

GZ.:A7-494-01-199/2008

Graz, 25.06.2008

## **Informationsbericht an den Gemeinderat**

**Betreff: Informationsbericht des Suchtkoordinators über den Stand der Umsetzung einer Drogentherapeutischen Anlaufstelle in Graz.**

Die für Graz anvisierte Drogentherapeutische Anlaufstelle (DTA) soll der Versuch sein, zeitlich limitiert einen kontrollierten und reglementierten Applikationsraum, eingebettet in eine niederschwellige Anlaufstelle, evaluiert und begleitet, aber trotzdem benutzerInnenfreundlich im Sinne von möglichst hürdenlosem Zugang der Zielgruppen - samt möglichst administrierbarem und auflagenreduziertem Betrieb, zu betreiben.

Es erscheint nicht zielführend, eine in anderen Ländern als wichtige Ergänzung im Suchthilfesystem gesehene Maßnahme auf Dauer unausprobiert zu wähenen.

Hätten wir vor Jahren die damalige einzuführende Substitution oder niederschwellige Ansätze wie Spritzentausch nicht ermöglicht, stünden wir, was Qualität und Erkrankungsformadäquatheit in der Suchthilfe anbelangt, in einer weitaus prekäreren Situation da als es heute der Fall ist.

Die Umsetzung einer Drogentherapeutischen Anlaufstelle ist viel stärker eine Frage von Grundlagenwissen und Realisierungsbedarf als eine ideologische Angelegenheit, zumal eine DTA nur für eine Normalisierung im Umgang mit drogenkranken Menschen und deren Problemen und als Ergänzung zu anderen Hilfsangeboten gesehen werden muss.

Eine DTA leitet den Konsum in Richtung Kompatibilität von Applikationsmustern und Drogenwahl an und kann und wird diesen auch edukativ „kontrollieren“. Kontrollierbar ist das Drogengeschehen, wie wir es heute kennen, nur rudimentär (offene Szenen verhindern, Verkaufsstrukturen verfolgen, usw.) und es ist nicht davon auszugehen, dass der Risikokonsum an sich verhinderbar ist. Aber ein unbedenklicheres Setting in Bezug auf die unterschiedlichen Risiken kann in Bereichen schon gestaltet werden.

Es geht auch um eine positive Neubewertung der Ziele, die individuell machbar und schaffbar sind (Teilentzüge, vorübergehende Abstinenz, Applikationsmusteränderungen,...) und gerade über eine DTA mitvermittelt und adressatInnengerecht thematisiert werden können und müssen.

Sucht ist kein moralisches Fehlverhalten, sondern eine anerkannte Krankheit und zumeist handelt es sich hierbei um Selbstmedikationen von kranken Menschen (Borderlinestörungen, Angststörungen, u.v.m.), also um ein funktionales Verhalten, um sich Linderung zu verschaffen, um Sehnsüchte zu stillen/zu überdecken, u.v.m.

Es fehlt den Abhängigen nicht generell an Konsequenzen: juristische, soziale, somatische und finanzielle Einengungen werden bewusst oder indirekt in Kauf genommen, was bei legalisierten Drogen viel abgefedert der Fall ist. Bei Alkohol oder Nikotin wird mehr Entscheidungsfreiheit gewährt und geben indizierte und punktuelle Normen als definiert vor. Vergleichsweise werden Abhängige illegaler Substanzen unmündiger und willkürlicher behandelt.

Opiatabhängigkeit ist eines der am schwersten zu behandelnde psychiatrische Zustandsbilder: hohe Komorbidität, z.T. lebenslanger Prozess mit wenig Aussicht auf lebenslange Abstinenz, Behandlungsabbrüche, Rückfälle: Abstinenz für Opiatabhängige ist in manchen Lebensabschnitten erreichbar, in anderen nicht kompatibel.

Wenn wir schon Abhängigkeit dahingehend nicht tolerieren, indem wir sie reaktionslos hinnehmen wollen oder können, sollten zumindest das Leiden, die Beschwerden und die Vernachlässigung der Betroffenen dadurch wenigstens gemindert werden, in dem adäquate medizinische/soziale Begleitung, durch Risikoreduktion für die Betroffenen und auch für den sozialen Kontext/die Öffentlichkeit, stattfindet.

Es braucht demnach Behandlungsalternativen, wie Substitution, Teilentzüge, niederschwellige Drogenhilfe, sozialarbeiterische/psychotherapeutische Begleitung während der Konsumationsphasen, Qualifizierungsmaßnahmen für Abhängige, und selbstverständlich auch Angebote, in denen eines der zentralen Themen in einer nichtabstrakten Art und Weise als Verhalten angenommen werden kann: der Konsumvorgang an sich.

Bis zur Abstinenz kann es oft Jahre bis Jahrzehnte dauern. Der Abstinenzwunsch muss vom Patienten/von der Patientin kommen, sonst funktioniert es nicht, und auch dann muss der Vorgang realistisch sein.

