

Wandel der Konsummuster

Veränderungen in der Drogenszene – Konsequenzen für das Hilfesystem

Dokumentation



Herausgeberin:

Geschäftsstelle
der Suchtkooperation NRW
c/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
50663 Köln

Druck:

LVR-Druckerei
Inklusionsabteilung
Tel. 0221 809-2442

Inhalt

Begrüßung und Einführung ins Thema.....	4
Erfahrungsbericht aus dem Drogenkonsumraum Köln	7
Erfahrungsbericht aus dem Drogenkonsumraum Düsseldorf	10
Erfahrungsbericht aus dem Drogenkonsumraum Frankfurt a.M.	13
Prof. Dr. Daniel Deimel: Krisen und gesellschaftlicher Wandel	15
Einflussfaktoren auf Konsummotive und Konsumbedingungen in offenen Drogenszenen (Auszug)	
Moderierter Fachaustausch.....	24
Veränderungen in der Drogenszene – Konsequenzen für das Hilfesystem	
Resümee und Ausblick.....	33
Drogenkonsumräume in NRW.....	38

Begrüßung und Einführung ins Thema



Dr. Anne Pauly Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen aus all den Bereichen, die wir ganz bewusst heute eingeladen haben. Denn Sie alle hier sind die wichtigen Player, die unseren Fachtag mit ihrer Expertise unterstützen:

Aus den Kommunen die Koordinatoren der Bereiche Gesundheitsförderung sowie Sucht und Psychiatrie und die Sozialen Dienste.

Vertreter*innen der Wohlfahrtsverbände, aus den Bereichen der Suchthilfe und der Aidshilfe, aus den niedrigschwelligen Hilfen wie Drogenkonsumräume, Kontakt- und Notschlafstellen sowie aus der Wohn- und Eingliederungshilfe, auch die Suchtselbsthilfe ist da.

Es sind Kolleg*innen der Ärztekammer Nordrhein, einiger Kliniken mit Suchtstation, dem Landschaftsverband Rheinland da. Das Landeskriminalamt NRW ist vertreten, so auch der Justizvollzug.

Frau Richter und Frau Benstein vertreten das Gesundheitsministerium NRW heute und haben diesen Fachtag gemeinsam mit dem AK Drogenkonsumräume NRW und uns, der Geschäftsstel-

le der Suchtkooperation NRW umgesetzt: Ihnen allen ein herzliches Willkommen!

Willkommen hier in Köln und willkommen auch an die rund 50 Teilnehmenden an den Zoom-Bildschirmen, die heute digital zugeschaltet sind.



Ich darf Sie zu unserem Fachtag „Wandel der Konsummuster“ begrüßen, bei dem wir uns gemeinsam mit Ihnen und den Referierenden anschauen wollen, was die Veränderungen in den Drogenszenen für Konsequenzen für das Hilfesystem, für die Städte, für die Kommunen haben.

Dazu möchte ich kurz zum Crack-Konsum kommen.

Crack ist eine rauchbare Sonderform von Kokain, dem durch die Verkochung von Kokainhydrochlorid mit Natron das Chlorid-Ion entzogen wird. Übrig bleibt ein weiß, rosa oder gelblich aussehender Rest. Im Gegensatz zu „Freebase“, zu dessen Herstellung man Ammoniak braucht, darf Crack in Drogenkonsumräumen vorbereitet und mit Natron hergestellt werden.

Vor 2015 war der Crack-Konsum bekannt aus den Hotspots von Frankfurt, Berlin oder Hamburg, für NRW war Crack noch kein wahrnehmbares Thema – zumindest nicht in den Drogenkonsumräumen, wo Änderungen des Szeneklimas immer mit als erstes zu beobachten und zu erleben sind. Seit etwa 2017 erhöhte sich die Zahl des Konsums von „Kokain inhalativ“, wie wir

es anfangs noch etwas harmlos nannten.

Neben dem Anstieg der Anzahl der Crack-Konsument*innen und dem Anstieg der Anzahl der Konsumvorgänge von Crack veränderten sich aber auch die Bedürfnisse der Klientel. Andere Konsumutensilien wie Natron, Alufolie oder Einmalpfeifen mussten vorgehalten werden. Und auch der Umgang mit der Zielgruppe veränderte sich und damit die Arbeit der Mitarbeitenden in den Konsumräumen.



Die psychischen Folgeerscheinungen bei Crack-Konsum erstrecken sich über Wahnvorstellungen und Angstzustände, aggressives und mitunter auch abgestumpftes Verhalten gegenüber anderen Szeneangehörigen, sowie den Mitarbeitenden der Hilfeeinrichtungen. Das Aufkratzen von Hautstellen im Wahn und die daraus häufig entstehenden Entzündungen, sind verbreitete körperliche Folgen.

Das Schamgefühl, sofort und auch in der Öffentlichkeit zu konsumieren, nimmt bei Crackabhängigen rapide ab, sodass sie häufig nicht einmal mehr den Weg in die Drogenkonsumräume schaffen und im öffentlichen Stadtbild entsprechende Negativbilder malen. Die durch den Konsum sichtbare Verelendung der Klientel hat sich in den letzten Jahren stetig verschlimmert. Und unter anderem deshalb treffen wir uns heute hier. Es ist deutlich geworden, dass es weitere Ressourcen und veränderte Angebote für diese Klientel braucht, die nicht mehr ausschließlich in der bekannten „Komm-Struktur“ ins Hilfesystem gelangt.

Wir werden heute miteinander überlegen und herausfinden, wie die Schwerstabhängigen zu einem würdevollen und sicheren Konsum begleitet werden können, wie das Hilfesystem zur gesundheitlichen Verbesserung führen kann und wie auch das

Hilfesystem, also Sie, meine sehr verehrten Anwesenden, unterstützt werden können und wollen.

Ich freue mich, dass wir gleich drei Kollegen aus Drogenkonsumräumen hören werden, die uns ihre Arbeitsrealität mit dem Wandel der Konsummuster schildern werden. Stefan Lehmann und Patrick Pincus kommen aus NRW und sind neben den anderen Kolleg*innen aus dem Arbeitskreis „Drogenkonsumräume NRW“ Ideengeber und Mitorganisatoren für unseren heutigen Fachtag, vielen Dank dafür. Oliver Hasenpflug wird uns aus Frankfurt berichten, wie dort im Hotspot gearbeitet wird. Danach wird Prof. Dr. Daniel Deimel uns mit der Darstellung von Einflussfaktoren auf Konsummotive und Konsumbedingungen eine theoretische Wissensgrundlage geben.

Und dann sind wir alle gefragt:

Mit Hilfe unserer charmanten Moderatorin Tanja Schmitz-Remberg und ihrer Kollegin Monika Lambrecht



gehen wir in den Fachaustausch, um Konsequenzen für unser Hilfesystem abzuleiten, zu initiieren – und vielleicht auch schon um einen Startschuss zu geben, welche Schritte wir nun in NRW gehen können, um die Herausforderungen im niedrigschwelligen Bereich mit dem Hilfesystem zu bewältigen und zu beantworten. Die Ergebnisse dieses Fachtages werden wir schnellstmöglich in einer gedruckten Veröffentlichung allen Teilnehmenden – ob analog oder digital- und anderen Interessierten zur Verfügung

stellen.

Die Resonanz, die unser Fachtag hatte, hat uns und unsere analogen Strukturen schier überwältigt. Wir haben heute 100 Teilnehmende hier und über 50 sind hybrid dazu geschaltet. Diejenigen von Ihnen, die heute online zugeschaltet sind, bitten wir, sich im Chat an den Diskussionen und Gedankenexperimenten zu beteiligen. Wir werden alle Fragen und Anmerkungen, die uns online erreichen, mit in der Ergebnissicherung berücksichtigen und spätestens in diesem Dokument beantworten.

Ich wünsche uns allen einen erfolgreichen Fachtag, der zeitlich doch recht ambitioniert ist – deshalb übergebe ich nun an die Moderatorin, Tanja Schmitz-Remberg, die uns durch den Rest des Nachmittags begleiten und führen wird, vielen Dank.



Erfahrungsberichte aus den Drogenkonsumräumen



Stefan Lehmann Gesundheitsamt der Stadt Köln

Ich habe für heute die Landesstatistik der Drogenkonsumräume NRW angeschaut - wir liefern als Drogenkonsumräume alle die Statistiken unserer Konsumvorgänge vernetzt an die Suchtkooperation NRW - da habe ich geschaut, wie sich der Konsum über die Jahre verändert hat, in Bezug auf Crack oder Kokain. Da habe ich dann erschreckend festgestellt, dass sich für unseren Drogenkonsumraum in Köln gar nicht so viel geändert hat. Das mag zum einen daran liegen, dass wir ja erst im Mai 2022 gestartet sind.

Die Entwicklungen liegen aber viel weiter zurück. Also ein Punkt, den wir identifiziert haben, ist die totale Verfügbarkeit 24/7 von Kokain. Am Kölner Neumarkt oder in der Umgebung bekommt man zu jeder Tages- und Nachtzeit Kokain. Dieses ist auch extrem rein. Und es ist auch gleichzeitig ein Preisverfall zu verzeichnen, zumindest in Köln berichten die Klientinnen und Klienten einen deutlichen Rückgang der Preise. Die haben auch keine Auswirkungen durch Corona gehabt, die haben keine Auswirkungen nach den riesigen Kokainfunden in Holland

gehabt. Es gibt aber trotzdem nicht nur einen oder zwei Gründe, warum der Konsumwandel in der letzten Zeit stattgefunden hat.

Es ist ein totales Sammelsurium aus ganz unterschiedlichen Gründen, warum Menschen Drogen konsumieren, vor allem auch Crack und Kokain. Die eine Gruppe, das ist eine relativ kleine Gruppe, ist seit vielen Jahren stabil in Substitution und konsumiert Kokain intravenös oder inhalativ als Beikonsum ein bis zweimal am Tag, und dann war es das. Diese Konsument*innen sind gut angebunden, in der Regel auch an die Methadonsubstitution. Dann haben wir eine Gruppe, die die sog. „Cocktails“ intravenös (Anm. d. Redaktion: gleichzeitiger Konsum von Opioiden und Kokain) konsumiert, die ist allerdings relativ überschaubar, die liegen bei uns in den Konsumvorgängen bei sechs bis acht Prozent.

Insgesamt liegt der Konsum von Heroin ungefähr bei zwei Dritteln der Konsumvorgänge, Kokain bei einem Drittel. Beim intravenösen und inhalativen Konsum hat sich das mittlerweile angeglichen, das ist jeweils fast 50 %. Wir haben inzwischen mehr Raucher, liegt auch unter anderem daran, dass wir sechs Raucherplätze haben. Die hatten wir ja vorher alle nicht. Wenn sie die Möglichkeit haben zu rauchen, nutzen die Konsument*innen das auch. Deswegen muss man mit diesen Zahlen vorsichtig sein.

Nun kommen wir zu den Konsumierenden, die nicht den Cocktail spritzen, sondern den Cocktail rauchen. Die melden sich bei uns im Raucherraum an zum Heroin rauchen und zum Kokain rauchen. Wo ich das gerade erwähne: Kokain kann man nicht rauchen. Man kann ja nur Crack rauchen. Die Klient*innen wissen das aber nicht. Wir haben letztens Klientinnen und Klienten befragt, bei der Anmeldung, ob sie wissen, was sie da machen. Da haben wir gefragt: wisst ihr, dass ihr Crack raucht? Das wurde verneint. „Nein, wir rauchen doch keinen Crack! Das ist doch nur Kokain. Crack rauchen die anderen, die so komisch aussehen, die total durchdrehen, die sind total verwahrlost, aber ich doch nicht! Ich rauche hier nur Kokain!“

Eine ziemlich wichtige Erkenntnis und das ist eine relativ große

Gruppe, die beides konsumiert. Die Betroffenen sind wirklich relativ stark verwahrlost, sehr stark verelendet, leiden immer parallel unter schwersten psychischen Beeinträchtigungen. Sie sind sehr hoch im Konsum, haben praktisch zehn Mal am Tag das Bedürfnis, bei uns zu konsumieren. Wir haben 10 Stunden am Tag auf. Das sind überwiegend Klientinnen und Klienten mit Fluchthintergrund - nicht nur aus Nordafrika, Afghanistan, Syrien und Irak, sondern auch aus Europa und der Ukraine. Interessant ist, was Klient*innen uns jetzt schon berichtet haben, gerade Menschen, die als Flüchtlinge über das Mittelmeer gekommen sind. Sie wurden an den EU-Außengrenzen in den Flüchtlingslagern mit Benzodiazepinen ruhiggestellt. Dann sind sie weitergereist, dann in Deutschland gestrandet, und sind dann hier in Köln auf Heroin umgeschwenkt, denn sie brauchten eine Substanz zur Beruhigung, zum Runterkommen, zum Vergessen. Und dann haben sie irgendwann den Kontakt mit Kokain bzw. mit Crack. Sie haben gemerkt, dass sie sich nicht immer nur total sedieren müssen, sondern mit Crack gibt es noch mal einen Kick, der euphorisiert und gut tut. Man fühlt noch mal das Leben. Aber teilweise ist die Wirkung zu heftig, „dann rauche ich es lieber“, und dann kommt das Phänomen, das wir täglich im Raucherraum sehen: Dieser Mischkonsum von Crack und Heroin ist der größte Anteil der aktuellen Konsumvorgänge.



Also es ist jetzt nicht so, dass der reine Heroinkonsument, der

Heroin raucht, in den Konsumraum kommt oder der nur Crack raucht, sondern es ist der Mischkonsum, der in den allermeisten Fällen durchgeführt wird. Die Nebenwirkungen davon, die sind relativ überschaubar, was Psychosen und Gewalt anbetrifft. Weil die halt noch Heroin rauchen, passiert jetzt nicht ganz so viel. Was wir auf jeden Fall aber feststellen, weil sie so extrem hoch im Konsum sind, dass was eben schon angedeutet wurde, der körperliche Verfall, die Verelendung, man kümmert sich um gar nichts mehr, und da muss man halt gucken, wie man damit von der Hilfe her wo ansetzen kann.

Es ist natürlich ein großes Problem, dass ein Großteil der Klientel keinen Leistungsbezug hat und auch keine Aussicht auf Leistungsbezug vorweisen können. Beispielsweise sind wirklich viele noch nicht mal krankenversichert. Und da sind uns die Hände gebunden, diese Gruppe kann nicht in weiterführende Hilfen vermittelt werden. Wir machen eine Basisversorgung, und letztendlich war es das.

Dann haben wir aber auch noch eine Gruppe von reinen Kokain-Konsumenten, die Kokain spritzen. Das sind die Klienten, die dann wirklich schwerste Psychosen entwickeln mit totaler Gewalt, die sind nicht mehr steuerungs-fähig, wo dann auch Waffen ins Spiel kommen, wo wir dann die Unterstützung der Polizei benötigen und was auch immer versuchen, um die Situation zu bereinigen und sei es dann, dass wir z.B. intravenösen Konsum von Kokain verbieten, sondern die Klienten darauf hinweisen, dass sie es rauchen können, aber nicht spritzen.

Wir versuchen halt, so gut wie möglich da etwas zu steuern, die Psychose oder diese „Sucht-Flashes“, z.B., dass sie denken, sie haben Tiere unter der Haut oder dass sie sich wund kratzen. Wir müssen immer im Einzelfall gucken, wie wir damit umgehen. Das besprechen wir jede Woche in der Teamsitzung, das sind wirklich die schwersten Fälle. Wir müssen jeden Einzelfall besprechen und schauen, wie wir denjenigen steuern können.

Wir müssen immer gucken, wie wir am besten diejenigen zulassen im Konsumraum, damit die uns den Rahmen nicht

sprengen. Auch die anderen Konsument*innen haben ja einen Anrecht auf Konsum in Ruhe und Würde.

Das ist für uns eine riesige Herausforderung. Eine andere wirklich große Herausforderung ist auch die Frage, was wir mit den wirklich vielen Menschen ohne Leistungsbezug machen sollen. Leistungsbezug spielt hier eigentlich keine große Rolle, aber der fehlende Krankenversicherungsschutz. Eigentlich sollten alle Menschen eine Krankenversicherung in Deutschland haben, und das ist eine riesige Herausforderung für uns, weil Krankenhäuser nehmen nur im Notfall Patient*innen auf.

Aber für alle weiterführenden notwendigen Hilfemaßnahmen gibt es keine Angebote für die Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Die Überlebenshilfe und die Überlebenssicherung greifen da nur kurz. Auch alle psychiatrischen weiteren Versorgungsangebote fallen komplett aus, wenn derjenige keine Krankenversicherung hat. Das sind vor allem auch Klientinnen und Klienten, die auch in absehbarer Zeit keinen Krankenversicherungsschutz bekommen.

Das muss man wirklich angehen, denn diese Menschen sind da, und sie werden auch bleiben.



Patrick Pincus
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.

Ich bin seit mittlerweile 12 Jahren bei der Drogenhilfe in Düsseldorf, und habe davor als Student schon vier Jahre bei der Suchthilfe in Essen im Konsumraum gearbeitet, blicke also auf lange Jahre Konsumraumerfahrung zurück. Daher kann ich sagen, dass Wandel in der Szene und im Konsum eigentlich immer eine Rolle gespielt haben.

Es gab lange Jahre den intravenösen Opioidkonsum, der sich seit dem Jahr 2015 noch mal gewandelt hat. Was auch eine Rolle spielt, ist, dass die Klientel älter geworden ist, dass die niedrigschwellige Suchthilfe eine gute Arbeit im Rahmen von Safer Use gemacht hat, dass mehr Plätze für den inhalativen Konsum angeboten werden.

Bis 2015 konnten wir in Düsseldorf sagen, gab es keine Konsumvorgänge von „Kokain inhalativ“ bzw. Crack. Ab 2016/2017 hatten wir dann 146 Konsumvorgänge im Jahr. Das bedeutet, dass eine Person über das Jahr gerechnet ab und an Crack konsumiert hat. 2017 waren es dann schon 700 Konsumvorgänge, ein bisschen mehr, aber nicht die Welt. Hier lag der Crackkonsum aber schon bei ca. 7% aller Gesamtkonsumvorgänge. Jetzt habe ich valide Zahlen aus 2022, da sind wir bei 16.600 Konsumvorgängen von Crack.

Wir nennen das auch Crack. Und das finde ich besonders wichtig.

Die Menschen, die zu uns kommen, nennen es bisher noch nicht Crack. Uns ist es besonders wichtig, dass dieses Thema offen angegangen wird. Die Informationsweitergabe an die Menschen ist zunächst das rudimentäre, was wir leisten müssen:

Was konsumieren die Klienten denn da überhaupt?

Sie konsumieren Crack.

Aber: Das wird abgestritten, weit von sich gewiesen, „Crack doch nicht, nein, ich rauche Kokain.“ Es wird auch keine alternative Bezeichnung genannt, wie das Produkt nach der Vorbereitung mit Natron denn genannt wird. Wir finden es wichtig und gut, dass es aktuell in Köln eine Szenebefragung gibt, um dieser Information auf die Spur zu kommen. Wir brauchen die Gründe und die Hintergründe zum Kokain inhalativ-Rauchen, also Crack-Rauchen. Wir haben in Düsseldorf auch eine kleine Befragung gemacht, warum die Klienten denn auf das Rauchen von Crack umwechseln.

Es gab verschiedene Gründe: die einen sagen „Ich bin jetzt in Substitution, habe vorher Heroin geraucht, ich brauche irgendwas, ich habe ein Ritual, da habe ich angefangen, Crack zu rauchen.“ Die anderen sagen, „ich habe schon lange Jahre Kokain konsumiert, und wollte mal Kokain inhalativ ausprobieren, seitdem brauche ich das“. Das ist eine Beobachtung, die wir in Düsseldorf häufiger sehen, dass viele Menschen, die lange Jahre Heroin inhalativ konsumiert haben, umschwenken oder eben zusätzlich Crack konsumieren- und das ist neu. Die Zahlen sagen uns, dass das Konsumverhältnis weiterhin bei zwei Dritteln Opioiden zu einem Drittel Kokain bleibt, dass auch nicht mehr Menschen in die Drogenkonsumräume strömen, die dann diesen Crackkonsum vornehmen, sondern dass die Menschen, die die Konsumräume benutzen, umschwenken auf Crackkonsum.

Was hat das für Auswirkungen? Es hat Auswirkungen auf die Klientel, auf die Mitarbeiter, auf die Einrichtung, auf das Hilfesystem. Das hat auch Auswirkungen aufs Umfeld, auf die Verwaltung, die Politik, die Sicherheitsbehörden, und ich versuche jetzt mal, so ein, zwei Punkte anzureißen, damit das als Grundlage dienen kann für die Arbeit gleich in den

Arbeitsgruppen.

Was hat das für Auswirkungen auf die Klientel? Das Bewusstsein für Crack hatte ich gerade schon angesprochen, der häufige Mischkonsum von Crack und Opiaten führt natürlich dazu, dass die Menschen viel mehr Geld aufbringen müssen, um ihren dann regelmäßigen Konsum zu finanzieren. Ein Crackkonsum ist ein sehr schneller Konsum: Im Hier und Jetzt kaufe ich Crack und bestenfalls ist es auf der Szene vorbereitet, und dann möchte ich es auch hier und jetzt konsumieren. Häufig wird Crack, zumindest in Düsseldorf, auch an Ort und Stelle konsumiert, und nicht ausschließlich nur im Drogenkonsumraum. Wenn man sich vorstellt, bei uns am Monatsanfang haben wir weit über 400 Konsumvorgänge. Wir haben glücklicherweise unsere Plätze letztes Jahr noch erweitern können, trotzdem haben wir hin und wieder Wartelisten für den Raucherbereich. Ein Crack-Konsument hat aber nicht die Zeit, auf den Platz, der zum Rauchen frei wird, zu warten, sondern er wandert ins Umfeld ab, wo er umgehend konsumiert. So wird auch das Umfeld natürlich entsprechend belastet.

Das sorgt dafür, dass die Beschwerdelage bei Politik und Verwaltung, ab und an auch im Hilfesystem, z.B. in Drogenberatungsstellen, entsprechend anwächst. Die Verwaltung schaltet nicht selten die Ordnungs- und Sicherheitsbehörden ein. Diese „ordnen“ den mittlerweile eh schon immer enger werdenden Raum- Städteplanung spielt hier auch eine Rolle. Es gibt Schwerpunkteinsätze auf den Plätzen, die natürlich temporär eher presserwirksam dafür sorgen, dass die Ansammlungen der Leute sich mal kurz auflösen. Aber nach kurzer Zeit kommen sie wieder. Eine Entlastung des öffentlichen Raumes ist das nicht. Mit den nicht mehr zeitgemäßen Komm-Strukturen des Hilfesystems sind wir hier an Grenzen gestoßen.

Wir sollten heute und hoffentlich auch in den nächsten Arbeitsschritten darüber diskutieren, wie wir denn alternative Hilfen anbieten können ohne Komm-Struktur. Abseits von festen Strukturen wie einem großen Drogenkonsumraum, der auch rechtlich sicherlich einige Anforderungen hat, für Menschen, die

auch im öffentlichen Raum etwas konsumieren möchten, und auch im ländlichen Raum, wo Drogenkonsumräume gar nicht so einfach zu eröffnen sind. Was gibt es dort für Möglichkeiten für die Konsumierenden und für die Öffentlichkeit? Die Klientel, die Crack konsumiert, ist auch nicht besonders empfänglich oder nur in einem sehr kleinen Zeitraum empfänglich, für Beratungsangebote, für Hilfsangebote.

Die medizinischen Aspekte, der psychische und körperliche Verfall neben der ohnehin angegriffenen Gesundheit spielen eine große Rolle, die Menschen kümmern sich noch weniger um ihre persönliche Gesundheit als die Zielgruppe an sich schon. Konsumierende sind sowieso nicht die Meister der Compliance, was Medizin angeht, aber bei den Crackkonsument*innen ist das noch schlimmer und noch heftiger zu beobachten. Und so ist es besonders schwierig, diese Menschen wirklich zu erreichen, sie in die Hilfsangebote zu vermitteln, und vor allen Dingen, dass sie dort überhaupt ankommen.

Wir in Düsseldorf können möglicherweise davon profitieren, dass wir eine Drogentherapeutische Ambulanz mit entsprechendem medizinischen Fachpersonal haben, die zumindest montags bis freitags 7,5 Stunden geöffnet hat, wo auch Wundversorgung für nicht versicherte Personen angeboten werden, das ist ein großer Schritt, aber das ist noch viel zu wenig. Weil der Bedarf einfach viel zu hoch ist. Außerdem steht auch der psychische bzw. psychiatrische Bereich im Raum, der mit vermehrt steigendem Kokain-Konsum immer wieder problematisch auffällt.

