei 43 von 62 beobachteten Drogenkäufen die erstandenen Drogen (oder zumindest ein Teil davon) noch an Ort und Stelle konsumiert. Im Schnitt waren an diesen Orten während der beobachteten Drogeneinnahme 4,3 Personen zugegen. Da die große Mehrzahl von Drogen nicht zu Hause und in Anwesenheit anderer Menschen eingenommen wird, überrascht es nicht, daß die Drogen in 50% der beobachteten Ereignisse (93 Fälle) untereinander geteilt wurden. Bei 81% der beobachteten Ereignisse, bei denen i.v. Drogengebraucher die Droge teilten (26 Fälle), wurde sie durch „Frontladen“ oder durch „strepjes delen“ aufgeteilt (in Streifen teilen; bezieht sich auf die Skala auf dem Spritzenbehälter) – eine spezielle Technik, bei der zwei Spritzen verwendet werden.⁹

Beim Aufteilen des Stoffs durch „Frontladen“ wird dieser in einem Löffel präpariert und dann auf eine Spritze (A) aufgezogen. Von der zweiten Spritze (B) wird die Nadel entfernt und der Kolben zurückgezogen. Dann wird die Droge aufgeteilt, indem ein Teil der Lösung aus Spritze A in die Öffnung von Spritze B eingefloßt wird. So lassen sich Drogen in zwei oder mehrere gleiche Portionen teilen. Wenn der Löffel nicht richtig gesäubert ist oder die Spritzen gebraucht und unzureichend gereinigt sind (also nicht durch Bleichen, Kochen oder in Alkohol-Tauchen), scheint bei dieser Technik ein erhöhtes Risiko für die Verbreitung mikrobakterieller oder viraler Infektionen vorzuliegen. Die wahrscheinlichste Übertragungsrichtung ist von A nach B, wenn sich vorhandene Blutreste in der Spritze A in der Drogenlösung auflösen. Es kann aber auch beim Einführen von A nach B passieren, daß die Nadel A mit Viruspartikeln (z.B. in altem Blut) in der Öffnung von Spritze B in Kontakt kommt.

Die „Frontladetechnik“ scheint ein weiterer HIV-Übertragungsweg zu sein. Dabei ist das Überleben von HIV in Blutresten in der Spritze ein wichtiger Faktor. Versuche zeigen, daß das Virus bis zu 30 Tage lang nachgewiesen werden kann²⁸, und zwar sogar in Spritzen ohne sichtbare Blutspuren.²⁹ Die potentielle Infektiosität von Western-Blot-positivem Blut³⁰ erhärtet den Verdacht, daß positiv getestete Spritzen für andere Benutzer eine Ansteckungsgefahr bergen. Darüber hinaus dürfte ein Zeitraum von 30 Tagen eine extrem lange Periode sein, die zwischen dem Gebrauch und der Wiederverwendung von Spritzen liegt. Sehr viel wahrscheinlicher ist es, daß eine Spritze mehrmals täglich verwendet wird, insbesondere, wenn Kokain gespritzt wird oder wenn sie in „Shooting galleries“ benutzt wird. Unsere Forschungsarbeit ergab, daß beim Drogenteilen durch „Frontladen“ der Zeitraum zwischen zwei miteinander geteilten Dosen manchmal sogar weniger als eine halbe Stunde beträgt. Die Zunahme des intravenösen Kokaingebrauchs hat möglicherweise weitere Konsequenzen, insofern jüngste Erkenntnisse darauf hindeuten, daß Kokain bei i.v. Drogengebrauchern die Übertragung von HIV-1 begünstigen und den Infektionsverlauf verschlimmern könnte.³¹

Es ist anzunehmen, daß das „Frontladen“ oder ähnliche Techniken weit über diejenigen Orte hinaus bekannt sind, an denen diese Studie durchgeführt wurde. Der gemeinsame Drogengebrauch ist ein allgemeines Phänomen. Eine Auswertung des Needle sharing in einer kleinen holländischen Stadt ergab, daß 67% der Beteiligten Dosen für den gemeinsamen Gebrauch vorbereitet hatten.³² Das in dieser Studie beobachtete „Frontladen“ wird aus verschiedenen Freundeskreisen und sozialen Netzwerken berichtet. Zudem hat eine beträchtliche Zahl der hier beobachteten i.v. Drogengebraucher früher in anderen holländischen oder in Städten des Auslands gelebt. Einige haben ihre Lebenszusammenhänge in anderen Städten, einige kommen aus benachbarten Ländern. Ein weiterer wichtiger Grund für diese Form des gemeinsamen Drogengebrauchs ist der Umstand, daß das „Frontladen“ die effizienteste und gerechteste Art ist, eine bestimmte Menge Stoff in zwei oder mehrere Portionen zu teilen. Es ist bedeutend schwieriger, die pulverisierte Droge in gleiche Portionen aufzuteilen. Beim „Frontladen“ kann die Lösung recht einfach portioniert werden, da die meisten Spritzen Meßskalen haben. Dies ist ein wichtiger Aspekt, wenn man es mit Waren zu tun hat, die auf der Straße den vier- bis zwanzigfachen Goldpreis haben. Diese Technik wurde auch in Warschau (Polen³³), in der Bronx (NYC) und in Los Angeles (USA), in Barcelona (Spanien) sowie in Basel, Bern, Zürich und anderen Städten der Schweiz beobachtet. Eine ähnliche Technik, das sogenannte „Rückladen“, wurde in San Francisco (USA), London (Großbritannien) und Barcelona (Spanien) dokumentiert.

Needle sharing und das Teilen der Droge sind keine isolierten Phänomene, sondern Ausdruck eines breiteren Interaktionsmusters. Drogengebraucher sind oft in kleinen Freundeskreisen organisiert. Diese Freundeskreise sind häufig netzwerkartig verknüpft und hauptsächlich mit der Beschaffung und Verteilung von Geld und Drogen befaßt.^{3,35} Diese Güter werden, wie andere Dinge des täglichen Bedarfs, geteilt und gemeinsam genutzt. Im Gegensatz zum Stereotyp des Drogenabhängigen, der seinesgleichen und die Gesellschaft ausraubt, werden in der Realität viele geschätzte Dinge wie Wohnung, Essen, Geld und Kleidung miteinander geteilt. Was die Intensität und Vielgestaltig-

keit ihrer Beziehungen angeht, so beschränken sich diese häufig nicht nur auf den gemeinsamen Drogengebrauch⁹. Sie verbringen sehr viel Zeit mit sozialen Aktivitäten³⁶. Das Teilen und die damit verbundenen Muster gegenseitiger Hilfeleistungen tragen dazu bei, die alltäglichen Schwierigkeiten der Abhängigkeit praktisch und emotional auszubalancieren. Das Miteinander-Teilen hat nicht nur die Funktion, den Drogenhunger des einzelnen zu stillen; es dient auch der Aufrechterhaltung des Beziehungsnetzwerks, da es eine Möglichkeit zu solidarischem Verhalten und zu wirtschaftlichem Austausch bietet³⁵.

Miteinander-Teilen ist ein fast universales Verhalten in Drogensubkulturen. Es wurde in vielen Studien an verschiedensten Orten nachgewiesen.^{3,35,37,38} Von der gesellschaftlichen Mehrheit als soziale Außenseiter etikettiert und verbannt, sind Drogenabhängige verstärkt aufeinander angewiesen, um ihre menschlichen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Das Teilen von besonders wertvollen und knappen Gegenständen oder Substanzen hat hier symbolische Bedeutung und trennt die Wir-Gruppe von der Gruppe der anderen.³⁹ Als geschätztes und knappes Gut erfüllen Drogen diese Bedingungen. Von daher funktioniert der ritualisierte gemeinsame Drogengebrauch wie ein subkultureller Bindungsmechanismus.

Es fragt sich, ob das Needle sharing die gleichen Bedingungen erfüllt. Einige Autoren bejahen dies.^{40,41,42,43,44} Die dem zugrundeliegenden Analysen sind jedoch sehr unvollständig. Das Needle sharing mag in einigen Regionen rituelle Ausmaße angenommen haben. Bei unserer Studie konnte es jedoch – wie auch in Großbritannien¹⁸ – immer auf eine Reaktion auf besondere Umstände zurückgeführt werden. In Rotterdam, wo sterile Spritzen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und die AIDS-Aufklärung erhebliche Fortschritte macht, ist das Needle sharing inzwischen ein verpönter Akt. Es gibt hier einfach keine strukturelle Knappheit, die es notwendig machen würde, Spritzbesteck gemeinsam zu benutzen. Entsprechend hat sich das HIV-Risiko verringert. In der „Ära vor AIDS“ mag sich das Needle sharing bequem in das Muster des Miteinander-Teilens eingefügt haben. Einem anderen Abhängigen mit einer Spritze auszuhelfen war damals Ausdruck des fast universellen subkulturellen Codes „Teile, was du hast!“.⁴⁵ Dagegen hat das Needle sharing in der „AIDS-Ära“ seine Funktionalität verloren und ist vielmehr zu einer Bedrohung für den einzelnen Drogengebraucher, seinen Freundeskreis, sein soziales Netzwerk und die gesamte Drogensubkultur geworden. Wie die meisten kulturellen Veränderungen ist dies jedoch ein graduell verlaufender und niemals abgeschlossener Prozeß. Es gibt noch immer Reste des traditionellen Codes, die in emotionalen Appellen sowie in situativ bedingten Rückfällen bezüglich neu erworbenen Wissens beobachtet werden können.

Unsere Forschungsergebnisse implizieren als wesentliches Resultat, daß die Gruppe der von illegalen Drogen Abhängigen nicht eine bloße Ansammlung von Individuen ist, sondern eine soziale Gemeinschaft mit gemeinsamen Bedürfnissen, Trieben, Interessen, kulturellen Ausdrucksformen, Treffpunkten und Kommunikationskanälen. Vielen Menschen erscheint die Drogensubkultur als eine in sich geschlossene separate Welt. Die in der Mehrheitsgesellschaft dominierenden kulturellen Normen, politischen Strategien und Reaktionen auf den (illegalen) Drogengebrauch definieren und strukturieren jedoch sehr stark die Eigenheiten und die soziale Situation der Drogensubkultur. Wie Becker

hervorgehoben hat: Je stärker eine abweichende Gruppe unterdrückt und ausgeschlossen wird, desto stärker wird sich diese als abweichende Gruppe profilieren und ihre abweichenden Normen, Werte und Verhaltensformen betonen und festigen.³⁹ Dieser Prozeß endet schließlich in einer stark separierten, intra-dependenten und oft monomanischen Subkultur, deren Mitglieder der dominanten Kultur mit großem Mißtrauen begegnen. Die Drogensubkultur ist ein hervorragendes Beispiel für diesen Prozeß. Gerade wegen dieses Prozeßcharakters handelt es sich hierbei jedoch nicht um ein feststehendes und unveränderbares Phänomen, sondern um eine graduelle Entwicklung, die externen Einflüssen unterworfen ist. Daher sind wir der Auffassung, daß effektive AIDS-Präventionsmaßnahmen nicht isoliert betrachtet werden dürfen von notwendigen Veränderungen in der allgemeinen Sozialpolitik und Drogenpolitik, die auf die Reintegration von Konsumenten illegaler Drogen in die dominante Gesellschaft abzielen.

Eine solche Entwicklung braucht allerdings erhebliche Zeit, während das drängende Problem der AIDS-Epidemie keine weiteren Verzögerungen erlaubt. Von daher ergibt sich der Bedarf nach innovativen Ansätzen auf dem Gebiet der AIDS-Prävention, die auf Wissen über und Übereinstimmung mit den subkulturellen Normen und Praktiken basieren. Wir werden im folgenden zwei solcher Ansätze untersuchen und die Bedeutung von „Fixerräumen“ im Licht der oben erläuterten Erkenntnisse diskutieren.

Zwei Beispiele einer innovativen betroffenennahen HIV-Präventionspraxis

Beim ersten Beispiel handelt es sich um HADON, ein aufsuchendes Spritzenaustauschprogramm in Rotterdam. In dieser Stadt sind die meisten Spritzenaustauschprogramme mit Methadonprogrammen verknüpft, die zu weniger als 40% der Heroinabhängigen Kontakt haben. Dieser Spritzenaustausch erreicht nur eine begrenzte Zahl der aktiven, nicht in Behandlung stehenden Drogengebraucher. Da gerade von ihnen angenommen wird, daß sie einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, versucht HADON diese Lücke zu schließen, indem es einen Spritzenaustausch in enger Kooperation mit aktiven i.v. Drogengebrauchern organisiert.

HADON begann damit im Jahr 1986. Da zu jener Zeit keine Finanzmittel zur Verfügung standen, verkaufte man Spritzen an i.v. Drogengebraucher, die das Streetworker-Büro frequentierten. Einige dieser Drogengebraucher kauften regelmäßig 50 oder mehr Spritzen. Sie erzählten, daß sie damit Freunde versorgten, die zögerten, zu den Austauschstellen zu kommen. Anfang 1987 begann man damit, Spritzen kostenlos zu verteilen. Zur gleichen Zeit erklärte ein hinreichend bekannter Klient, daß in seinem Haus ein Dealer Heroin und Kokain verkaufte; die Zahl der Käufer sei in die Höhe geschossen, und diese hielten sich nicht immer an sichere Praktiken. Er bat um eine Kiste mit 100 Spritzen für den Austausch in seiner Wohnung. HADON versorgte ihn mit der Kiste und mit einem leeren Farbeimer aus Blech; das war die Geburtsstunde des kollektiven Spritzenaustauschprogramms. Bald wurde der Blecheimer durch Behälter ersetzt, an denen man sich nicht schneiden konnte. Es wurde eine Prozedur entwickelt, mit der man die Austauschrate kalkulieren konnte, ebenso eine kleine Auswertungs-Pilotstudie, die den individuellen Austausch mit dem kollektiven

verglichen. Die Streetworker ermittelten stark frequentierte Orte, an denen intravenöser Drogengebrauch gestattet ist (einige Drogenhandelsplätze und Privatwohnungen von Drogengebern). Sie vereinbarten mit den Dealern bzw. den Wohnungsbesitzern, daß sie mit verletzungssicheren Behältern und Kisten mit sterilen Spritzen versorgt würden. Oft wurden sie von Händlern oder anderen Drogengebern angesprochen, ob sie nicht bei ihnen einen Spritzenaustausch organisieren könnten. In diesen Benutzerkollektiven werden die von den i.v. Drogengebern mitgebrachten Spritzen ausgetauscht und von den Drogengebern selbst in ihrem sozialen Netzwerk weiterverteilt. Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, daß es sich hier um einen vielversprechenden Ansatz handelt.⁴⁶ In den ersten 13 Monaten des Programms wurden 57.328 Spritzen verteilt, davon 91% über die kollektiven Tauschstellen. Dabei sind statistisch unterschiedliche Austauschraten zwischen individuellen (46,35%) und kollektiven Tauschplätzen (84,75%) festgestellt worden. Die Bindekraft des Programms war erstaunlich, insbesondere, was die Besucher der kollektiven Stellen anbelangt. Die durchschnittliche Zahl von Kontakten lag bei den individuellen Spritzenaustauschern bei 7,5, bei den „kollektiven“ dagegen bei 26,4: ein klarer und statistisch signifikanter Unterschied. 52% der kollektiven Tauscher besuchten das Programm 25 mal oder häufiger. Sowohl die Tauschrate als auch die Bindungsrate sind deutlich höher als die des britischen Spritzenaustauschprogramms, wie sie von Stimson u.a. ermittelt wurden.²⁶ Indem man den Klienten zuhörte, auf ihre Wünsche und direkten Bedürfnisse einging und die oben beschriebenen subkulturellen Regeln des Miteinanders zu nutzen wußte, konnte dieses Programm seine Reichweite erheblich ausdehnen, vor allem in die Gruppe der i.v. Drogengebern, die nicht in einer Drogentherapie sind oder keine Kontakte zu Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge haben. Diese Arbeitsmethode erlaubte es den Streetworkern, Zugang zu den Orten des Drogenkonsums zu finden und so die Bedürfnisse ihrer Klienten besser einschätzen zu können. HIV-Prävention kann so an den Punkten stattfinden, an denen sie am dringendsten nötig ist.

Das zweite Beispiel kommt aus der Bronx, dem ärmsten Stadtteil der vielbesuchten Touristenstadt New York. In NYC, wo eine geschätzte Zahl von 200.000 Menschen intravenös Drogen gebraucht, gibt es keine Möglichkeit, Spritzen auf legale Wege zu erhalten. Der Besitz von Spritzbestecken wird als kriminelles Delikt geahndet. Eine solche Politik unterstützt die Existenz und den Besuch von „Shooting galleries“, in denen Spritzen gemietet und Drogen für die Injektion zubereitet sowie eingenommen werden können.⁴⁷ Da es schwer ist, an neue Spritzen zu gelangen, verwenden die New Yorker i.v. Drogengebern die eigene, eine geborgte oder gemietete Spritze häufig so oft, bis sie nicht mehr zu verwenden ist. Die Mehrheit der Straßen-Drogengebern weiß, daß man mit Bleiche oder Alkohol Spritzen sterilisieren kann. Seit einigen Jahren gibt es in NYC und anderen Regionen der USA Bleichmittel-Verteilungsprogramme. Die lokale Dynamik von NYC bringt es jedoch mit sich, daß die Sterilisierung der Spritze nicht immer möglich ist und selten erste Priorität hat. Verglichen mit Rotterdam ist die Drogenszene auf den Straßen von NYC, insbesondere in der Bronx, sehr chaotisch und gewaltsam. Die Zahl der Menschen, die Heroin oder Kokain (die populärste injizierbare Droge) verlangen, übersteigt die Verfügbarkeit dieser Drogen. Die meisten Drogenkäufe spielen

sich auf der Straße oder in Hauseingängen ab, wo kaum eine Privatsphäre oder Zeit für Interaktion vorhanden ist und wo die ständige Furcht vor einer Festnahme die Atmosphäre beherrscht. Dies wird durch die extreme und bedrückende Armut, in der viele i.v. Drogengebern leben, verschärft.

Für die Drogengebern in der Bronx wurden schon viele AIDS-Aufklärungsprogramme mit Streetworkern geschaffen; in der Zielgruppe stehen die Sorgen bezüglich HIV und AIDS jedoch sehr weit unten auf der Prioritätenliste. Der Alltag eines Drogengebers in der Bronx birgt ein breites Spektrum von Risiken, die ihn sehr viel unmittelbarer bedrohen: Festnahmen, Überfälle, Drogenkrankheiten, eiternde Abszesse infolge schlechter Injektionstechniken und Drogendiebstahl durch andere drogenkranke Abhängige sowie Hunger, Geldmangel und Obdachlosigkeit. So, wie die Drogenaufklärung in NYC im Allgemeinen praktiziert wird, befriedigt sie wahrscheinlich nicht die Bedürfnisse dieser Population: Sie ist nämlich nur auf AIDS konzentriert und unternimmt nichts, um die dringenderen Alltagssorgen anzugehen.

Ein Streetwork-Ansatz für diese Gruppe muß die Bedürfnisse der Klienten mit den Zielen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge in Übereinstimmung bringen. Programme im „Rettungsstil“ stoßen die Menschen, die sie erreichen wollen, entweder ab oder beleidigen sie. Während AIDS-Aufklärungsprogramme im Allgemeinen mit Sex- und Drogenthemen souverän umgehen können, machen sie häufig den Fehler, nur AIDS, sterile Spritzen, Bleiche oder Kondome zu thematisieren. Entweder versucht die ausgestreckte Hand, die Menschen, die sie erreichen will, zu packen und zu retten, oder sie zwingt ihnen eine Botschaft auf. Natürlich ist die AIDS-Präventionsbotschaft sehr wichtig; sie kann aber nur dann angenommen werden, wenn sie in das vorhandene Grundwissen und in den Alltag der Betroffenen hineinpaßt. Bloße Aufklärung über Spritzensterilisierung wird oft nicht akzeptiert, denn es kostet besondere Mühe, Anstrengung und Zeit, um etwas zu verhindern, das dieser Gruppe im Allgemeinen nicht ständig Sorgen bereitet. Dagegen wird in dieser Gruppe Aufklärung über die Verhütung auffälliger Einstichverletzungen und über bessere Injektionstechniken gut aufgenommen. Dies erfordert keine zusätzliche Zeit, keine großen Verhaltensänderungen, kann in wenigen, einfachen Lektionen erlernt werden und gibt Informationen, die die meisten i.v. Drogengebern haben möchten. Ein Mensch, der in der Lage ist, seine Venen schnell zu finden, vermindert nicht nur das Risiko einer Hautinfektion, eines Drogendiebstahls und einer Festnahme, er hat auch eine bessere Chance, die Droge direkt in die Vene zu bekommen, wo sie am besten wirkt. Dies stellt sicherere Injektionspraktiken in einen ökonomischen Zusammenhang – eine Perspektive, die in der Drogenszene der Bronx ständig präsent ist. Wenn AIDS-Aufklärung im Kontext von Injektionsfertigkeiten angeboten wird, ist sie in den Augen der i.v. Drogengebern von höherem Wert und erleichtert die Zusammenarbeit mit den Professionellen aus dem Gesundheitsbereich.

Leider sehen Drogengesetze und politische Maßgaben in NYC gegenwärtig so aus, daß Mitarbeiter, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen möchten, hierfür keine Erlaubnis haben. Mitarbeiter der Gesundheitsfürsorge und andere Menschen, die sich mit adäquater Betreuung für i.v. Drogengebern befassen, müssen die Gesetze umgehen, wenn sie direkte Hilfe leisten wollen. Ein Beispiel hierfür ist ein ehrenamtlich funktionierender Spritzen-

austausch. Die Ehrenamtlichen, unter denen auch (Ex-)Abhängige sind, arbeiten verdeckt an Orten, die von i.v. Drogengebern aufgesucht werden: in „Shooting galleries“, in Straßenzügen, die häufig von der Polizei observiert werden, und an anderen Treffpunkten. Sie bieten vielfältiges Injektionszubehör an, wie Spritzen, Kocher, Baumwolle, Alkoholschwämmchen, antibiotische Tinkturen, Bleiche, Wasser, verschiedene Nadeln und natürlich Kondome. Drogengebraucher werden auf Nachfrage an Methadonprogramme und andere Therapieeinrichtungen verwiesen und auch dorthin begleitet. Außerdem bringt man ihnen Techniken bei, die für sichereres Spritzen auf der Straße von Wert sind: wie auffällige Einstichwunden, Abszesse, Ödeme, Cellulitis, Kreislaufzusammenbrüche usw. vermieden werden können. Weil viele ihren Drogengebrauch über Prostitution finanzieren, wird auch professioneller Safer Sex unterrichtet. Dazu gehört auch, wie man potentiell gewalttätige Freier besser einschätzen kann, wie man Kondome beim Oralverkehr heimlich überzieht, wie persönliche Grenzen und Preisstandards definiert und durchgesetzt werden können und wie man vaginalen und analen Sex mit Hilfe der Hände vor-täuschen kann. Indem sie ihren Klienten beibringen, wie sie das, was sie ohnehin tun – Drogen konsumieren und der Prostitution nachgehen -, besser und sicherer tun können, schaffen die Ehrenamtlichen ein Klima des Vertrauens, in dem die AIDS-Präventionsbotschaft klarer vermittelt werden kann.⁴⁸

Die Rolle von Fixerräumen in einem betroffenennahen Ansatz zur HIV-Prävention

Die Autoren haben nur begrenzte Erfahrungen mit Fixerräumen, die von Organisationen betrieben werden. Sie verfügen jedoch über substantielle Erfahrungen mit „Shooting galleries“ und Dealorten, die den Drogengebrauch an Ort und Stelle gestatten und die von Mitgliedern der drogengebrauchenden Gemeinschaft organisiert und unterhalten werden. Einige Erfahrungen dieser „unternehmerischen“ Fixerräume könnten für öffentlich betriebene Fixerräume hilfreich sein.

- Zum einen ist es klar, daß solche Orte generell nur einen Teil der Population erreichen. In Rotterdam gestatten die meisten Dealorte nur das „Chinesen“ (Rauchen) von Drogen; wenn i.v. Drogengebraucher diese Orte aufsuchen, dann bleiben sie dort nur so lange, bis sie ihre Drogen gekauft haben. Aus New York wird berichtet, daß sich „Shooting galleries“ nach der Art der Drogen (Heroin oder Kokain) unterscheiden, die dort injiziert werden.⁴⁹ Hier stellt sich die Frage, für welche (Teil-)Population Fixerräume bestimmt sind und wie diese Population von dem Service erfährt.
- In Rotterdam kaufen und gebrauchen die meisten Drogengebraucher ihre Drogen an den obengenannten Orten. Nur eine kleine Minderheit (meist Verelendete und Obdachlose) hat keinen regelmäßigen Zugang zu den Dealorten.¹⁰ Für diese Gruppe betreibt eine kleine lokale Kirchengemeinde einen kleinen Fixerraum. In Rotterdam sind Fixerräume eindeutig nicht geeignet, um die Masse der i.v. Drogengebraucher zu erreichen. In NYC hingegen könnten sie – würden die Gesetze entsprechend geändert – ein geeignetes Mittel sein, um obdachlose i.v. Drogengebraucher zu erreichen. Es ist in diesem Zusammenhang eine naheliegende Frage, wie die Drogenszene in den

verschiedenen deutschen Städten konstituiert ist und ob die Institution von Fixerräumen eine Voraussetzung ist, um wesentliche Teile dieser sozialen Gemeinschaft zu erreichen.

- In Rotterdam ist es ungeschriebene Polizeipolitik, Dealorte oftmals so lange zu tolerieren, wie diese die Nachbarschaft nicht unangemessen belästigen. Kirchliche Fixerräume existieren mit Wissen der Polizei, aber ohne offizielle Erlaubnis. In NYC ist eine solche Konstellation undenkbar. Insofern hängt es wesentlich von der Haltung der gesetzausführenden Institutionen ab, ob Fixerräume etabliert und unterhalten werden können.

Wir haben hier nur einige Überlegungen und Fragen diskutiert, die sich im Zusammenhang mit neuen HIV-Präventionsmaßnahmen stellen. Jede neue Initiative auf diesem Gebiet muß aus der Perspektive der Konsumenten eine sorgfältige Einschätzung ihrer Bedürfnisse in bezug auf den geplanten Service anstellen. HIV-Prävention bei i.v. Drogengebern darf niemals von deren unmittelbaren Problemen isoliert werden. Die Präventionsbotschaft sollte in einem Paket enthalten sein, das die konkreten, wiederkehrenden Probleme angeht, die mit diesem spezifischen Lebensstil zusammenhängen, und das mit ihren Normen und Praktiken verbunden ist.

Wie das Rotterdamer Beispiel⁴⁶ und viele andere^{40,50,51} zeigen, haben die aktiven i.v. Drogengebraucher selbst eine entscheidende Rolle bei der Verhinderung von HIV-Infektionen und der Verbreitung des Virus. Methoden, die die Zielgruppe bei der Entwicklung und Umsetzung ihrer eigenen Programme mit-einbeziehen, haben eine größere Chance, erfolgreich zu sein. So wie i.v. Drogengebraucher ganz selbstverständlich Arbeit in „Shooting galleries“ und an Dealorten finden, so können sie auch eine wichtige Rolle im Management von Fixerräumen übernehmen. Fixerräume können auch für die aufsuchende Sozialarbeit eine gute Basis bieten. Es kann von großem Wert sein, in der Szene bewanderte Leute als Streetworker einzustellen, da deren Informationen und Netzwerke genutzt werden können, um Botschaften zur Risikovermeidung und Verhaltensänderung zu vermitteln.

Abschließend möchten wir feststellen, daß die Drogenhilfe nach unserer Auffassung dringend pragmatischer Ansätze bedarf, die auf einem fundierten Wissen über die Drogensubkultur und ihre Mechanismen basieren. Fixerräume könnten durchaus einen wertvollen Beitrag hierzu leisten.

Anmerkungen:

1. Hoek, J.A.R. van den, Coutinho, R.A., Haastrecht, H.J.A. van, Zadelhoff, A.W., van & Goudsmit, J. (1988): Prevalence and Risk Factors of HIV Infections among Drug Users and Drug Using Prostitutes in Amsterdam. In: AIDS 2, S. 55-60.
2. Marmor, M., Des Jarlais, D.C., Cohen, H. et. al. (1987): Risk Factors for Infection with Human Immunodeficiency Virus Among Intravenous Drug Abusers in New York City. In: AIDS 1, S. 39-44.
3. Preble, E. & Casey, J.J. (1969): Taking Care of Business – the Heroin User's Life on the Street. In: International Journal of Addiction 1, S. 1-24.
4. Agar, M.H. (1973): Ripping and Running. New York: Seminar Press.
5. Kaplan, C.D., Korf, D.J. & Sterk, C. (1987): Temporal and Social Contexts of Heroin-Using Populations: A Demonstration of Snowball Technique. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 175, S. 558-565.
6. Hartel, D., Schoenbaum, E.E., Selwyn, P., Drucker, E., Wasserman, W., Friedland, G.H. u.a.

- (1989): Temporal Patterns of Cocaine Use and AIDS in Intravenous Drug Users in Methadone Maintenance, Presented at the V. International Conference on AIDS Montreal, Canada. (Abstract-Nr. Th.D.O.2).
7. Drucker, E. (1986): AIDS and Addiction in New York City. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 12, S. 165-181.
 8. Friedland, G.H., Harris, C., Butkus-Small, C., Shine, D., Moll, B., Darrow, W. & Klein, R. (1985): Intravenous Drug Abusers and the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Demographic, Drug Use and Needle-Sharing Patterns. In: *Archives of Internal Medicine* 145, S. 1413-1417.
 9. Grund, J.-P.C., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P., Blanken, P. (1991): Drug Sharing and HIV Transmission Risks: The Practice of „Frontloading“ in the Dutch Intravenous Drug Using Population. In: *Journal of Psychoactive Drugs* 23(1).
 10. Grund, J.-P.C., Adriaans, N.F.P., Kaplan, C.D. (1991): Changing Cocaine Smoking Rituals in the Dutch Heroin Addict Populations. In: *British Journal of Addiction* 86.
 11. Agar, M.H. (1977): Into that Whole Ritual Thing: Ritualistic Drug Users Among Urban American Heroin Addicts. In: Du Toit, B.M. (Hg.): *Rituals and Altered States of Consciousness*. Rotterdam, Balkena, S. 137-148.
 12. Kaplan, C.D., Janse, H.J. & Thuyns, H. (1986): Heroin Smoking in the Netherlands. In: *Drug Abuse Trends and Research Issues, Community Epidemiology Work Group Proceedings*. Rockville, NIDA, S. III-35-45.
 13. O'Donnell, J.A. & Jones, J.P. (1968): Diffusion of the Intravenous Technique Among Narcotic Addicts in the United States. In: *Journal of Health and Social Behavior* 9, S. 120-130.
 14. Katz, E. Levin, M.L. & Hamilton H. (1963): Tradition of Research on the Diffusions of Innovation. In: *American Sociological Review* 28, S. 237-252.
 15. Casriel, C., Rockwell, R. & Stepherson, B. (1988): Heroin Sniffers: Between Two Worlds. In: *Journal of Psychoactive Drugs* 20(4), S. 37-40.
 16. Parker, H. Bakx, K. & Newcombe, R. (1987): *Living With Heroin*. Philadelphia: Open University Press / Milton Keynes.
 17. Burt, J. & Stimson, G.V. (1988): *Report of In-Depth Survey of Intravenous Drug Use in Brighton*. London: Monitoring Research Group.
 18. Power, R.M. (1988): The Influence of AIDS Upon Patterns of Intravenous Use – Syringe and Needle Sharing – Among Illicit Drug Users in Britain. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 77-88.
 19. Toet, J. & Ven, A.P.M. van de (1989): *Het RODIS uit de steigers. Resultaten 1988 Rotterdam*. In: Rapport 65. Rotterdam: GGD afdeling Epidemiologie.
 20. Holden, C. (1989): *Street-Wise Crack Research*. In: *Science* 246, S. 1376-1381.
 21. Schoenbaum, E.E., Hartel, D. & Friedland, G.H. (1990): Crack Use Predicts Incident HIV Seropositivity. Presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco, USA. (Abstract-Nr. Th.C.103).
 22. Chiasson, M.A., Stoneburger, R.L., Hildebrandt, D.S. Telzak, E.E., Jaffe, H.W. (1990): Heterosexual Transmission of HIV Associated With the Use of Smokable Freebase Cocaine (Crack), Poster presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco, USA. (Abstract-Nr. Th.C.588).
 23. Hartgers, C. Hoeck, J.A.R. van den, Krijn, P., Coutinho, R.A. (1990): HIV-Risk Factors and Heroin and Cocaine Use Trends Among Injecting Drug Users in Low Threshold Methadone Programs, Amsterdam 1985-1989, presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco, USA. (Abstract-Nr. FC 638).
 24. Engelsman, E.L. (1989): Dutch Policy on the Management of Drug Related Problems. In: *British Journal of Addiction* 84, S. 211-218.
 25. Grund, J.-P.C., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P. (in Druck): *Needle Sharing in the Netherlands: An Ethnographic Analysis*. In: *American Journal of Public Health*.
 26. Stimson, G.V. Alldritt, L.J. Dolan, K.A., Donaghoe, M.C., Lart, R.A. (1988): *Injecting Equipment Exchange Schemes: Final Report*. London: Monitoring Research Group.
 27. Schilling, R., El-Bassel, N., Schinke, S., Botvin, G. (1989): Risk Behavior and Attitudes Among Recovering IV Drug Users, presented at the V World AIDS Conference, Montreal, Canada. (Abstract-Nr. Th.D.P42).
 28. Wolk, J., Wodak, A., Morlet, A., u.a. (1988): Syringe HIV Seroprevalence and Behavioral and Demographic Characteristics of Intravenous Drug Users in Sidney, Australia, 1987. In: *AIDS* 2, S. 373-377.
 29. Chitwood, D.D. McCoy, C.B., Inciardi, J.A., u.a. (1990): HIV Seropositivity of Needles from Shooting Galleries in South Florida. In: *AJPH* 80, S. 150-152.
 30. Esteban, J.I., Shih, J.W.K., Tai, C.-C., u.a. (1985): Importance of Western Blot Analysis in Predicting Infectivity of Anti-HTLV-III/LAV Positive Blood. In: *Lancet* 2, S. 1083-1086.
 31. Lai, P.K., Takayama, H., Tamura, Y., Nonoyama, M. (1990): Activation of Human Immunodeficiency Virus in Human Myeloid Cells by Cocaine, Poster presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco, USA. (Abstract-Nr. S.A.226).
 32. Huson, D., Neeteson, K. (1989): *Enquete AIDS-Preventie HKPD Vlissingen*. Vlissingen, HKPD.
 33. Valk, P. van der, Jong, W. de (1988): *Verslaafd in Polen*. In: *Intermediair* 24(17), S. 59-63.
 34. Froner, G. (1989): *Digging For Diamonds: A Lexicon of Street Slang For Drugs and Sex*. San Francisco: Health Outreach Team Productions.
 35. Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Sotheman, J.L. & Stoneburger, R. (1988): The Sharing of Drug Injection Equipment and the AIDS Epidemic in New York City: The First Decade. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 160-175.
 36. Kaplan, C.D., Vries, M. de, Grund, J.-P.C., Adriaans, N.F.P. (1990): Protective Factors: Dutch Intervention Health Determinants and the Reorganization of Addict Life. In: Ghodse, H., Kaplan, C.D., Mann, R.D. (Hg.): *Drug Misuse and Dependence*. London: Parthenon Press.
 37. Feldman, H.V. & Biernacki, P. (1988): The Ethnography of Needle Sharing Among Intravenous Drug Users and Implications for Public Policies and Intervention Strategies. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 28-39.
 38. Mata, A.G. & Jorquez, J.S. (1988): Mexican-American Intravenous Drug Users' Needle-Sharing Practices: Implications for AIDS Prevention. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 40-58.
 39. Becker, H.S. (1963): *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Glencoe, Ill.: Free Press of Glencoe.
 40. Newmeyer, J.A. (1988): *Why Bleach? Development of a Strategy to Combat HIV Contagion Among San Francisco Intravenous Drug Users*. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 151-159.
 41. Ghodse, A.H., Tregenza, G., Li, M. (1987): Effect of Fear of AIDS on Sharing of Injection Equipment Among Drug Abusers. In: *BMJ* 295, S. 698-699.
 42. Black, J.L., Dolan, M.P., DeFord, H.A., u.a. (1986): Sharing Needles Among Users of Intravenous Drugs. In: *N Engl J Med* 314, S. 446-447.
 43. Howard, J., Borges, P. (1972): Needle Sharing in the Haight: Some Social and Psychological Functions. In: Smith, D.M., Gay, G.R. (Hg.): „It's So Good, Don't Even Try It Once“: Heroin in Perspective, S. 125-136. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
 44. Tempesta, E., Di Giannantonio, M. (1988): Sharing Needles and the Spread of HIV in Italy's Addict Population. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 100-113.
 45. Wieder, D.L. (1974): *Telling the Code*. In: Turner, R. (Hg.): *Ethnomethodology: Selected Readings*. Middlesex, England: Penguin Education, S. 144-172.
 46. Grund, J.-P.C., Blanken, P., Adriaans, N.F.P., Kaplan, C.D., Barendregt, C., Meeuwssen, M. (in Druck): *Reaching the Unreached: An Outreach Model For „on the Spot“ AIDS Prevention Among Active, out of Treatment Drug Addicts*. In: O'Hare, P., Newcombe, R. Buning, E., Drucker, E., Matthews, A. (Hg.): *Reducing the Harm From Drug Use*. London: Routledge.
 47. Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R. (1990): Shooting Galleries and AIDS: Infection Probabilities and 'Tough' Policies. In: *Am J Public Health* 80, 142-144.
 48. Stern, L.S. (in Druck): *Self-Injection Education For Street-Level Sexworkers*. In: O'Hare, P., Newcombe, R. Buning, E., Drucker, E., Matthews, A. (Hg.): *Reducing the Harm From Drug Use*. London: Routledge.
 49. Friedman, S.R., Sterk, C.E., Sufian, M., Des Jarlais, D.C. (1989): Effects of Changes in Drugs Injected on Drug Using Environments and on Risk Reduction Among IVDUS, V International Conference on AIDS, Montreal, Canada. (Abstract-Nr. Th.D.03).
 50. Eric, K., Drucker, E., Worth, D., Chabon, B. Pivnick, A., Cochran, K. (1989): *The Women's Center: A Model Peer Support Program For High Risk IV Drug and Crack Using Women in the Bronx*, presented at the V International Conference on AIDS, Montreal, Canada. (Abstract-Nr. Th.D.P.7).
 51. Wiebel, W.W. (1988): *Combining Ethnographic and Epidemiologic Methods in Targeted AIDS Interventions*. In: Battjes, R.J. & Pickins, R.W. (Hg.): *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville, NIDA, S. 137-150.

AutorInnen

Inge Baumann, Krankenschwester; Mitglied in der JES-Initiative Bremen, hauptamtliche Mitarbeiterin des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen. Kreuzstr. 29, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/76045

Rolf Bösche, Initiator von JES Bremen, hauptamtlicher Mitarbeiter des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen. Ruckertstr. 4-6, 2800 Bremen

Heinz Forster, Mitarbeiter des Basler „Fixerstübli Lucky“; Verein für Interaktive Randgruppenarbeit und Suchtproblematik (V.I.R.U.S.), Basel, Klybeckstr. 1, CH – 4057 Basel, Tel.: 061/681 76 94

Josef Frey, Sozialpädagoge; Mitarbeiter in der Kontakt- und Beratungsstelle des Drop in Basel. Ramsteinerstr. 30, CH – 4052 Basel, Tel.: 061/312 67 10

Dr. Werner J. Fuchs, Oberarzt am Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich; Leiter eines sozialpsychiatrischen Ambulatoriums, einer Tagesklinik und eines Berufsförderungskurses, 10jährige Erfahrung bei der Organisation und Evaluation von Methadonprogrammen. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Ambulatorium I, Militärstr. 8, CH – 8021 Zürich

Michael Gröne, Sozialarbeiter; Mitarbeiter im Kontaktladen des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit. Soester Str. 19, 2800 Bremen 61

Drs. Jean-Paul C. Grund, Psychologe, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Voor Verslavingsonderzoek/European Addiction Research Institute, Postbus 1738, NL – 3000 DR Rotterdam, Tel.: 010/408 7017

Dr. Robert Hämmig, Oberarzt; Ambulanter Drogendienst der Sozialpsychiatrischen Klinik Bern. Contact Bern, Monbijoustr. 70, CH – 3007 Bern, Tel.: 031/45 02 07 u. 45 95 05

Ulrike Hemkes, Sozialwissenschaftlerin; Mitarbeiterin im Frauenprojekt des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen. Kreuzstr. 29, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/76045

Werner Hermann, JES-Koordinator bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin

Michael Hübner, hauptamtlicher Mitarbeiter im Referat Drogen und AIDS der AIDS-Hilfe Bonn (Schwerpunkte: Substitution, Drogen-Selbsthilfe). AIDS-Hilfe Bonn, Weberstr. 52, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228/219021 u. 19411

Régine Linder, Sozialarbeiterin; 6jährige Mitarbeiterschaft in den Kontakt- und Anlaufstellen für DrogengebraucherInnen der Stiftung Contact-Bern; selbständig im Bereich Praxisbegleitung und Öffentlichkeitsarbeit für Drogen- und AIDS-Projekte. Infopub, Wylerringstr. 62, CH – 3014 Bern, Tel.: 031/41 70 57

Peter Lindlahr, Jurist; ehrenamtlicher Mitarbeiter in der AIDS-Hilfe Bonn (Schwerpunkte: Strafvollzug, Substitution, rechtliche Aspekte im Bereich HIV und Drogen). AIDS-Hilfe Bonn, Weberstr. 52, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228/219021 u. 19 411

Sabine Michaelis, Sozialpädagogin und Juristin; Koordinatorin der Projekte des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen. Kreuzstr. 29, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421/76045

Dr. Ingo Michels, Soziologe; Referent für Drogen und AIDS der Deutschen AIDS-Hilfe (Arbeits-schwerpunkte: Drogenpolitik, Drogenrecht), Vorstand des Bundesverbandes akzept e.V., D.A.H., Nestorstr. 8-9, 1000 Berlin 31, Tel.: 030/89 69 06 46

L. Synn Stern, Health Educator und Street Workerin, Department of Epidemiology and Social Medicine, Montefiori Medical Center, Bronx, New York, U.S.A.

Birgit Stiem, Arzthelferin; Mitarbeiterin im Kontaktladen des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit. Kreuzstr. 29, 2800 Bremen 1, Tel.: 04 21/760 45

Heino Stöver, Sozialwissenschaftler; Wiss. Mitarbeiter im ARCHIDO (Archiv und Dokumentationszentrum für Drogenliteratur) an der Universität Bremen; Vorstandsmitglied des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit. Universität Bremen FB9, Postf. 330 440, 2800 Bremen 33, Tel.: 0421/71417

François Thiebaud, Betreuer; Mitarbeiter des „Hauses Gilgamesch“ der Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme, Haus Gilgamesch, Herrenweg 8, CH – 4054 Basel, Tel.: 061/301 38 42

Gabriele Wirbel-Lorenz, Sozialpädagogin; Mitarbeiterin des „Hauses Gilgamesch“ der Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme, Haus Gilgamesch, Herrenweg 8, CH – 4054 Basel, Tel.: 061/301 38 42

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND VI

DER TOLERIERTE INTRAVENÖSE DROGENGEBRAUCH IN DEN ANGEBOTEN DER DROGEN- UND AIDS-HILFE

Ein Sammelband

Der vorliegende Sammelband bietet zum ersten Mal der interessierten Fachöffentlichkeit Gelegenheit, sich umfassend über die bisher vor allem in der Schweiz, aber auch der Bundesrepublik Deutschland mit „Fixerräumen“ gemachten Erfahrungen zu informieren. Berücksichtigt werden dabei auch die rechtlichen und drogenpolitischen Aspekte und nicht zuletzt der forschungspolitische Rahmen betroffenen-naher Ansätze zur HIV-Prävention.

ISSN 0937-1931