Stabile PatientInnen brauchen vermutlich keine DTA. Aber jene, die in der Drogenszene sozialisiert und eingebunden sind, psychisch nicht stabil oder vorerst nicht stabilisierbar sind, sich vom klassischen Hilfesystem verabschiedet haben, dürfen nicht outgesourcet werden.

Ziel muss es sein, ein gewisses Maß an humanistischem Denken/Mitgefühl an den Tag zu legen und ein undramatisches, langsames Herauswachsen aus drogenspezifischen Lebenskontexten zu ermöglichen und den Betroffenen während dieser Phase ein Mindestmaß an Gesundheit und Menschenwürde zukommen zu lassen. In der Medizin wird bei schlechten Heilungschancen oder schlechter Compliance der Fokus auf Beschwerdelinderung und Lebensqualitätsmaximierung gelegt.

Behandlungsstrategien die die Umwelt entlasten, für den Kranken subjektiv einen Benefit geben, sei es als Haltequote, als weiterführende Vermittlung oder nur als „Tide Over“ während besonders prekären Krankheitsphasen, machen Sinn und würden in anderen Menschen nicht das Verlangen wecken, auch diese Krankheit haben zu wollen. Die fachlich fundierten Ziele einer DTA sind sozialmedizinische Komponenten (wie Infektionseindämmungen, Reduktion von Todesfällen, Entromantisierung des Drogenkonsums,...), ordnungspolitische Ziele (Entlastung des gesellschaftlichen Raumes, Entlastung der Strafverfolgung,...) und therapeutische Ziele (kontrollierterer Konsum, Brückenfunktion zu weiterführenden Maßnahmen,...). Denn gefährlich werden Situationen vor allem dann, wenn uns die Abhängigen entgleiten, weil es für die jeweilige Suchtphase keine entsprechenden Angebote gibt.

Der Wert einer DTA an sich, stressfrei und in einem möglichst sicheren Rahmen die bereits erworbenen und sowieso zu konsumierenden Drogen konsumieren zu können, muss für das Überleben drogenkranker Menschen in einer sachlichen Diskussion Platz finden.

SuchthilfeprofessionalistInnen und SubstitutionsbehandlerInnen sollten Applikationsverhalten, Beikonsum, psychische Befindlichkeit ohnehin in ihrer Behandlung mitbeachten und mitbehandeln. Wenn dieses faktische Verhalten nicht irgendwo in einer „Black-Box“, sondern in einem begleitenden, observierenden und thematisierenden Setting stattfindet, ist es allen BehandlerInnen –auch, bzw. v.a. jener, die dieses Verhalten in der Behandlung ausblenden,- geholfen.

Die Diskussion über die Einrichtung eines Drogenapplikationsraumes als Drogentherapeutische Anlaufstelle im bereits existierenden Kontaktladen in Graz befindet sich derzeit in folgendem Stadium:

Die außerordentliche Sitzung des Bundesdrogenforums in Wien vom 6.6.2007 erbrachte kein Dafürhalten der Bundesdrogenkoordination, zumal das Fehlen jeglicher Entscheidung der Grazer Stadtverantwortlichen bemängelt wurde und das Konzept der DTA aus Graz als unausgegoren betrachtet wurde.

Eine entsprechende Stellungnahme seitens des Bundesdrogenkoordinators Dr. Franz Pietsch an das Präsidialamt, datiert mit 23.4.2008, erhebt Bedenken über die Kompatibilität von Konsumräumen mit der österreichischen Gesetzeslage, sagt aber auch, dass für einen Pilotversuch, nicht die Implementierung als Regelbetrieb, gewisse Bedingungen erfüllt werden müssen.

In einem informellen Gespräch mit Dr. Pietsch am 18.6.2008 wurde herausgelesen, dass ein unbestrittener Mindestkonsens zwischen Stadt und Land erwirkt werden soll und dass keine Alternativen zu einem Konsumraum vorliegen dürfen, was für die „Black Box Situation“ des intravenösen Konsums wohl kaum der Fall ist.

Eine wissenschaftliche Begleitung wurde auch als Voraussetzung verlangt, was aber bedeutet, dass die Niederschwelligkeit des Zugangs nicht gefährdet werden darf. Inwieweit dies – im Sinne eines schadensminimierenden Ansatzes - bedeuten muss, dass es sich um eine medizinisch-wissenschaftlich Begleitung handeln muss, ist noch nicht ausdiskuiert. Der renommierte österreichische Suchtexperte Prof. Alfred Springer wird sich hierbei noch mit dem Bundesdrogenkoordinator auseinandersetzen und im Laufe der nächsten Wochen eine Rückmeldung über sinnvolle, nicht überstrapazierende Begleitungsformen geben.