Nun komme ich zu dem Punkt der Mitarbeitenden: Lange Jahre war die Haltung in vielen Drogenhilfeeinrichtungen, dass man der letzte Anker für die Zielgruppe war. Man konnte ihnen einen Raum geben. Mittlerweile ist es, zwar in wenigen, aber doch immer wieder auftretenden Fällen so, dass wir als Einrichtung sagen müssen „Sorry, in unserem Drogenkonsumraum können wir dich so nicht behandeln und einlassen“. Diese Personen sind so psychotisch auffällig, entweder vor dem Konsum, oder während des Konsums, oder auch nach dem Konsum, dass der Drogenkonsumraum als Setting mit einem engen Regelwerk

nicht funktioniert und angemessen ist. Wir müssen diese Leute dann abweisen. Diese Abweisung fällt keiner Einrichtung leicht und insbesondere natürlich auch nicht im Drogenkonsumraum. In der Szene ist ein Anstieg von Gewalt zu beobachten.

Das sind nur Einzelfälle, ich möchte Crack nicht katastrophisieren, das ist eine Substanz wie die Opiode auch mit entsprechenden Begleiterscheinungen. Aber es bringt eben gewisse Auswirkungen, die für Nordrhein-Westfalen neu sind. Und für die wir kein fertiges Konzept in der Schublade haben. Wir sind gespannt, was Oliver Hasenpflug aus Frankfurt berichten wird, aber für die NRW Hilfelandschaft ist das in weiten Teilen doch recht neu.

Und nun komme ich auch zu einem dritten wichtigen Aspekt, dem Umfeld: Der öffentliche Raum ist durch den ansteigenden Crackkonsum sicherlich belastet. Innerhalb Verwaltung und Politik ist es ersichtlich, dass in der Städteplanung unsere Zielgruppe häufig nicht mit beachtet wurde. Es gibt Wohnraum-Knappheit in Großstädten, es wird jeder kleinste freie Raum zugebaut, mit Micro-Apartments, Wohnungen, Häusern. Immer mehr öffentliche Plätze, wo sich unsere Zielgruppe aufhalten kann, oder sich vorher aufgehalten hat, verschwinden. Die heterogenen Gruppen - das sind ja nicht nur die Gruppen der Suchtmittelabhängigen- müssen dann auf einem kleinen Platz, so ist es in Düsseldorf zumindest, auskommen, und am besten möglichst ruhig und unauffällig bleiben, nicht auffallen. Dass das nicht funktionieren kann, kann jedem einleuchten.

Die Auswirkungen für Politik und Verwaltung sollten sein, dass wir zukünftig auch mit in die Städteplanung einbezogen werden, das sollte vielleicht sogar ein Ergebnis von heute sein. Solche Plätze müssen erhalten bleiben. Denn Räume u.a. für die Schwerstabhängigen und Menschen mit dem Lebensmittelpunkt Straße fehlt.

Die Herausforderungen, die dann entstehen, hat der Fachtag letztes Jahr in Frankfurt gezeigt, dessen Ergebnis die „[Handlungsempfehlungen Crack-Konsum](#)“* waren.

Ich denke, was wir in NRW jetzt machen müssen, oder generell bundesweit da, wo das Thema auftritt, dass wir die oben beschriebenen Fragen klären, die rudimentären Bedürfnisse aufdecken, Forschung betreiben, dass wir wissen, warum schwenken Leute plötzlich in ihrem Konsum um, warum nennen die Leute Crack nicht beim Namen und solche einfachen Fragen, die uns als Einrichtungsleitungen und als Mitarbeitende interessieren, die uns weiterhelfen und schulen können.

Wir benötigen auch weitere Settings, wo wir Konsumutensilien bereitstellen können. Ich kann mich erinnern, als die ersten Crack-Konsumenten auftauchten, haben wir begonnen, Tassen bereitzustellen, damit die Leute sich provisorisch eine Pfeife basteln können, weil wir noch gar nicht darauf vorbereitet waren. Inzwischen haben so viele Menschen Kokain inhalativ, also Crack, konsumiert, dass wir mittlerweile Natron, Filter, Pfeifen und Löffel vorhalten. Aber all das muss ja für den Umgang geschult werden, und es gibt sicherlich weitere Safer Use-Aspekte, die wir vielleicht noch gar nicht kennen und die einfach wichtig sind.

Und zu guter Letzt möchte ich einmal betonen, dass die Zielgruppe mitgenommen werden muss, die Zielgruppe muss gefragt werden: was wollt ihr, was braucht ihr, was ist notwendig? Wir machen das in Düsseldorf auch, wir gucken auf den Plätzen, wir schauen nach zusätzlichen Plätzen, um die Zielgruppe zu entzerren und die Leute nicht nur auf einen kleinen Raum zu beschränken. Da stellt sich dann auch die Frage, was braucht so einen Platz, um nicht immer in diese Falle zu tappen. „Wir reden über Klientel, und nicht mit Klientel“.

Wir können denen aber nicht irgendwelche Angebote vorsetzen, wir müssen von ihnen erfahren, was sie brauchen. Deswegen finde ich es gut, dass in Köln eine Szene-Befragung zum Thema Crack gemacht wird, von der wir sicher alle profitieren werden.

Vielen Dank.

*<https://frankfurt.de/de-de/aktuelle-meldung/drogenreferat/handlungsempfehlungen-crack/>



Oliver Hasenpflug **Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt**

Ich arbeite im Drogenkonsumraum Niddastraße in Frankfurt, der gehört zur Integrativen Drogenhilfe, im sogenannten großen Druckraum. Wir haben seit dem Umbau 2016/2017 12 Plätze für den intravenösen Konsum und vier Plätze für den inhalativen Konsum.

Mittlerweile ist es so, der intravenöse Konsum nimmt ab, der inhalative Konsum nimmt zu. Mischkonsum ist die absolute Regel, seit ich in der Drogenhilfe bin, nicht die Ausnahme. Zunächst wurden früher Heroin und Crack konsumiert. Bei uns wird Crack bzw. „Steine“ konsumiert, wir benennen das auch so.

Wenn sich mal jemand wirklich anmeldet mit „Kokain rauchen“, gibt es große Augen und die Nachfrage „Wirklich?!“ Kokain gibt es so nicht auf der Szene in Frankfurt. Hier gibt es Cracksteine. Frankfurt und Hannover sind die einzigen beiden Städte, wo ausschließlich Cracksteine auf der Szene gehandelt werden, kein Kokain-Pulver. Mischkonsum ist die Regel, bis in die Zehnerjahre gerne noch in Kombination mit Rohypnol, das ist der sogenannte „Frankfurter Cocktail“. Das war wirklich übel, Rohypnol gibt es mittlerweile in dem Maße nicht mehr, trotzdem ist der Mischkonsum dann gerne mit Alkohol und allem anderen, was auf der Szene zu bekommen ist, die Regel.

Ich erinnere mich an keine Zeiten ohne Crack hier, und trotzdem

ist auch die Szene in Frankfurt im Wandel. Das liegt zum einen mit Sicherheit auch an den städtebaulichen Voraussetzungen, was eben bereits erwähnt wurde. Auch das Frankfurter Bahnhofsviertel ist im Gentrifizierungsprozess, es wird aufgewertet „auf Teufel komm raus“.

Die Szene ist über all die Jahre nicht wesentlich gewachsen, habe ich den Eindruck, aber sie ist sichtbarer geworden. Sie ist gedrängt auf sehr kleinem Raum mit all den Begleiterscheinungen, die das sowieso schon mit sich bringt, wenn man Menschen auf einem engen Platz zusammendrängt. Das heißt, es ist härter geworden untereinander, viele Sachen gab es früher so nicht.

Es gibt Szene- Größen, die man früher nicht angerührt hat, die einfach ein Standing auf der Szene hatten. Auch denen wird mittlerweile gerne mal von hinten eine Flasche über den Schädel gezogen und auch sie werden ihrer weltlichen Habe beraubt. Das passiert täglich, sind keine Einzelfälle. Wir haben eigentlich keinen Tag, wo nicht irgendwelche Flaschen hin und her fliegen oder nicht irgendjemand ein Messer in der Hand hat. Das alles ist sehr unschön.

Die Einrichtungen waren bis vor kurzem davon noch weitestgehend ausgenommen, aber auch uns gegenüber wird der Wind definitiv rauer, unsere Hausverbotslisten werden länger. Auch das ist äußerst unschön. Wobei man dazu auch sagen muss, dass die Zeit von Corona einfach viel kaputt gemacht hat. Die Zeiten, wo wir keinen Aufenthalt in den Einrichtungen dulden durften, haben uns viel Vertrauen gekostet, wir haben eine komplett neue Generation von Konsument*innen auf der Szene, die die Anbindung an die Einrichtungen nicht haben. Und wir haben auch eine komplett neue Generation von neuen Kolleg*innen in den Einrichtungen, die bei diesem Teil der Szene keine Interventionsberechtigung hat. Das jetzt nur auf die Substanz Crack zu schieben, ist zu kurz gedacht.

Es ist schon gesagt worden, der Zustand der Klientel ist gesundheitlich schlecht, er war schon deutlich besser, das ist viel schlimmer geworden. Es gibt viele Personen mit offenen Beinen,

das ist so ein Dauerthema bei uns, neben den psychischen und psychiatrischen Begleiterscheinungen. Wir haben auch eine medizinische Sprechstunde explizit für nicht versicherte Personen, es gibt Wundversorgung und so weiter, die allerdings von den exzessiv Konsumierenden nicht oder kaum wahrgenommen wird.

Ich war selber zehn Jahre lang als Streetworker im Bahnhofsviertel unterwegs, es war tatsächlich ein sehr großer Teil der Aufgabe, Leute aufzufinden, zu versuchen, sie zu motivieren und mobilisieren, eine ärztliche Sprechstunde wahrzunehmen, die Leute dahin zu begleiten, und wenn es ein bisschen außerhalb war, gegebenenfalls auch hinzufahren. Es ist erstaunlich, wie viel jemand, der diesem Teil der Szene zugehörig ist, den ganzen Tag zu tun hat. Die haben immer irgendwas zu tun und können gerade genau nicht zum Arzt gehen. Das hat zur Folge, dass wir einen Teil an Klient*innen haben, dem wir den Zutritt in die Einrichtung nicht gestatten können, weil der Geruch unerträglich ist. Unerträglich.

Wir verfolgen jetzt gerade in Frankfurt das Thema housing first, zumindest mit Teilen des Hilfesystems -wir haben in Frankfurt derzeit die Situation, dass selbst mit höchster Priorität beim Wohnungsamt die Wartezeit auf eine Wohnung bei drei Jahren liegt. Das ist auch ein Grund, dass ein sehr großer Teil der Frankfurter Szene eben nicht nur von Sucht, sondern auch von Wohnungslosigkeit betroffen ist, das macht die Arbeit nicht einfacher. Um vielleicht noch einmal etwas ganz Aktuelles zu sagen, zur Entlastung des öffentlichen Raums gibt es momentan Überlegungen, einen Express-Crack-Raum einzurichten. Das heißt also wirklich Stein vorzeigen, Stein wegrauchen, Raum verlassen. Das ist im Moment in der Planung, aber da gibt es noch einige Hürden zu überwinden. So ein Betrieb ist unter den Vorgaben der hessischen Konsumraumverordnung bzw. des § 10a BtMG eigentlich nicht so einfach zu legalisieren. Trotzdem ist das der relativ neueste Stand der aktuellen Diskussion. Therapeutische Ansätze gibt es leider keine. Es gibt Untersuchungen, die einmal daraufhin gedeutet haben, dass Cannabis bei Crack Craving helfen könnte, das ist aber nicht in Sicht für die Praxis. Ansonsten

gibt es nichts, es war letztens der Fachtag crack in Frankfurt, da wurde von Kollegen der Schweiz alle möglichen therapeutischen Ansätze vorgestellt, geholfen hat nichts, außer, oh Wunder, eine hohe Dosis an Amphetaminen.

Insofern kann ich niemandem große Hoffnung machen, zu sagen „macht es wie wir“, kann ich leider auch aus Frankfurt nicht mitbringen. Aber es hat sich zumindest der Fokus weg von „wer konsumiert hier eigentlich?“ hin zum Versuch verändert, ressourcenorientiert zu denken und zu arbeiten. Es ist zu sagen, dass Crackkonsum mit Sicherheit ein großer Teil des Problems ist, aber nicht der einzige. Und so versuchen wir das zu lösen, was wir lösen können.

Aber noch eine Sache zum Konsum: Ja es stimmt, Crack wird erworben und das möchte man am liebsten so schnell wie möglich konsumieren, das passiert auch in der Regel. Trotzdem haben wir mit unseren vier inhalativen Plätzen eine volle Auslastung. Das heißt, wir mussten die Inhalationsdauer auf 30 Minuten strikt begrenzen, und es gibt wirklich Leute, gerade ältere Konsument*innen, die sich anmelden, die auch geduldig eine halbe Stunde warten, bis ein Platz frei wird. Weil es ihnen auf der Szene zu stressig ist. Zu stressig zum einen und zum anderen auch zu gefährlich.

Es ist also nicht so, dass Konsumangebote bei uns grundsätzlich nicht angenommen werden nur, ist es die Sache, wie niedrigschwellig kann man es gestalten? Wie schafft man es, die Leute in die Einrichtung zu holen? Ich glaube, das ist die größte Herausforderung und das ist auch die Herausforderung für die Streetworker, im Prinzip die Szene wieder mehr zu mobilisieren, die Einrichtungen zu nutzen. Wir müssen uns dann auch überlegen, wie wir unsere Angebote ansprechend machen, dass sie auch dann gerne genutzt werden. Auch wenn manchmal damit verbunden ist, dass man warten muss.

Vielen Dank.

Krisen und gesellschaftlicher Wandel: Einflussfaktoren auf Konsummotive und Konsumbedingungen in offenen Drogenszenen



Prof Dr. Daniel Deimel
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen
d.deimel@katho-nrw.de

Auf den folgenden Seiten finden Sie Auszüge aus dem Vortrag von Herrn Prof Dr. Daniel Deimel. Die gesamte Präsentation können Sie [hier*](#) einsehen.

Lebensbedingungen von Heroinkonsument*innen bzw. polyvalent konsumierenden Menschen: das sind Menschen, die multitorbid sind, die ganz viele Vulnerabilitätsfaktoren aufweisen: körperliche und psychische Erkrankungen tauchen oft auf, von schweren Traumatisierungen, häufig auch von frühkindlicher Traumatisierung, sind sie deutlich öfter betroffen, als es in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Sie sind vulnerabel, was Infektionskrankheiten wie Hepatitis C und HIV angeht, es gibt Erfahrungen von Drogenüberdosierungen und dadurch eine erhöhte Sterblichkeit, aber auch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen sind häufig schlechter als in der allgemeinen Bevölkerung: niedriger Bildungsstand, höhere Arbeitslosigkeit, Woh-

nungslosigkeit, Gewalterfahrungen und so weiter - wir haben es mit Adressat*innen zu tun, die auf unterschiedlichste Weise hochgradig belastet sind.

Niedrigschwellige Suchthilfe & Nutzer*innen

Lebenssituation Opioidabhängiger (Deimel 2013 & 2015, RKI 2016)



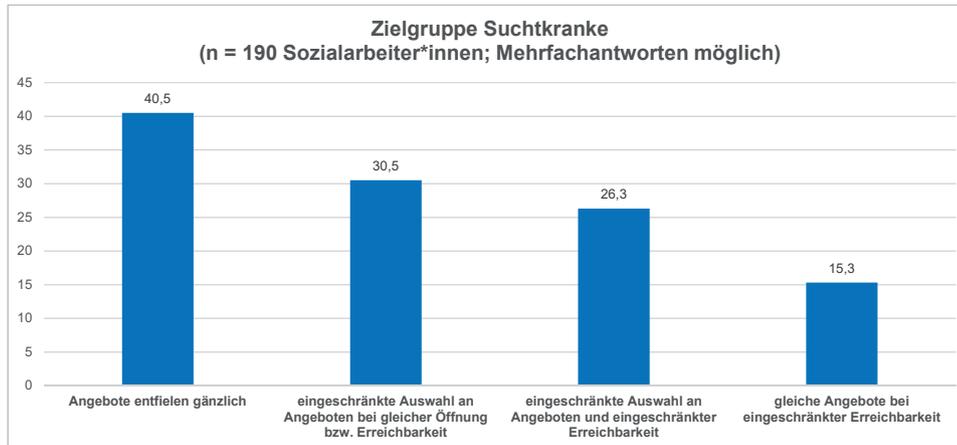
Deimel, D. (2013). Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinische Sozialarbeit. Marburg: Tectum.
 Deimel (2015). Die Psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger – Implikationen für die Klinische Sozialarbeit. Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 4(1): 54-63.
 Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin.

Es ist wichtig, in der fachlichen Diskussion diese einzelnen Faktoren zu berücksichtigen, denn sie interagieren miteinander, sie verstärken sich gegenseitig: Hier spricht man im anglo-amerikanischen Raum von der „Syndemie - Produktion“, das ist ein Kunstwort, was das Zusammenspiel von Erkrankungen mit sozialen Aspekten beschreibt, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen, oft sozial randständigen Menschen hat. Das Konzept der Syndemie - Produktion sollte auch in Deutschland aus meiner Sicht stärker berücksichtigt werden als Erklärungsmuster der sich gegenseitig verstärkenden Vulnerabilitätsfaktoren genau für unsere Zielgruppe.

*https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Vortrag_Prof.Deimel.pdf

Empirische Befunde: Auswirkungen Pandemie auf die Suchthilfe

DVSG Mitgliederbefragung, n = 731 (Köhler & Deimel 2022)



Cosanne, E., Deimel, D., Dettmers, S., Köhler, T. (2022). Welche Folgen hat die Pandemie? Blick auf Einrichtungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit – Ergebnisse der DVSG-Online-Befragung 2021. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 27(1): 10-14.
Köhler, T., Deimel, D. (2022). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit: Erkenntnisse aus der Wissenschaft. Vortrag am 10.11.2022 auf dem DVSG Bundeskongress in Kassel.

Wir haben uns in unserer Forschungsgruppe genauer angeguckt, welche Auswirkungen Covid-19 auf unserer Zielgruppe gehabt hat. Eine US-amerikanische Arbeitsgruppe (Zolopa et al., 2021) hat am Anfang der Corona-Pandemie 2020 Vorhersagen getroffen, welche Auswirkungen die Pandemie auf Menschen haben könnte. Die Arbeitsgruppe hat Metaanalysen auf der Grundlage vergangener „big events“, also Katastrophenereignissen, durchgeführt und die Folgen für die niedrigschwellige Suchthilfe beschrieben. Diese wurden für die Corona-Pandemie abgeleitet:

Eine Annahme war, es durch eine Pandemie zum Erliegen von Handelsketten kommen könnte, dass dann auch der Drogenhandel gestört sei. Mit der Folge, dass die Verfügbarkeit von Substanzen eingeschränkt ist, das es gegebenenfalls auch zu mehr Gewalt und Kriminalität kommt. Diese Situation hätte zur Folge,

dass es mehr Verunreinigungen der Substanzen geben könnte, und das würde auch zu vermehrten tödlichen oder nicht-tödlichen Überdosierungen führen. Diese Annahme fußte auf einem Ereignis in Australien, wo eine Zeitlang Opioide nicht verfügbar waren und das diese Folgen hatte, es ist also nicht aus dem luftleeren Raum gegriffen. Gleichzeitig hat die Drogenverfügbarkeit eine Folge auf die Drogenkonsummuster, also welche Drogen der Wahl sind verfügbar, wie viel wird konsumiert. Das wiederum hat Auswirkungen auf das Risikoverhalten bei Injektionen und somit auch auf die Inzidenz von Infektionserkrankungen.

Gleichzeitig wurde der Pandemie ein Einfluss auf psychische Belastungsfaktoren unterstellt, was sich inzwischen ja bewahrheitet hat.

In Bezug auf den Faktor „Physische Distanzierung“, also die Frage, wie die Kapazität nutzbar ist, wenn es Kontakteinschränkungen gibt, hat es Auswirkungen auf den Leistungsumfang, wie z.B. Spritzentausch, Zugang zu Drogenkonsumräumen, Zugang zur Substitutionsbehandlung. Gibt es hier Einschränkungen, hat das wiederum Auswirkungen auf Faktoren wie Entzug und Substitutionsabbruch oder auch tödliche oder nicht-tödliche Überdosierungen.

Soweit die Analyse der US-amerikanischen Arbeitsgruppe nach Zolopa et al. (siehe Folie 7, „Covid-19, Substanzkonsum und Harm Reduction“, abrufbar unter https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Vortrag_Prof.Deimel.pdf), nun schauen wir uns an, was in der Wirklichkeit passiert ist durch die Pande-

mie: Wir haben für die DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) im Zuge der Pandemie eine Mitgliederbefragung organisiert, bei der 730 Sozialarbeiter*innen dazu befragt wurden, welche Folge die Pandemie auf ihre Arbeit hatte. Auf der Abbildung sieht man die Daten von den Menschen, die in der Suchtkrankenhilfe tätig sind, 190 Personen. 40,5% gaben an, dass die Angebote der Einrichtungen gänzlich entfielen, bei 30,5 % gab es eine eingeschränkte Auswahl an Angeboten bei gleicher Öffnungszeit bzw. Erreichbarkeit. Bei 26% war die Auswahl an Angeboten und auch die Erreichbarkeit eingeschränkt. Der Grundtenor zeigt, dass die professionelle Suchthilfe während der Pandemie unter massiver Belastung stand und dass eine deutlich geringere Verfügbarkeit von Leistungen vorhanden war.

Antibiotika und Kinderfiebertmittel und so weiter – aber die Versorgung der Drogenkartelle war jederzeit gewährleistet. Es gibt Abwasseranalysen aus Deutschland und der Schweiz, die das bestätigen – keine Konsumeinbrüche. Es gab während der Pandemie keine Unterschiede in Bezug auf Angebot, Preis und Reinheit von Heroin und Kokain. Alle Substanzen waren jederzeit verfügbar und wurden auch gleich viel wie vorher konsumiert.

Kolleg*innen aus der Schweiz aus dem Drug Checking berichten, dass auch in den Sperr- und Ausgangsbeschränkungen, wo keine Partys stattgefunden, Party Drogen getestet und konsumiert wurden. Wenn man die Prognose von Zolopa und anderen sieht, kann man eigentlich von Glück sagen, dass es einen stabilen Drogenmarkt gab, denn wäre die Versorgung mit Drogen einge-

brochen, hätte dies vermutlich noch weitreichendere Folgen zum einen für die Menschen mit Substanzkonsumstörung, zum anderen auch für die ganze Gesellschaft hinsichtlich einer Zunahme von Gewalt und Kriminalität.

Empirische Befunde: Drogenverfügbarkeit

„Der Drogenmarkt hat den durch die Pandemie verursachten Störungen in bemerkenswerter Weise standgehalten.“

(EMCDDA 2021)

Deutschland und die Schweiz: Keine Unterschiede in Bezug auf das Angebot, Preis und Reinheit von Heroin und Kokain.

(Gaume et al. 2021, Scherbaum, et al. 2021)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2021). European Drug Report 2021: Trends and Developments. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Gaume, J., Schmutz, E., Daeppen, J.-B., & Zobel, F. (2021). Evolution of the Illegal Substances Market and Substance Users' Social Situation and Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Art. 9.

Scherbaum, N., Bonnet, U., Häfermann, H., Schifano, F., Bender, S., Grigoleit, T., Kuhn, J., Nyhuis, P., Preuss, U. W., Reymann, G., Schneider, U., Shibata, J., & Specka, M. (2021). Availability of Illegal Drugs During the COVID-19 Pandemic in Western Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Der Drogenmarkt war von der Corona-Pandemie interessanterweise überhaupt nicht beeinflusst. Irgendwelche Schiffe lagen im Suezkanal quer, irgendwelche Computerchips kamen nicht an, es gab Probleme in der Versorgung von Medikamenten wie

Auswirkungen der Pandemie / Lockdown auf Konsument*innen & die Suchthilfe

Direkte Folgen für Konsument*innen

Wegfall von Einkommensquellen
 Unsicherheit in Bezug auf das Virus / Pandemie
 Fehlender Ruhe- und Schutzraum für obdachlose Menschen
 Verstärkte Stigmatisierung und Ausgrenzung
 Veränderte Konsummuster: extremere Formen, „Dicht machen“

Folgen für den Drogenmarkt

Keine Auswirkungen auf den Drogenmarkt / Verfügbarkeit von Drogen auf der Szene

Folgen für die Suchthilfe

Schließung von Angeboten (Kontaktstellen, Notschlafstellen, Drogenkonsumraum)
 Verlagertes, reduziertes Angebot (auf der Straße)
 Eingeschränkte medizinische Versorgung
 Erschwerter Zugang zu Behörden / Vermittlung in weitere Hilfen
 Keine Einschränkungen bei der Substitution / BtMVV wurde modifiziert

Umgang mit der Pandemie

Organisation von Hilfen unter veränderten Bedingungen
 Sehr hoher Arbeitsaufwand für Mitarbeiter*innen im Einzelfall
 Erschwerter Zugang zu Schutzausrüstung
 Teilweise gute Kooperation im Hilfsnetzwerk (Suchthilfe, Feuerwehr, Stadt)
 Neue Angebote: z.B. Toiletten- & Duschcontainer
 Eigene Impfkampagne für Konsument*innen

Die Folgen für den Drogenmarkt habe ich schon genannt, es gab keine Auswirkungen auf den Drogenmarkt, es war jederzeit jede Droge auf der Szene verfügbar.

Folgen für die Suchthilfe waren ebenfalls zahlreich durch die Pandemie bzw. den Lockdown: Es gab Schließungen von niedrigschwelligen Angeboten wie Kontaktstellen, Notschlafstellen, Drogenkonsumräumen, sie konnten zumindest nicht mehr im vollen Umfang betrieben werden. Es gab zum Teil ein verlagertes, reduziertes Angebot hin auf die Straße, also mehr Streetwork, mehr Spritzentausch auf der Straße. Es gab eine oft sehr eingeschränkte medizinische Versorgung, auch einen erschwerten Zugang zu Behörden bzw. eine Einschränkung in der Vermittlung in weitere Hilfen, weil Ämter nicht

Werse, B., Klaus, L. (2020). Corona, 'harte' Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. *Sucht*, 66(5): 278-285. DOI: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000681>

Was sich aber zeigt ist, dass es einen Wegfall von Einkommensquellen gegeben hat für die Konsument*innen, beispielsweise waren keine Pfandflaschen mehr zu finden im Straßenbild, Prostitution und kleinere Diebstähle waren nicht mehr möglich. Es gab außerdem eine große Unsicherheit in Bezug auf das Virus und die ganze Pandemie, auch diese Menschen machten sich natürlich Sorgen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit.

Eine deutliche Folge der Pandemie war das Fehlen von Ruhe- und Schutzräumen für obdachlose Menschen, es gab eine verstärkte Stigmatisierung und Ausgrenzung, denn diese Menschen, die dann im öffentlichen Raum unterwegs waren, wurden noch mal stärker sichtbar und konnten nicht mehr in der großen Menge verschwinden. Außerdem waren veränderte Konsummuster zu beobachten, es gab wesentlich extremere Formen des Konsums, die Personen haben sich „dicht gemacht“, um dem Alltag zu entfliehen.

kontaktierbar waren und all das, was in der Hilfevermittlung eigentlich kommen müsste und gerade für diese Menschen total wichtig ist, hat zum Teil gar nicht mehr funktioniert.

Wir können von Glück sagen, dass die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) relativ schnell modifiziert wurde, dadurch gab es in Bezug auf die Substitution zum Glück keine Einschränkungen, z.B. wurde das Take Home niedrigschwelliger ermöglicht, was die Behandlung zumindest für Personen, die in Substitutionstherapie waren, abgesichert hat. Das Hilfesystem stand vor großen Herausforderungen, wie in der Pandemie mit den Angeboten umgegangen werden musste: Die Organisation von Hilfen unter veränderten Bedingungen war gefordert. Das war ein sehr hoher Aufwand für die Mitarbeitenden, für den Einzelfall musste ein deutlich höherer Arbeitsaufwand eingepreist werden, um die Hilfe durchzuführen.

Aber auch der Zugang zu Schutzausrüstungen, gerade am Anfang der Pandemie, war für die Mitarbeitenden wirklich erschwert. Es hat auf der anderen Seite aber auch gute Kooperationen im Hilfenetzwerk gegeben, auf kommunaler Ebene wurde das so beschrieben, dass neue Angebote installiert wurden, wie zum Beispiel Toiletten oder Duschcontainer im öffentlichen Raum, oder auch eine eigene Impfkampagne für Konsument*innen, weil die natürlich auch besonders vulnerabel sind für schwere Covid-Verläufe. Menschen, die eine Opioidabhängigkeit aufweisen, hatten ein zehnfach erhöhtes Risiko, einen schweren Covid-Verlauf zu erleiden und waren demzufolge eine Hochrisikogruppe.

Eine eigene Untersuchung zeigte, dass vulnerable Zielgruppen im Lockdown psychisch belasteter waren. Zu einer Risikogruppe für schwere Covid-Verläufe zu gehören, hat eine große Auswirkung auf die mentale Gesundheit, und ging einher mit einer erhöhten Betroffenheit von Depression, verstärkten Sorgen um die eigene Gesundheit, stärkeren Ausbildung von Ängsten oder Einsamkeit.

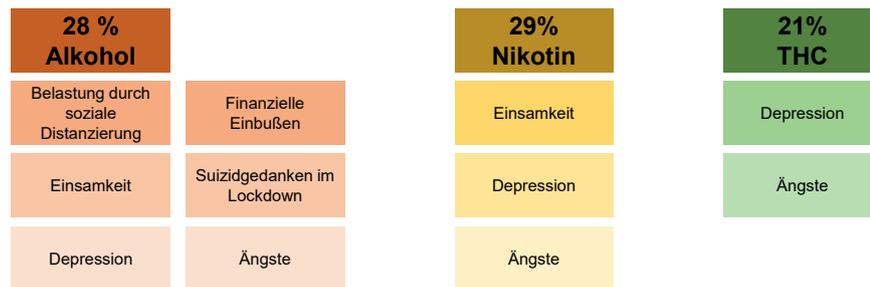
Wir haben uns dann in einer weiteren Untersuchung angeschaut, welche Folgen der Pandemie auf die Emotionsregulation und auf den Substanzkonsum es gibt. Das sind nicht nur opioidabhängige Personen, sondern es handelt sich um eine Querschnittsbefragung der Allgemeinbevölkerung. Man sieht, wir haben hier ungefähr ein Drittel derer, die wir befragt haben, die während des ersten Lockdowns einen Anstieg des Alkoholkon-

Empirische Befunde: Psychische Belastung und Substanzkonsum.

Corona-Survey, n = 2.369 (Deimel et al. 2022b)

Gestiegener Substanzkonsum als dysfunktionale Emotionsregulation.

Depressive Symptome (PHQ 9)	25.9%
Generalisierte Ängste (GAD-7)	23.3%
Einsamkeit	23.3%
Suizidgedanken während des Lockdown (3 mal oder häufiger)	7.8%



Deimel, D., Firk, C., Stöver, H., Hees, N., Scherbaum, N., Fleißner, S. (2022). Substance use and mental health during the first lockdown of COVID-19 in Germany: results of a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19): 12801. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912801>

sums verzeichnen. 29% derer, die vorher auch schon geraucht haben, zeigen einen Anstieg des Nikotinkonsums. 21% haben ihren THC-Konsum gesteigert. Wir haben uns dann angeschaut, womit das zusammenhängt und man sieht, das hat sehr viel mit Belastungsfaktoren zu tun wie Soziale Distanzierung, finanzielle Einbußen, Einsamkeitserfahrungen, aber eben auch Depression und Ängste.

Daher war unsere Interpretation, dass der gestiegene Substanzkonsum als eine Form der dysfunktionalen Emotionsregulation zu verstehen ist. Für unsere Zielgruppe hier könnte das bedeuten, dass es in der Pandemie sehr attraktiv wurde, sich stärker „dicht“ zu machen, also auf ein anderes Konsummuster zu gehen oder bestimmte andere Substanzen auch einmal auszuprobieren.

Was sehen wir sonst noch im Zuge der Pandemie? Wir haben einen Anstieg der Drogen-Todesfälle um ca. 30% zwischen 2019

und 2021 im Bundesgebiet, das sind 428 tote Menschen mehr im Bundesmittel. Auch in Nordrhein-Westfalen gibt es eine höhere Zahl an Drogentodesfällen. Wir können keine Kausalitäten herstellen, aber man sieht im Zeitverlauf eine Verbindung zumindest auf der zeitlichen Ebene. Die Menschen, die aufgrund des Substanzkonsums gestorben sind, sind überwiegend Menschen, die aufgrund des Opioidkonsums gestorben sind.

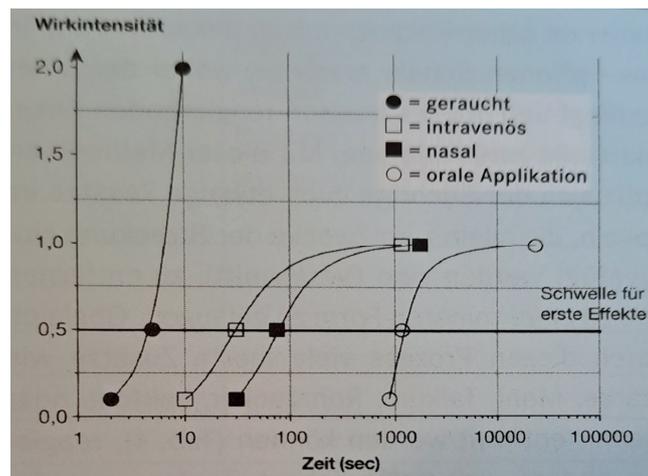
Weiterhin sehen wir, dass es während der Pandemie einen deutlichen Rückgang an Testangeboten für HIV und Hepatitis gegeben hat. Viele Gesundheitsämter haben ihr Personal abgezogen, es hat keine HIV-Testung mehr gegeben. Das sieht man jetzt daran, dass z.B. die Anzahl der HIV Neuinfektionen gesunken ist, das RKI weist aber darauf hin, dass man gar nicht weiß, ob das tatsächlich so ist, oder ob es einfach mehr Dunkelfeld gibt. Man sieht jetzt in neueren Berichten auf der klinischen Ebene, z.B. vom HIV Versorgungszentrum in Bonn, dass die Menschen, die dort in die Klinik kommen und HIV positiv getestet werden, deutlich stärker und mit Spätdiagnosen behaftet sind, wir haben da im Prinzip häufiger schon das Vollbild AIDS und bereits weiter fortgeschrittene HIV-Infektionen. Man kann sagen, da läuft ein Anstieg einer anderen Pandemie bzw. Epidemie im Dunkelfeld nach, dies ist hochproblematisch. Wir wissen vermutlich erst in ein paar Jahren, wie sich die tatsächlichen Zahlen in Wirklichkeit abbilden.

Parallel zu diesen Entwicklungen haben wir seit 2026 einen massiven Anstieg in der Verfügbarkeit von Kokain in Europa. Der Preis ist stabil, der Reinheitsgrad ist gestiegen.

Wir haben eine Krisensituation mit großen Belastungen, eine hohe Verfügbarkeit einer sehr reinen Substanz, die relativ günstig zu bekommen ist und Menschen, die hochvulnerabel sind. Die Dinge hängen aus meiner Sicht sehr stark mit der besprochenen Entwicklung des steigenden Crack-Konsums zusammen.

Crack: Wirkintensität

Unterschiedlicher Wirkungsanschlag und Wirkintensität bei verschiedenen Applikationsformen von Kokain.



Freye, E. (2014). Kokain Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Was macht den Unterschied bei der Konsumform von Kokain? Das sieht man in dieser Abbildung: Die drei rechten Graphen zeigen die intravenöse, die nasale und die orale Applikation.

Sie sehen, dass es eine gewisse Verzögerung zwischen 10 und 1000 Sekunden gibt, bis das Kokain überhaupt wirkt. Dabei ist die Wirkintensität relativ gemäßigt. Im Vergleich zur ersten Kurve, die geht senkrecht nach oben, es dauert nur ein bis zwei Sekunden, da ist der erste Wirkeintritt da, und ebbt dann auch relativ schnell wieder ab, das ist Crack. Das ist der Unterschied in der Wirkung bei den verschiedenen Applikationsformen.

Kokain/Crack: Folgeschäden

Akute Folgeschäden

- Epileptische Anfälle
- Verbrennungen im Nasen-Rachen-Bereich und der Lunge

Körperliche Folgeschäden

- Schwächung von Immunsystem, Blutgefäße, Nerven, Leber, Herz und Nieren
- Zahnschäden durch Calciumentzug
- Starker Gewichtsverlust
- „Cracklung“ durch Ascheablagerungen in der Lunge

Psychische Folgeschäden

- Depression mit aggressiv-reizbarer Stimmung, Angst und Verwirrtheit
- Schlafstörungen
- Impotenz
- Antriebs- und Konzentrationsstörungen,
- innere Unruhe, innere Leere
- Persönlichkeitsveränderungen
Kokainpsychose mit paranoiden Wahnvorstellungen und Halluzinationen

DHS (o.J.). Die Sucht und ihre Stoffe. Kokain, Crack, Freebase.
Höfelbarth, S. (2014). Crack, Freebase, Stein. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer.

Fazit

1. Gesellschaftliche Krisen haben einen direkten Einfluss auf die Situation von (drogenkonsumierenden) Menschen.
2. Syndemie-Ansatz: Krankheiten und Vulnerabilitätsfaktoren interagieren miteinander und verstärken sich gegenseitig.
3. Hohe Verfügbarkeit und Reinheitsgrad des Kokains treffen auf eine akut stark belastete Personengruppe: Ausbreitung des Crack-Konsums.
4. Körperliche und soziale Verelendung der Konsument*innen nehmen zu.
5. Hohe Anforderungen für Mitarbeitende der Suchthilfe:
 - Hohe Belastungen durch Bewältigung der Corona-Pandemie
 - Hohe Anforderungen durch Klient*innen mit Migrations-Hintergrund
 - Stark belastete und verelendete Klient*innen
 - Geringere Ressourcenlage (Fachkräftemangel)

- Cosanne, E., Deimel, D., Dettmers, S., Köhler, T. (2022). Welche Folgen hat die Pandemie? Blick auf Einrichtungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit – Ergebnisse der DVSG-Online-Befragung 2021. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 27(1): 10-14.
- Deimel, D. (2013). Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. *Praxis Klinischer Sozialarbeit*. Marburg: Tectum.
- Deimel (2015). Die Psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger – Implikationen für die Klinische Sozialarbeit. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4(1): 54-63.
- Deimel, D., Firk, C., Stöver, H., Hees, N., Scherbaum, N., Fleißner, S. (2022). Substance use and mental health during the first lockdown of COVID-19 in Germany: results of a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19): 12801. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912801>
- Deimel, D., Köhler, T., Dyba, J., Graf, N., Firck, C. (2022). Mental health of COVID-19 risk groups during the Corona pandemic lockdown in Germany: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 22, 1187. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13593-z>
- Deimel, D., Moesgen, D. (2024). Phänomenologie und Ätiologie von Substanzgebrauchsstörungen. In: Deimel, D., Moesgen, D., Schecke, H. (Hg.) *Soziale Arbeit in der Suchthilfe*. Lehrbuch. Stuttgart: UTB. Im Erscheinen
- DHS (o.J.). Die Sucht und ihre Stoffe. Kokain, Crack, Freebase.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2021). *European Drug Report 2021: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Freye, E. (2014). *Kokain Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gaume, J., Schmutz, E., Daepfen, J.-B., & Zobel, F. (2021). Evolution of the Illegal Substances Market and Substance Users' Social Situation and Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), Art. 9.
- Höfelbarth, S. (2014). *Crack, Freebase, Stein*. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer
- Kielholz, P.; Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Köhler, T., Deimel, D. (2022). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit: Erkenntnisse aus der Wissenschaft. Vortrag am 10.11.2022 auf dem DVSG Bundeskongress in Kassel.
- Robert Koch-Institut (2016). *Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)*, Berlin.
- Scherbaum, N., Bonnet, U., Hafermann, H., Schifano, F., Bender, S., Grigoleit, T., Kuhn, J., Nyhuis, P., Preuss, U. W., Reymann, G., Schneider, U., Shibata, J., & Specka, M. (2021). Availability of Illegal Drugs During the COVID-19 Pandemic in Western Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Wang, Q.Q., Kaelber, D.C., Xu, R. et al. (2021). COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry* 26, 30–39. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00880-7>
- Werse, B., Klaus, L. (2020). Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung, *Sucht*, 66(5): 278-285. DOI: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000681>
- Zolopa, C., Hoj, S., Bruneau, J., Meeson, J. S., Minoyan, N., Raynault, M. F., Makarenko, I., & Larney, S. (2021). A rapid review of the impacts of „Big Events „ on risks, harms, and service delivery among people who use drugs: Implications for responding to COVID-19. *The International Journal on Drug Policy*, 92, 103127. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103127>

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Aachen

d.deimel@katho-nrw.de

Moderierter Fachaustausch

Veränderungen in der Drogenszene – Konsequenzen für das Hilfesystem

Nach dem ersten Teil wurden die digitalen Teilnehmenden verabschiedet und die analogen Teilnehmenden hatten eine Pause. Anschließend gingen die Teilnehmenden in Arbeitsgruppen in einen 90-minütigen „Gedanken-Parcours“ und beschäftigten sich mit den folgenden 3 Hauptfragen:

Welche Veränderungsschritte sind jetzt schon realistisch und machbar in Ihrem Verantwortungsbereich?

- Was können Sie ohne Weiteres umsetzen?
- Welche kleinen Schritte sind bereits möglich?

Denken Sie innovativ. Die Drogenhilfe NRW ist ein „Ponyhof“....

- Was wäre visionär hilfreich, um dem Wandel professionell zu begegnen?

Welche Wünsche/ Anregungen ergeben sich für Sie konkret an

- Suchtkooperation NRW
- Kommunen
- MAGS NRW

1. Frage

Welche Veränderungsschritte sind jetzt schon realistisch und machbar in **Ihrem** Verantwortungsbereich?

- Was können Sie ohne Weiteres umsetzen?
- Welche kleinen Schritte sind bereits möglich?



- Partizipation/Teilhabe/ Kontaktaufnahme/ Erfahrung Klientel berücksichtigen: Bedürfnisse erfragen „Was brauchst du eigentlich?“



- DKR: Nutzungsdauer begrenzen, damit mehr Menschen den Raum nutzen können, Zulassungsbeschränkungen reduzieren, mehr Raucherplätze zur Verfügung stellen/planen

- mehr Netzwerkarbeit/ Austausch auch mit anderen Arbeitsfeldern, Dialog vor Ort (Quartier), Kooperationspartner*innen suchen, Netzwerkarbeit, bessere Verzahnung der Schnittstellenthemen Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe und Psychiatrie

- Sensibilisierung für das Thema bei Klientel, vermehrt Streetwork, Aufklärung: Übersetzung, Transparenz „Was ist Crack eigentlich?“, vorhandene Materialien nutzen, Psychoedukation, Wording verändern: Kokain inhalativ= Crack Konsum

- Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation/ Imagewandel anstoßen : Gesellschaft, Kommune, Behörden, Lobby für soziale Arbeit: Wir sind die Expert*innen

- Erfahrungsaustausch, Fachaustausch, kooperativer Austausch

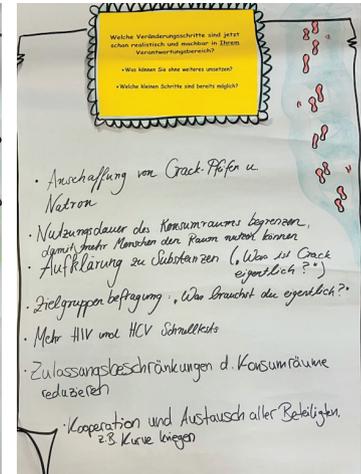
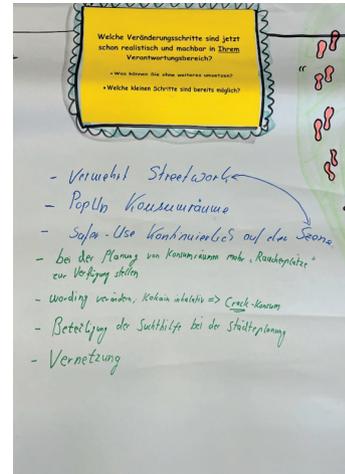
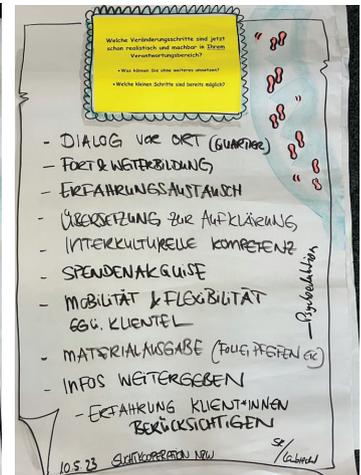
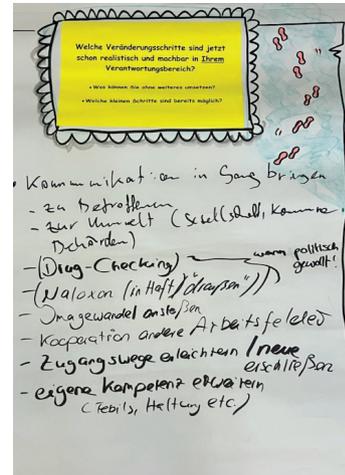
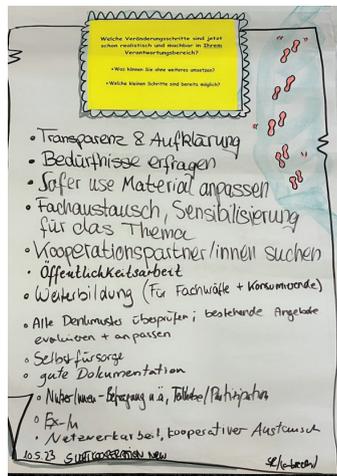


- Safer Use: kontinuierliche Materialausgabe/-anpassung (Anschaffung und freie Abgabe Folie, Pfeifen, Natron usw.), Naloxon (in Haft und draußen), Mehr HIV und HCV Schnelltests

- Beteiligung der Suchthilfe bei der Städteplanung: Räume, Treffpunkte, Plätze, Drogenkonsumräume, Vorkaufsrecht der Kommunen bei Immobilien

- Bestehende Angebote evaluieren und anpassen, Zugangswege erleichtern, neue erschließen

- (Hinweis auf) Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte und Konsumierende, eigene Kompetenz erweitern (Haltung), Selbstfürsorge, Interkulturelle Kompetenz erweitern, geschlechtliche und sexuelle Vielfalt berücksichtigen



2. Frage

Denken Sie innovativ. Die Drogenhilfe NRW ist ein „Ponyhof“..... Was wäre visionär hilfreich, um dem Wandel professionell zu begegnen?



■ Bessere personelle Ausstattung mit Fachkräften: Therapeut*innen, Psychiater*innen, Streetworker*innen, Sozialarbeiter*innen in Kita/Schule, Jugendarbeit, Kliniken usw. mit besseren Arbeitsbedingungen und besserer Vergütung, Fachkräfte gewinnen und halten, Bessere Ausbildung/ Fortbildung, Suchtmedizinische Grundversorgung in der Ausbildung im Studium als „Pflichtfach“

■ Bessere/ ausreichende/ verbindliche finanzielle Ausstattung der Einrichtungen/ Angebote der Suchthilfe (Mehr mobile Konsumangebote: Mehrere kleine Konsumräume in Kombination mit Beratungsstellen in allen Städten, 24 Stunden geöffnet

■ Politisch und rechtlich ermöglichen: Drug Checking, Mobile Konsumräume, PopUp-Konsumräume, Substitution für Crack/ Kokain

■ Integrierte sozialarbeiterische, psychotherapeutische, medizinische Versorgung im Sozialraum: flächendeckende/ offene/ einladende Angebote und Versorgung



■ Regulierung und Entkriminalisierung, Entkriminalisierung von Substanzen/ vom Eigenbedarf

■ Keine Vertreibung von öffentlichen Plätzen/ Räumen, mehr Toleranzräume

- gesellschaftliche Entstigmatisierung, Förderung akzeptierender Haltung, Imageverbesserung, Informationen über Ursachen einer Suchterkrankung in der Öffentlichkeit teilen

- Anspruch auf kostenfreie und leichterem Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung: Leistungsberechtigung für alle, Therapie für alle, Krankenversicherung für alle, auch in Haft im gesamten Bundesgebiet

- Finanzierung von Behandlungsangeboten für flexible ambulante Therapien, interventionsstrategisch in Abgrenzung zur jetzigen abstinenzorientierten RehaSucht, Wandel in der Suchttherapie: Übergangsmanagement, mehr Plätze, Traumatherapie

- Wohnraum angemessen und bezahlbar für alle, Wohnung weiter bezahlen während Haft, betreute Wohnformen für Wohnungslose ambulant inkl. Tagesangebote, Aufenthaltsbereich, attraktivere Wohnformen für gebrauchende Menschen



Denken Sie intensiv! Die Drogenhilfe NRW ist ein "Ponyhof". Was wäre visionär hilfreich, um den Wandel professionell zu begreifen?

- Bessere Vernetzung auf dem Land
- Lobby für sensible Arbeit
- LaWo mit der Drogenhilfe

Außenwende Finanzierung der Suchthilfe!!!!

Verstärkung der Projekte der Suchthilfe

Zusammenarbeit sind verlässliche Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Trägern

Informationen über die Methoden einer Suchtberatung in der Öffentlichkeit teilen

Vorverkaufsstelle der Kommunen bei Immobilien

PRÄVENTION Ausbleiben der Erben*innen und Ankerplätze verbessern

Verknüpfung von Prävention + Sucht

Fachkräfte gewinnen - halten

Lebenseinstellung

Krankenversicherung für alle!

Entkriminalisierung aller Substanzen

Neu mobile Konsumräume

Tafelräume

Denken Sie intensiv! Die Drogenhilfe NRW ist ein "Ponyhof". Was wäre visionär hilfreich, um den Wandel professionell zu begreifen?

- Regulatorische / Entkriminalisierung
- Suchtmedizinische Grundversorgung in der Arbeitskraft / im Studium als "Pflichtfach", Versorgungs Scharfen, Ds. Kommune
- gesellschaftliche Entstigmatisierung
- Anspruch auf Versorgung (med. / leistungsberechtig.) für alle!
- Öffnungszeiten 24/7
- Substitution für Crack / Kokain

10.5.23 BUNDEKONGRESSION NRW

Denken Sie intensiv! Die Drogenhilfe NRW ist ein "Ponyhof". Was wäre visionär hilfreich, um den Wandel professionell zu begreifen?

- Regulatorische / Entkriminalisierung
- Suchtmedizinische Grundversorgung in der Arbeitskraft / im Studium als "Pflichtfach", Versorgungs Scharfen, Ds. Kommune
- gesellschaftliche Entstigmatisierung
- Anspruch auf Versorgung (med. / leistungsberechtig.) für alle!
- Öffnungszeiten 24/7
- Substitution für Crack / Kokain

10.5.23 ANTIKONGRESSION NRW

Denken Sie intensiv! Die Drogenhilfe NRW ist ein "Ponyhof". Was wäre visionär hilfreich, um den Wandel professionell zu begreifen?

- Forschung
- Legalisierung aller Substanzen
- Marktregulierung
- bessere Versorgung Wohnraum
- Wandel in der Suchthilfe (mehr Plätze, Traumatherapie)
- Wohnraum, bezahlbar, angemessene für alle
- Städteplanung, Räume & Treffpunkte, Plätze, Drogenkonsumräume
- akzeptierende Gesellschaft
- Selbst. Arbeit im Land, Raum, + Konsumräume
- Drogencheckung überall
- Krankenversicherung für jeden, auch in Haft!
- Zugang zu den Sozialsystemen für jeden
- Wohnung weiter bezahlen, auch in Haft
- Rechtsanspruch auf Suchthilfe / mehr Geld mehr Fachkräfte

Äquivalenzprinzip

besseres Image der Suchthilfe

mehr Ressourcen & Prävention

Entstigmatisierung v. Drogengebräuchern

geschlechtliche + sexuelle Vielfalt berücksichtigen

Barmherzigkeit & Pflege

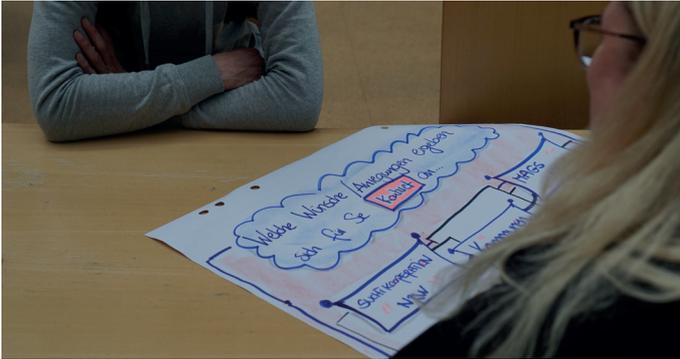
Denken Sie intensiv! Die Drogenhilfe NRW ist ein "Ponyhof". Was wäre visionär hilfreich, um den Wandel professionell zu begreifen?

- persönliche Ressourcen / Ausbildung / Fortbildung
- verbündete Finanzierung
- länderübergreifende / offene / einladende Angebote & Versorgung
- niedrigschwelliger Zugang zum Leistungsangebot + Suchtberatung
- transparentes Hilfesystem / Zugang zu Suchthilfe
- gesetzeskonforme Angebote rund ums Thema Sucht
- inklusive Angebote rund ums Thema Sucht
- mehr mobile Konsumräume / Konsumräume in Kombination mit Beratungsstellen in allen Städten
- 24/7 geöffnet
- ausreichende Dosis (Substitution)
- mehr niedrigschwellige / inklusive Zugang zu allen Suchtberatungsstellen
- Anpassung der Suchttherapie an den Bedarf
- Anpassung der Suchttherapie an den Bedarf

3. Frage

Welche Wünsche/ Anregungen ergeben sich für Sie konkret an

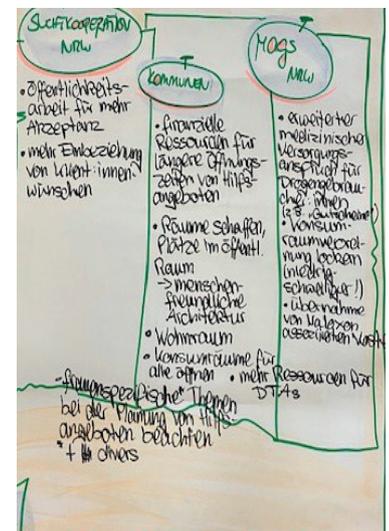
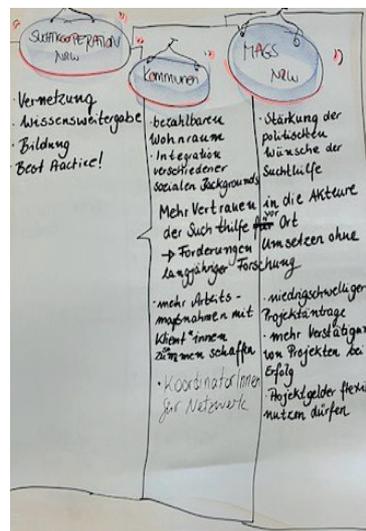
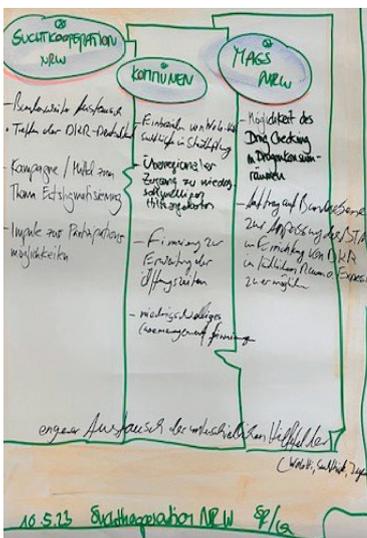
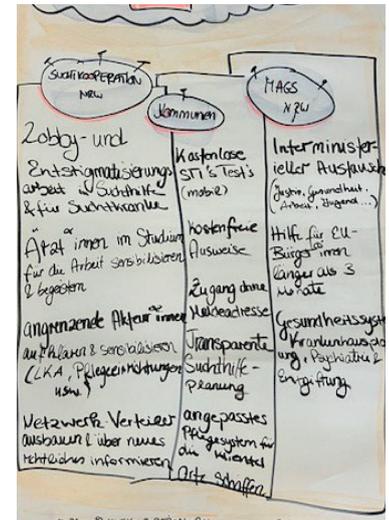
- Suchtkooperation NRW
- Kommunen
- MAGS NRW



Suchtkooperation NRW

- ✎ Förderung der Vernetzung, häufiger Austausch wie heute, Mehr/ regelmäßiger organisierter Austausch
- ✎ Lobby- und Entstigmatisierungsarbeit in Suchthilfe und für Suchtkranke, (Internet-) Kampagne/ Mittel zum Thema Entstigmatisierung, Imageverbesserung
- ✎ Impulse zur Partizipationsmöglichkeiten, mehr Einbeziehung von Klient*innenwünschen
- ✎ Netzwerk-Verteiler ausbauen und über Rechtliches informieren, zentrale Koordination für bessere Vernetzung (Infoaustausch) z.B. Newsletter zum Thema
- ✎ Ärzt*innen im Studium für die Arbeit sensibilisieren und begeistern
- ✎ angrenzende Akteur*innen aufklären und sensibilisieren (LKA, Pflegeeinrichtungen usw.)
- ✎ Mehr Transparenz bei Arbeitsergebnissen und Zuständigkeiten
- ✎ Sammlungen von Materialien, Informationen und beratenden Konzepten für andere Träger usw.

- Mehr Fortbildungen
- Wichtige Schwerpunkte erkennen, veröffentlichen und aufmerksam machen, Wissensweitergabe, Best Practise
- mehr Aufklärung für Menschen (Angestellte, Bedienstete) im Gesundheitssystem (Infektionen, Übertragungswege, Behandlungsmöglichkeiten)
- Bundesweiter Austausch, Treffen der DKR Deutschland
- Landessuchtplan regelmäßiger aktualisieren





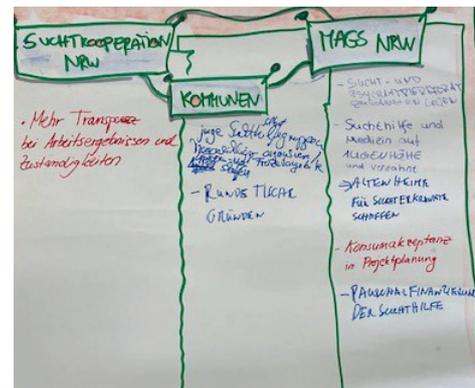
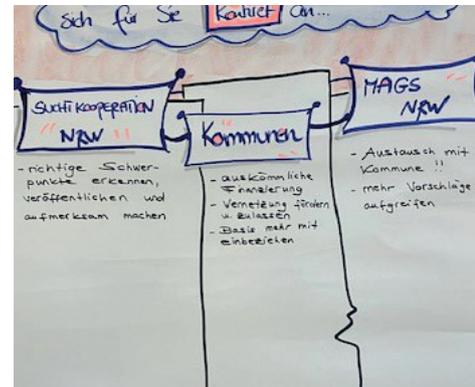
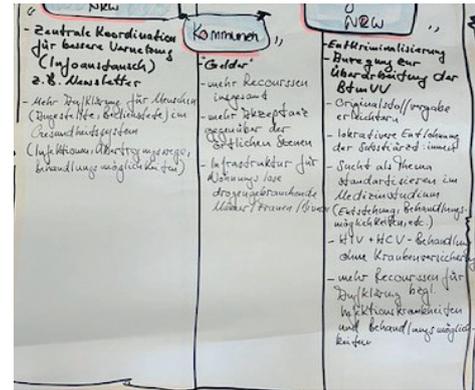
Kommunen

- ✎ Auskömmliche Finanzierung, mehr Ressourcen insgesamt, mehr Akzeptanz gegenüber den örtlichen Szenen
- ✎ Überregionaler Zugang zu niedrigrschwelligigen Hilfeangeboten (ohne Meldeadresse)
- ✎ Finanzielle Ressourcen für längere Öffnungszeiten von niedrigrschwelligigen Hilfsangeboten, für DTA, Kostenlose STI-Tests (mobil), frauenspezifische/ diverse Themen bei der Planung von Hilfsangeboten beachten, Finanzierung von niedrigrschwelligem Casemanagement
- ✎ Infrastruktur für Wohnungslose, drogengebrauchende Männer/ Frauen/Diverse,
- ✎ Bezahlbaren Wohnraum schaffen z.B. durch Beschlagnahmung
- ✎ Bereitstellen von Räumlichkeiten für Konsum, Drogenberatung und Substitution
- ✎ Einbezug von Wohnungslosen- und Suchthilfe- Kriterien in Städteplanung
- ✎ Vertrauensvolles Miteinander zwischen Trägern und Kommunen, runde Tische schaffen, Vernetzung fördern und zulassen, Basis mehr mit einbeziehen, Koordinator*innen für Netzwerke
- ✎ mehr Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung, angepasstes Pflegesystem für die Klientel
- ✎ Arbeitsplätze für Konsument*innen in der Kommune, mehr Arbeitsmaßnahmen mit Klient*innen zusammen schaffen, Gruppen- und Freizeitangebote schaffen
- ✎ Räume schaffen, Plätze im öffentlichen Raum: Menschenfreundliche Architektur, Sichere Orte/ Aufenthaltsmöglichkeiten schaffen
- ✎ Partizipation von Selbstvertretung, Junge Suchtselbsthilfegruppen Drogenabhängiger organisieren
- ✎ Kostenfreie Ausweise
- ✎ Transparente Suchthilfeplanung
- ✎ Verbesserung kostenloser Präventionsarbeit

MAGS NRW

- ✎ Bedarfsgerechte Finanzierung von Suchthilfe, mehr Landesmittel für die Suchthilfe, Pauschalfinanzierung für die Suchthilfe, mehr Fachkräfte
- ✎ Möglichkeiten des Drug Checking in Drogenkonsumräumen
- ✎ Auftrag auf Bundesebene zur Anpassung des BTM zur Errichtung von DKR in ländlichem Raum oder Express-/PopUp-DKR zu ermöglichen
- ✎ Sucht- und Psychiatriereferat zusammen legen, Suchthilfe und Medizin auf Augenhöhe und verzahnt, Sucht als Thema standardisieren im Medizinstudium (Entstehung, Behandlungsmöglichkeiten usw.)
- ✎ Gesundheitssystem, Krankenhausplanung, Psychiatrie und Entgiftung gemeinsam bearbeiten, nicht in den Säulen bleiben
- ✎ Augenmerk auf ländliche Bereiche (Präventionsbusse)
- ✎ niedrigschwelligere Projektanträge, Projektgelder flexibler nutzen dürfen, mehr Verstetigung von Projekten bei Erfolg, Konsumakzeptanz in Projektplanung
- ✎ Mehr Substitutionsärzt*innen und einfacherer Zugang zu allen Mitteln, lukrative Entlohnung der Substitutionsärzt*innen
- ✎ Alten-/Pflegeheime für Suchterkrankte schaffen
- ✎ Konsumraumverordnung lockern (niedrigschwelliger!), Anregung zur Überarbeitung der BtmVV
- ✎ Naloxon-Vergabe erleichtern (Haft und Substitution) und Übernahme von Naloxon-assoziierten Kosten
- ✎ Erlasse zur Anzahl Streetworker*innen und medizinischer Versorgung
- ✎ Interministerieller Austausch (Justiz, Gesundheit, Arbeit, Jugend), Austausch mit Kommune
- ✎ Relation legale vs. illegale Substanzen entsprechend Maßnahmen anpassen

- ✎ Substitutionsleitlinien vereinfachen/ überdenken, Originalstoffvergabe erleichtern
- ✎ Unterricht Drogen/ Sucht an Schulen
- ✎ Hilfe für EU-Bürger*innen länger als 3 Monate
- ✎ Entkriminalisierung des Drogengebrauchs
- ✎ mehr Ressourcen für Aufklärung bzgl. Infektionskrankheiten und Behandlungsmöglichkeiten, HIV und HCV-Behandlung ohne Krankenversicherung
- ✎ erweiterter medizinischer Versorgungsanspruch für Drogengebraucher*innen (z.B. Gutscheine)
- ✎ schnellere Reaktion auf Konsumwandel und gesellschaftliche Entwicklung



Resümee und Ausblick



Melany Richter
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen

Gerne möchte ich meine persönlichen Eindrücke des heutigen Tages mit Ihnen teilen, was bei mir „hängen geblieben“ ist und auch, was ich mitnehme.

Denn einen Ausblick an dieser Stelle zu skizzieren, ist sehr schwierig – müssen sich die vielen Inhalte und Impulse doch zunächst sortieren.

Bevor ich aber anfangen möchte, möchte ich mich erst einmal ganz herzlich bei den Organisator*innen bedanken, die uns einen super Fachtag hingezaubert haben.

Vielen Dank an den Arbeitskreis Drogenkonsumräume in NRW, an die Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW, an die tollen Referenten, und vielen Dank an die tollen Moderatorinnen.

Wichtig finde ich es auch, mich bei Ihnen allen zu bedanken, denn ohne Sie und Ihren Input hätte dieser Fachtag auch nur die Hälfte gebracht.

Gestartet sind wir mit wertvollen Einblicken in die Praxis der Drogenkonsumräume in Köln, Düsseldorf und Frankfurt. Vielen Dank dafür!

Und natürlich auch vielen Dank an Herrn Professor Deimel, der unser Wissen mit einem interessanten und aktuellen wissenschaftlichen Input erweitert und uns weitere Gedankenanstöße für die spätere Arbeit übermittelt hat.

Nach den Vorträgen sind wir heute in die Phase der Gruppenarbeit gekommen.

Da gab es zuerst die Arbeitsgruppe, in der erste praktische Schritte und Impulse formuliert werden konnten, die schon jetzt im eigenen Arbeitsalltag und im eigenen Verantwortungsbereich umgesetzt werden können. Stichworte wie Aufklärung der Zielgruppe über Crack oder Drug Checking verstärken oder überhaupt erst einmal in NRW ermöglichen sind dort gefallen. Es wurde angeregt, im Umgang mit Naloxon zu schulen, sowohl diejenigen, die in den Drogenkonsumräumen arbeiten, als auch die Drogenkonsumierenden selbst und deren Angehörige. Ein wichtiger Aspekt wurde hier genannt: die Bedürfnisse der Zielgruppe sind zu erfragen. Das ist ein zentraler Impuls.



In der nächsten Arbeitsgruppe konnten alle einmal Visionen formulieren, was wir machen könnten, wenn wir uns alles wünschen dürften. Da waren auch ganz spannende Aspekte dabei und ich freue mich sehr darauf, dass wir in der Dokumentation da intensiv drauf schauen können, was Ihre ganz persönlichen Wünsche sind.

Natürlich bin ich auch sehr gespannt, welche Anregungen Sie in der dritten Arbeitsgruppe, insbesondere an uns im Ministerium, formuliert haben.



Und ich bin sehr froh, dass ich nicht nur gelesen habe „Wir brauchen mehr Geld“, sondern dass da wirklich einige inhaltliche Impulse standen, die ich total gerne mitnehme. Also vielen Dank an dieser Stelle auch dafür!

Was habe ich heute gelernt? Ich habe jetzt verstanden, dass Kokain und Crack deutlich unterschiedliche Wirkungen im Körper produzieren, obwohl es ja eigentlich dieselbe Substanz ist. Prof. Deimels Schaubild mit den Wirkungsfolgen (siehe Seite 22 „Kokain/ Crack: Folgeschäden“) war dazu sehr eindrücklich, vielen Dank. Ich habe gelernt, dass es in Frankfurt „Steine“ gibt und in NRW Pulver und ich habe mitgenommen, dass es absolut essenziell ist, sich die Lebenssituationen der Zielgruppe sehr genau anzuschauen. Dass es nicht damit getan ist, immer ausschließlich die Abhängigkeitserkrankungen anzugehen, sondern man muss wirklich schauen, in welcher Lebenssituation befinden sich die Menschen, und ihnen an unterschiedlichen Stellen Hilfeangebote machen.

Dann haben wir auch heute das Thema Vernetzung der unterschiedlichen Hilfen erlebt: Ich fand das am Anfang so schön, als wir alle aus den unterschiedlichsten Arbeitszusammenhängen aufgestanden sind und ich gesehen habe, woher Sie alle heute

gekommen sind: aus der Wohnungslosenhilfe, aus der Eingliederungshilfe, aus der Suchtselbsthilfe, das Landeskriminalamt ist hier vertreten, der Justizvollzug und noch so viele andere Schnittstellenbereiche – wunderbar!

Wir haben heute auch erfahren, dass die Wohnungslosenhilfe ein ganz wichtiger Bereich ist. Herr Hasenpflug hatte das in seinem Beitrag ausgesprochen: Die „housing first“-Idee in Frankfurt spielt als ganz wichtiges Thema in diesen Themenkomplex hinein, dass man Menschen erst einmal dazu befähigen muss, und eine Grundlage für sie schaffen muss, dass sie dann die weiteren Hilfen überhaupt annehmen können. Ein Dach über dem Kopf ist so etwas Grundsätzliches und so eine wichtige Basis für alle weiteren Hilfen, dass ich es wirklich ganz gruselig fand, als gesagt wurde, dass die Wartezeit auf eine Wohnung drei Jahre beträgt!

Es ist tatsächlich schwierig, aus dieser Vielfalt an Input, der heute an den entsprechenden Stellen gegeben wurde, einzelne Aspekte weiter herauszustellen oder herauszugreifen. Aber es gibt ein paar Themen für mich persönlich, die ich entscheidend finde, und das ist ausdrücklich eine sehr subjektive Sichtweise und persönliche Auswahl: Wie bereits gesagt, ist der Blick auf die Zielgruppe wichtig, die Vielfältigkeit der Problemlagen der Zielgruppe, und besonders, dass die Zielgruppe mit einbezogen werden muss.

Einen Wunsch von heute möchte ich für den politischen Raum mitnehmen, nämlich, dass der politische Raum die Zielgruppe überhaupt einmal besser verstehen lernt. Manchmal entsteht der Eindruck, da fehlt es noch an der ein oder anderen Stelle an Verständnis, und das ist ein Job, den packe ich mir selber gern in den Rucksack. Ein weiterer Gedanke, den ich während dieser Veranstaltung mitgenommen habe, ist, dass es wichtig ist, die Angebote auch lebensweltnah auszugestalten. Da sind Menschen, die haben Traumata, massive Lebenskrisen erlebt, die hatten vielleicht einen Jobverlust, vielleicht einen Wohnungsverlust, die sind verschuldet, die brauchen wirklich Hilfe an ganz unterschiedlichen Stellen.

Es gibt noch viele weitere Punkte, die man noch ausführen könnte: dass Angebote niedrigschwellig sind, dass man am besten mit Streetworkern auf die Klientel zugeht, sie direkt vor Ort anspricht und auf die Angebote der Konsumräume hinweisen sollte oder Safer Use. Harm reduction und überhaupt die Aufklärung zum Crack, dass Crackkonsument*innen gar nicht unbedingt wissen,

dass sie Crack konsumieren. Oder dass sie sich zumindest nicht als Crackkonsument*innen identifizieren können oder wollen. Hier ist Aufklärung so wichtig!



Wenn ich eine Vision formulieren dürfte, fände ich es charmant, wenn sich Drogenkonsumräume nach und nach zu Drogenhilfezentren weiterentwickeln, die eben nicht nur das Thema Abhängigkeit in den Fokus nehmen, sondern

auch Beschäftigungsmaßnahmen für die Menschen anbieten und gute medizinische Versorgung. Dass gegebenenfalls auch Notschlafmöglichkeiten da wären, das wäre ein toller Entwicklungsschritt. All das funktioniert auch nur dann, wenn man die Nachbarschaft mit ins Boot nimmt, also die Kommunikation in Richtung Entstigmatisierung ist wichtig. Die Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden ist essenziell, dass man dort auch Hand in Hand arbeiten kann.

Ich habe nun viele meiner Gedanken geteilt, aber jetzt ich möchte gerne, dass es Ihre Worte sind, die wir heute zuletzt anschauen und dafür gibt es nun die Wortwolke (gesammelte Rückmeldungen der TN zum heutigen Fachtag).

Vielen Dank!

den heutigen Fachtag aus?

chafflicher input
r zeitumfang
ivenübernahme
gmatisierung
usch fördern
auf ein milieu
it anderen
praxisnah
nd basisnah
ernetzung
crack
gut organisiert
ohnmacht teilen
hoffnung
guter austausch
informativ
haltung
aufschlussreich
guter einblick in scene
psychotisch gäste
vissenserweiterung
natisierung schwer
sehr crack lastig
kollegialer austausch
interessante perspektiven
austausch untersakteure
interessant
gemacht professionel
multiprofessionalität
iedene perspektiven

inhalativer konsum
verschiedene fachbereiche
austausch kooperation
neue erkenntnisse
nicht so klare aufgaben
impulse setzen
gute anregungen
interdisziplinäre arbeit
konsumräume
gute struktur
gute vorträge
wichtiges thema
motivationen
spannend
leerstellen suchthilfe
präsenz mags
netzwerk
anstrengend
kompetenz
der austausch
gute impulse
missstände

Drogenkonsumräume in NRW

Bielefeld
Drogenberatung e.V.
Borsigstraße 13
33602 Bielefeld
Telefon: 0521 96780-80

Köln
SKM e.V.
Bahnhofsvorplatz 2a
50667 Köln
Telefon: 0221 135560

Bochum
Krisenhilfe e.V. Bochum
Viktoriastraße 67
44787 Bochum
Telefon: 0234 96478-15

Köln
Stadt Köln
Lungengasse 8
50676 Köln
Telefon: 0221 221 32843

Bonn
Verein für Gefährdetenilfe e.V.
Quantiusstraße 2a
53115 Bonn
Telefon: 0228 72591-35

Caritasverband für
die Region Krefeld e. V.
Schwertstr. 80
47799 Krefeld
Telefon: 02151 98522 0

Dortmund
aidhilfe dortmund e.v.
Hoher Wall 9-11 /
Nebeneingang Grafenhof
44137 Dortmund
Telefon: 0231 47736990

Münster
INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Telefon: 0251 60123

Düsseldorf
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.
Erkrather Straße 18
40233 Düsseldorf
Telefon: 0211 3014460

Troisdorf
Diakonie Rhein-Sieg
Poststraße 91
53840 Troisdorf
Telefon: 02241 72633

Essen
Suchthilfe direkt Essen gGmbH
Hoffnungstraße 24
45127 Essen
Telefon: 0201 8603-0

Wuppertal
Suchtkrankenhilfe e.V.
Döppersberg 1
42103 Wuppertal
Telefon: 0202 47828-0