Die ebenfalls geforderte Einbindung aller relevanten EntscheidungsträgerInnen – lokale Ebene bis hin zum Bund - wird vermutlich nicht durchgängig möglich sein.

Dr. Pietsch hat im Rahmen des informellen Gesprächs zu verstehen gegeben, dass für ihn eine DTA grundsätzlich sinnvoll und vorstellbar ist, wenn die geäußerten Kritikpunkte abgearbeitet werden.

Ob dieser Forderungskatalog zur Gänze sinnvoll ist oder ob Abänderungen möglich sind, muss ebenfalls noch ausdiskutiert werden.

Sinnvoll erscheint es, ein mögliches Sperrfeuer seitens des Bundes zu vermeiden und hier für einen Konsens zu sorgen, der sich in einer Duldung und Unterstützung des „Vorhabens DTA“ äußern sollte.

Gespräche mit der örtlichen Exekutive haben naturgemäß keine definitiven Ergebnisse bringen können, sondern dienen der Sensibilisierung und des Meinungs-austausches. Solche Gespräche wurden am 13.5.2008 mit Dr. Gerhard Lecker, stellvertretend für Herrn Dr. Westermayr, und Dr. Klaus Mayerhofer, und am 16.6.2008 mit Herrn Sicherheitsdirektor Mag. Josef Klamminger geführt.

Die Exekutive ist skeptisch aber diskussionsbereit, weist allerdings darauf hin, dass ein solcher Pilotversuch auch seitens des Bundes, des Innenministeriums, mitgetragen werden muss, damit kein Amtsmissbrauch durch die lokal abgesprochene Duldung eines Applikationsraumes abgeleitet werden kann, wenn entsprechende Meldungen bzw. Aufforderungen, Amtshandlungen zu setzen, getätigt werden.

Der Suchtkoordinator des Landes hat eine Stellungnahme abgegeben, die sich eindeutig und klar für die Installation einer DTA als Pilotversuch ausspricht.

Das Drogenfachgremium für die Steiermark hat sich ebenfalls der Diskussion gestellt und sich hier mehrheitlich positiv geäußert, ein entsprechendes Positionspapier ist allerdings noch ausständig.

Der potentielle Träger einer DTA hat sich auch via des Caritasdirektors Franz Küberl bereits positiv zur Installation eines Applikationsraumes geäußert.

Der ÖVDF, Österreichischer Verein der Drogenfachleute, als Interessensvertretung der Österreichischen Drogenfachleute und mit dem Hintergrund der Erfahrung aus täglicher, praktischer Arbeit mit den KonsumentInnen illegaler Substanzen, sieht die Installierung von Konsumräumen als wichtige und notwendige Erweiterung des Angebotes an und hat dies als Positionspapier bereits klar festgelegt.

Der Suchtbeirat des Landes, als empfehlendes Gremium für den für Gesundheit zuständigen Landesrat, wird sich in der nächsten Sitzung am 30.6.2008 abermals mit der Thematik befassen und möglicherweise auch eine entsprechende Empfehlung für die Installation der DTA als Pilotversuch aussprechen.

Der selbstständige Antrag der SPÖ im Landtag vom 16.04.2008, der den Beschluss herbeiführen soll,

1. Der Landtag Steiermark bekennt sich zur Umsetzung des Konzeptes einer Drogentherapeutischen Anlaufstelle in Graz unter folgenden Voraussetzungen:

- Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;

- medizinische Beratung und Hilfe zum Zweck der Risikominimierung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;
- Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie;
- erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten einerseits zu verhindern und andererseits das gegenseitige Problembewusstsein zu verbessern;
- wissenschaftliche Begleitung des Projektes sowie
- Vorlage eines Berichtes an den Landtag über die Dokumentation und Evaluation der Arbeit in der Drogentherapeutischen Anlaufstelle nach einer einjährigen Pilotphase.

2. Die Steiermärkische Landesregierung wird aufgefordert zu prüfen, in welchem Ausmaß das Pilotprojekt "Drogentherapeutische Anlaufstelle in Graz" seitens des Landes unterstützt werden kann und dem Landtag darüber zu berichten, wird derzeit im Unterausschuss, als vorbereitendes Gremium, behandelt.

Insgesamt dokumentieren die oben genannten Anträge, Diskussionsverläufe und Positionierungen die Notwendigkeit ein derart komplexes Thema fortlaufend sowohl auf städtischer Ebene als auch überregional zu diskutieren.

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und SeniorInnen stellt den Antrag, der Gemeinderat wolle den gegenständlichen Informationsbericht zu Kenntnis nehmen.

Der Stadtrat

Der Bearbeiter

Der Abteilungsvorstand

(Mag.Dr. Wolfgang Riedler)

(Dr. Ulf Zeder)

(Dr.med.univ.J. Künstner)

Angenommen in der Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und SeniorInnen am 2.7.2008.

Die Vorsitzende:

Die Schriftführerin: