

SMOKE-IT!

**Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform
(von intravenös zu inhalativ) mittels neuartiger
Präventionstools sowie medialer und personaler
Interventionen**



**Fachhochschule Frankfurt am Main Institut für Suchtforschung (ISFF)
Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt, 2014**

Im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 4 |
| Der Kontext | 6 |
| Teil I: Quantitative Untersuchung | 8 |
| 1. Methodik | 8 |
| 2. Ergebnisse | 10 |
| 2.1. Befragungszeitpunkt T1 | 12 |
| 2.2. Befragungszeitpunkt T2 | 14 |
| 2.3. Befragungszeitpunkt T3 | 16 |
| Teil II: Qualitative Untersuchung | 19 |
| 1. Methodik | 19 |
| 2. Ergebnisse: NutzerInnen des Angebots | 21 |
| 2.1. Wahrnehmung des Angebots zum Rauchkonsum (einschließlich der Rauchfolien samt Zubehör und Reaktion) | 21 |
| 2.2. Vor-Erfahrungen mit dem Rauchkonsum von Drogen (Rauch-Konsummuster) | 22 |
| 2.2.1. Ängste vor dem Injizieren | 23 |
| 2.2.2. Motivationen zum Rauchkonsum | 25 |
| 2.2.3. ‚Punkt- und Bahnrauchen‘ | 26 |
| 2.2.4. Das Röhrchen als Reserve | 28 |
| 2.2.5. Angst vor Strafverfolgung | 29 |
| 2.3. Erfahrungen mit der neuen Folie | 30 |
| 2.3.1. Geruch und Gleitfähigkeit des Heroins | 32 |
| 2.3.2. Fehlende Beschichtung auf der neuen Folie als Indikator eines Gesundheitsbewusstseins | 33 |
| 2.3.3. Geschmack | 33 |
| 2.3.4. Geräusche | 34 |
| 2.4. Intravenöser Konsum versus Rauchkonsum: Vor- und Nachteile | 34 |
| 2.4.1. Ökonomische Gründe gegen das Rauchen | 34 |
| 2.4.2. Erlernen der Technik | 35 |
| 2.4.3. Angst vor einer Überdosierung | 36 |
| 2.4.4. Wirkungserleben und Wirkungseintritt: i.v. - Konsum vs. Rauchkonsum | 38 |
| 2.4.5. Transport der Folie wird als Nachteil des Rauchens erlebt | 40 |
| 2.5. Status und Prävalenz der HeroinraucherInnen in der Szene | 42 |
| 2.5.1. Wahrnehmung, und Bewertung des Rauchkonsums | 42 |
| 2.5.2. Ästhetische Aspekte | 42 |
| 2.6. Umstieg von i.v. zu inhalativem Konsum | 43 |
| 2.7. Einschätzung der Akzeptanz des Rauchkonsums bei KonsumentInnen, wenn sie die Folien bezahlen müssten | 44 |
| 2.8. Einschätzung der Attraktivitätssteigerung der Rauchfolie-abgebenden Einrichtung durch den Drogenkonsumraum | 44 |
| 2.8.1. Das Setting – Der Rauchraum im Drogenkonsumraum | 45 |
| 3. Ergebnisse: MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume | 46 |
| 3.1. Zur Einschätzung des Rauchverhaltens der Klientel durch die MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume | 46 |
| 3.2. Motivationen zum Rauchen | 48 |
| 3.3. Erfahrungen mit der neuen Folie im Rahmen der Smoke-It! - Kampagne | 50 |
| 3.3.1. Die Folie als professionelle Hilfe zur Thematisierung von Risiken, Alternativen und Erreichbarkeit von Klienten | 53 |
| 3.3.2. Kritik an der Kampagne: Thematisierung aller Applikationsformen | 55 |

| | |
|---|----|
| 3.4. Umstieg von i.v. zu inhalativem Konsum | 56 |
| 3.4.1. Peer Support beim Umstieg vom i.v.- auf Rauchkonsum | 58 |
| 3.4.2. Video-Anleitung zum ‚richtigen Rauchen‘ | 59 |
| 3.5. Rauchkonsum als Drogennotfall- und Infektionsprophylaxe..... | 59 |
| Empfehlungen | 60 |
| Literatur | 63 |

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87 0
aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

1. Auflage 2014

Alle Fotos Heino Stöver

Alle Bilder wurden in der Einrichtung SKA von Fixpunkt e.V. in Berlin aufgenommen
Ausnahme Seite 6: Luzern, Schweiz,

Seite 62: Dresden, Hauptbahnhof

Einleitung

Seit Bekanntwerden des illegalen Konsums von Heroin in Deutschland Anfang der 70er Jahre wurden vorrangig intravenöse Konsumformen praktiziert.

Das auf dem illegalen Markt erhältliche Heroin wird üblicherweise in einer mittleren oder schlechten Qualität (5-30% Wirkstoffgehalt) angeboten. Aufgrund der Schwarzmarktbedingungen kam es zu teilweise astronomischen Preisen in den 80er und 90er Jahren. Ein Gramm Straßenheroin wurde für bis zu 400 D-Mark verkauft. Diese Bedingungen (geringer Wirkstoffgehalt und hoher Preis) bildeten die Grundlage, dass der intravenöse Konsum in Deutschland zur gebräuchlichsten Konsumform avancierte. In welcher Form kulturelle Einflüsse Auswirkungen auf die Drogenapplikationsform haben können, wird am Beispiel unseres Nachbarlands Niederlande deutlich. Durch den Einfluss von HeroinkonsumentInnen aus Surinam ist der inhalative Konsum mit ca. 90% heute die dominierende Applikationsform in den Niederlanden.¹²

Bedingt durch Rekordernten in den Anbauländern (v.a. Afghanistan; siehe World Drug Report³ kam es zu einem deutlichen Preisverfall des Heroins in Deutschland und nach der Jahrtausendwende traten inhalative Konsumformen vermehrt auf. Berichte aus der Vor-Ort Arbeit lassen vermuten, dass das zunehmende Lebensalter der KonsumentInnen, verbunden mit einem schlechten Venenstatus eine Veränderung der Applikationsformen (intravenös – intramuskulär - inhalativ) unterstützte. Dies ist nicht als linearer Prozess zu verstehen, auch die vorliegende Studie zeigt, dass sich entweder in einer Übergangsperiode oder allgemein Applikationsmuster überlappen. Es liegen bisher keine Studienergebnisse darüber vor, ob durch das Bekanntwerden von vermehrten Hepatitis C - Infektionen bei Heroinkonsumenten der Wechsel der Konsumform forcierte wurde.

Die Veränderungen hinsichtlich der Applikationsformen werden auch im Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) abgebildet.

Während der Bericht des Jahres 2009 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) sowie der Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung für den Zeitraum 2005 – 2009 einen leichten aber kontinuierlichen Anstieg des inhalativen Konsums zu Ungunsten des intravenösen Konsums auswiesen, hat sich dieser Trend aktuell nicht mehr fortgesetzt. Der Anteil derjenigen, die Heroin rauchen blieb im Vergleich zum Vorjahr quasi unverändert (2011: 27,0 %; 2010: 26,8 %). Hingegen stieg der intravenöse Konsum wieder leicht an (2011: 58,9 %; 2010: 57,8 %), während der nasale Konsum sank (2011: 8,4 %; 2010: 9,9 %) ⁴. Trotz regionaler und einrichtungsspezifischer Unterschiede bestätigen die Rückmeldungen aus Drogenkonsumräumen und Drogentherapeutischen Ambulanzen (NRW) insgesamt einen Anstieg des inhalativen Konsums während der letzten Jahre (bspw. Kick in Dortmund):

Die vorliegenden Daten geben Hinweise darauf, dass das Risiko einer unbeabsichtigten Überdosierung beim Rauchen von Heroin im Gegensatz zum Spritzen von Stoff unbekanntem

² Treatment of Heroin Addiction in The Netherlands, Wim van den Brink Amsterdam Institute for Addiction Research

³ Unodc.org; world drug report

⁴ Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Reinheitsgehaltes, wesentlich herabgesetzt wird. Darüber hinaus ist das Risiko, sich über Blutkontakte mit HIV, Hepatitis B oder C zu infizieren, beim Folierauchen erheblich geringer als beim intravenösen Konsum. Trotz der erheblichen Belastungen von Lunge und Atemwegen durch den Rauchkonsum, kann das Fazit gezogen werden, dass der inhalative Konsum im Gegensatz zum i.v. Konsum – gemessen an den Indikatoren ‚Überdosierung‘ und ‚virale Infektionen‘ - gesundheitlich deutlich weniger riskant ist.

Trotz dieser schadensminimierenden Effekte des Rauchkonsums gibt es nur sehr wenig wissenschaftliche Forschung zu diesem Thema. Lediglich Neil Hunt⁵ und Rachel Pizzey untersuchten im Jahr 2008 die Effekte der Einführung von Rauchfolien in vier Einrichtungen im Nordwesten Englands, die bis dato ausschließlich Angebote des Spritzen- und Nadeltauschs vorhielten. (Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Aufnahme von Rauchfolien in das Angebotsspektrum NutzerInnen der Einrichtungen dazu motivieren konnten, über andere Konsumformen und Möglichkeiten der Risikominderung zu diskutieren.)

Zielsetzung des Forschungsprojektes „SMOKE-IT!“

- Im Rahmen dieses Projekts „SMOKE-IT!“ soll überprüft werden inwieweit eine Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ) mittels neuartiger Präventionstools sowie medialen und personalen Interventionen unterstützt werden kann.
- Es gilt zu überprüfen, ob die mit dem intravenösen Drogenkonsum verbundenen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken durch den temporären oder vollständigen Wechsel der Applikationsform reduziert werden können.
- Darüber hinaus soll überprüft werden, ob durch die Bereitstellung neuer Konsumutensilien (Folie, Röhrchen) sowie begleitenden medialen Angeboten (Flyer, Poster) die Änderungsbereitschaft unterstützt werden kann.
- Überprüft werden soll ferner ob durch „Mundpropaganda“ und „mediale Präsenz“ neue Nutzergruppen angesprochen werden, die bisher keinen Kontakt zu den teilnehmenden Einrichtungen hatten

„SMOKE-IT!“ ist eine multizentrische Studie, die in Einrichtungen (Drogenkonsumräume) in den Städten Frankfurt (zwei), Berlin, Dortmund, Hamburg und Bielefeld durchgeführt wurde:

Mit dieser Erhebung sollte in Deutschland erstmals eine valide Grundlage geschaffen, die die Wirksamkeit einer zielgerichteten Ansprache zum Wechsel der Applikationsform unter Einbeziehung neuer Konsumutensilien überprüft. Ausgehend von diesen Ergebnissen könnten zielgerichtete Kampagnen mit hohem infektionsprophylaktischem Nutzen lanciert werden. Für Träger bieten sich bei positiven Ergebnissen folglich ausreichende Gründe, um die Erweiterung ihres Harm Reduktion Angebots zu realisieren.

⁵ Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: An evaluation

Aus den Ergebnissen dieser Studie sind Empfehlungen abgeleitet worden (siehe Kapitel ‚Empfehlungen‘).

Dank an:

Die MitarbeiterInnen in Frankfurt (IDH, AHF), Berlin (FIXPUNKT), Dortmund (AH Dortmund), Hamburg (RAGAZZA), Bielefeld (Drogenberatung) die das Projekt unterstützt und ermöglicht haben.

An alle TeilnehmerInnen der Studie, die detailliert über ihre Konsumgewohnheiten gesprochen haben.

An die Deutsche AIDS-Hilfe (Dirk Schäffer), die diese Studie ermöglicht hat.

Fotos: Heino Stöver (mit freundlicher Genehmigung von Fixpunkt e.V.)

Frankfurt am Main, 31.1.2014



Der Kontext

La Strada Frankfurt

La Strada ist das Drogenhilfezentrum der AIDS-Hilfe Frankfurt und bietet Drogengebrauchern im Frankfurter Bahnhofsviertel Angebote der Grundversorgung und praktische Überlebenshilfen. Das La Strada verfolgt das Konzept akzeptierender, niedrigschwelliger Drogenhilfearbeit mit den Zielen der Schaffung eines Ruhe- und Schutzraums. Das La Strada will die Gesundheit Drogen gebrauchender Menschen fördern sowie die Veränderung drogenpolitischer Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Verhalten von Drogenkonsumenten haben, initiieren und unterstützen

Nidda 49

Der Verein Integrative Drogenhilfe e. V. in Frankfurt am Main ist ein seit mehr als 20 Jahren etablierter Träger für Konzepte und Angebote im Bereich der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Der Konsumraum NIDDA 49 befindet sich direkt im Frankfurter Bahnhofsviertel. Das szenenahe, schadenminimierende Arbeitskonzept ist ausgerichtet auf die Gesundheitsprophylaxe und die Überlebenshilfe. Neben hygienischen Konsummöglichkeiten und Spritzentausch, werden die Betroffenen über Safer-Use und Safer-Sex informiert und zu Übertragungswegen und -risiken von HIV, Hepatitis und STI's aufgeklärt.

FIXPUNKT

„Fixpunkt in Berlin“ steht für die Entwicklung und Umsetzung innovativer Ideen in der Gesundheitsförderung für illegal Drogen gebrauchende in Berlin. Die Einrichtung SKA ist eine Kontaktstelle mit integriertem Konsumraum für Drogen gebrauchende Menschen, die in erster Linie illegale und sogenannte harte Drogen intravenös konsumieren. Die niedrigschwellige Kontaktstelle SKA ist aufgrund der Arbeitsweise und dem breitem Angebot eine wichtige Anlauf-, Kontakt-, Informationsstelle für in der Regel von Krankheit und Isolation gekennzeichnete Drogenkonsumenten.

Ragazza

Der Verein Ragazza e.V. leistet seit Ende 1991 niedrigschwellige und akzeptierende Drogenarbeit in Hamburg St. Georg. Das Ragazza ist eine niedrigschwellige und akzeptierende Kontakt- und Anlaufstelle mit einem integrierten Konsumraum und bietet Hilfen für Frauen, die Drogen konsumieren und der Prostitution nachgehen. Aufgrund des akzeptierenden, frauenspezifischen und niedrigschwelligen Arbeitsansatzes ist Ragazza für Drogen gebrauchende Frauen sowohl Rückzugsort und Schutzraum von dem Leben auf der Straße.

Kick

Träger der Drogenhilfeeinrichtung ‚kick‘ ist die Aids-Hilfe Dortmund e.V. Durch die Verknüpfung des Drogenkonsumraums mit dem Kontaktcafé und der Drogentherapeutischen Ambulanz steht den Nutzern die gesamte Angebotspalette der Drogenhilfeeinrichtung ohne größeren Aufwand zur Verfügung. Ziel des Kick ist die Schaffung einer Atmosphäre, in der sich Regeln und Rituale für einen dauerhaften risikoloser Drogenkonsum auch außerhalb der Einrichtung entfalten können.

Drogenberatung Bielefeld

Die Drogenberatung Bielefeld kann auf eine fast 40 jährige Erfahrung in der Beratung und Begleitung von Drogenkonsumenten zurückblicken. Auf dem Gelände des Drogenhilfezentrums Bielefeld befindet sich der Drogenkonsumraum. Drogengebraucher erhalten dort, unabhängig von einer Abstinenzmotivation, ebenso alltags- und lebenspraktische Hilfen wie eine gesundheitlich-medizinische Grundversorgung.

Teil I: Quantitative Untersuchung

1. Methodik

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines schriftlichen Fragebogens. Dieser wurde zusammen mit den MitarbeiterInnen der teilnehmenden durchführenden Drogenkonsumräume im Rahmen eines gemeinsamen Workshops konzipiert und dann via Email weiterentwickelt. In den teilnehmenden Einrichtungen in Berlin und Dortmund wurde eine vorläufige Endfassung des Fragebogen pre-getestet. Die Rückmeldungen der MitarbeiterInnen und der NutzerInnen wurden wiederum genutzt um die finale Fassung des Fragebogens, als zentrales Erhebungsinstruments der Studie, fertig zu stellen.

Nachdem die Fragebögen layoutet wurden, erfolgte der Versand an die teilnehmenden Einrichtungen in Berlin, Dortmund, Hamburg und Frankfurt (2x) Diese wurden in einem separaten Schreiben mithilfe eines Manuals nochmals genau instruiert, wie die Interview-Probanden anzusprechen und die Befragung durchzuführen ist. Die im Rahmen des Workshops (8.12.11 in Berlin) konzipierten Medien (Poster, Flyer, Karte) sowie ausschließlich für den inhalativen Heroinkonsum hergestellte Rauchfolien, sowie Klarsichtbeutel, die als Behältnis dienten um den Heroinkonsumenten alle Bestandteile des SMOKE IT! - Packs aushändigen zu können, wurden im April 2012 an die teilnehmenden Einrichtungen abgegeben.

Das Poster, das den Einrichtungen bereits einige Wochen zuvor zugesandt wurde, trug dazu bei die NutzerInnen der Einrichtungen auf das Projekt hinzuweisen. Der Flyer informierte über die Vorteile und Risiken des inhalativen Heroinkonsums und beschreibt den inhalativen Konsumvorgang im Text. Die Karte bildet hingegen die wesentlichen Schritte des Rauchkonsums sowie die Herstellung des Röhrchens mittels sechs Fotografien ab, und unterstützt insbesondere jene Heroinkonsumenten, die bisher keine oder wenig Erfahrungen mit dem inhalativen Konsum hatten.

Zudem wurden die Teilnehmerinnen eine unterschiedliche Anzahl von Rauchfolien ausgehändigt. Somit konnte die Studie wie geplant am 1. April 2012 beginnen. In mehreren Telefonaten mit den zuständigen Mitarbeiterinnen vor Ort wurde die Befragung begleitet. Fragen konnten zufriedenstellend beantwortet werden und dienten z.T. zur Weiterentwicklung des Konzeptes.

Der Fragebogen sollte zu drei verschiedenen Zeitpunkten von den befragten Heroinkonsumenten ausgefüllt werden sollte.

Teil 1 des Fragebogens ist unmittelbar nach der Rekrutierung der Studienteilnehmer (Zeitpunkt T1) zur Anwendung gekommen. Er enthält Fragen zur Demografie, zur Dauer des Opiatkonsums (inkl. der Dauer der Praktizierung verschiedener Applikationsformen), zum aktuellen Heroinkonsum sowie die Frage, ob die angesprochenen Personen ein „SMOKE-IT!“ - Pack haben möchten. Wurde die letzte Frage bejaht, dann erfolgte die Übergabe des SMOKE IT! - Packs verbunden mit dem Hinweis, dass nach einiger Zeit zwei weitere kurze Befragungen erfolgen werden. Lehnten die angesprochenen Heroinkonsumenten das „SMOKE-IT!“-Pack ab, wurden sie gebeten, ihre Entscheidung kurz zu begründen.

Dieser Personenkreis ist dann zukünftig nicht mehr befragt worden. Die Befragten, die das „SMOKE-IT!“ - Pack annahmen, sollten nach dem Folie-Rauchen im Konsumraum oder nach der Wiederkehr in die Einrichtung (Zeitpunkt T2) erneut befragt werden. Inhalt dieser Befragung waren die Nutzung und

Beurteilung der Rauchfolien, Gründe des Folienrauchens, positive und negative Erfahrungen mit den Rauchfolien sowie Veränderungen der Applikationsform (rauchen, statt zu injizieren).

Frühestens 30 Tage nach der Befragung T2 sollte die dritte und letzte Befragung im Rahmen dieser Studie stattfinden (Zeitpunkt T3). Inhalt war die Nutzung der Rauchfolien in den zurückliegenden Wochen, die Bewertung der Folien, (mögliche) Veränderungen der Applikationsformen sowie die Frage nach dem Preis, welche die befragten Heroinkonsumenten bereit wären zu zahlen, um die Folien auch in der Zukunft zu nutzen.

Die Ansprache potentieller Studienteilnehmer erfolgte durch die Mitarbeiter der Konsumräume. Stimmt die Angesprochenen der Befragung zu, dann wurden ihre Initialen (1. und 3. Buchstabe des Vornamens, 1. und 3. Buchstabe des Nachnamens) auf dem Fragebogen vermerkt. Anhand des Abgleichs der Daten der Konsumraumdokumentation mit diesen Initialen konnten zu den Befragungszeitpunkten T2 und T3 die Fragebögen durch die Mitarbeiter der Konsumräume eindeutig denselben Personen wieder zugeordnet werden. Da ohne Kenntnis der konkreten Namen der Konsumraumbesucher eine solche Identifizierung der Studienteilnehmer nicht möglich ist, erfolgten alle weiteren Studienabschnitte (Dateneingabe, Auswertung, Berichterstellung) somit auf Basis pseudo-anonymisierter Daten.

Insgesamt beteiligten sich sechs Konsumräume an der Rekrutierung der Studienteilnehmer: die Einrichtung „SKA“ in Berlin (Trägereinrichtung: Fixpunkt), die Einrichtungen „La Strada“ (Träger AH Frankfurt) und „Niddastr. 49“ (Träger Integrierte Drogenhilfe) aus Frankfurt. Die Einrichtung „Ragazza“ aus Hamburg (Träger: Ragazza) die ausschließlich von Frauen für Frauen ausgerichtet ist, sowie die Einrichtung KICK in Dortmund (Träger AH Dortmund) und Bielefeld (Drogenberatung).

Die final ausgefüllten Fragebögen wurden in den Konsumräumen gesammelt und zu einem festgelegten Datum an das auswertende Institut (Institut für Suchtforschung, ISFF Frankfurt/Main) gesandt. Nach Eingang aller Bögen erfolgte die Dateneingabe mithilfe eines speziell hierfür erstellten computergestützten Eingabeprogramms. Anschließend wurden die Daten unter Verwendung des Statistikprogramms SPSS 15 auf Plausibilität geprüft und, sofern notwendig, bereinigt. Daran anschließend erfolgte die Datenauswertung ebenfalls mit SPSS.

Insgesamt sind bis zum Ende der quantitativen Studie (15.8.2012) 177 Fragebögen beim ISFF in Frankfurt eingegangen. 12 Personen lehnten das Angebot des Erhalts eines „SMOKE-IT!“-Packs ab. Von den verbleibenden 165 Befragten konnten 141 zum Zeitpunkt T2 wiederbefragt werden. Dies entspricht einer Wiedererreichungsquote von 85,5%. An der letzten Befragung zum Zeitpunkt T3 nahmen noch 89 Personen teil (Wiedererreichungsquote in Bezug auf T1: 54,0%).

2. Ergebnisse

In Tabelle 1 sind eine Reihe von Merkmalen der befragten Heroinkonsumenten wiedergegeben, die das Angebot eines „SMOKE-it“-Packs auch annahmen. Die entsprechenden Anteile werden für die Zeitpunkte T1, T2 und T3 berichtet. Diese Form der Darstellung erlaubt eine Einschätzung darüber, inwiefern es aufgrund der Drop-Outs zwischen den einzelnen Befragungszeitpunkten zu einer Verzerrung der Stichprobe gekommen ist. Denn unterscheiden sich die drei Stichproben hinsichtlich relevanter Merkmale stark voneinander, so wäre die vergleichende Interpretation der Ergebnisse verschiedener Befragungszeitpunkte nur eingeschränkt möglich.

Tabelle 1 lässt sich entnehmen, dass in der Eingangsbefragung (T1) fast die Hälfte der befragten Personen in den beiden Frankfurter Konsumräumen rekrutiert wurde (46,1%). Etwas weniger als ein Drittel (30,9%) kommt aus Berlin und 11,5% aus Dortmund. Etwa jeweils jeder zwanzigste Studienteilnehmer wurde in Bielefeld (5,5%) und Hamburg (6,1%) befragt. Zeigen sich mit Blick auf T2 nur geringe Abweichungen in der Verteilung, so gibt es zwischen T1 und T3 durchaus einige nennenswerte Verschiebungen. Aus Bielefeld ist nunmehr nur noch eine Person vertreten und der Berliner Anteil hat sich um etwas mehr als zehn Prozentpunkte reduziert. Gestiegen sind hingegen die Anteile für Frankfurt und Dortmund.

Die Befragten sind überwiegend männlichen Geschlechts (77,0%). Zeigt sich in T2 keine Veränderung in den Anteilen von Männern und Frauen gegenüber T1, so nimmt zu T3 der Anteil der männlichen Klienten noch etwas zu (79,8%).

Die Studienteilnehmer sind zu T1 im Mittel 34,7 Jahre alt. Das Durchschnittsalter zu T2 und T3 ist nur geringfügig geringer. Mit Blick auf die kategoriale Darstellung des Alters wird aber deutlich, dass der Anteil der Gruppe der über 39-Jährigen von Befragung zu Befragung abnimmt.

Nahezu acht von zehn der befragten Heroinkonsumenten sind zu T1 deutsche Staatsbürger. Jeder Elfte ist Bürger eines anderen Staates der Europäischen Union und weitere 11,8% besitzen die Staatsbürgerschaft eines Landes, das nicht der EU angehört. Die entsprechenden Anteile verändern sich in Abhängigkeit von den Befragungszeitpunkten nur geringfügig.

Von besonderem Interesse für diese Studie ist die Frage nach der Dauer des bisherigen Opiatkonsums. So ist zum einen anzunehmen, dass ein langjähriger Opiatkonsum zu habitualisierten Konsummustern führt, welche eine Veränderung der Applikationsform erschweren. Andererseits kann ein jahrelanger Konsum von Heroin – sofern er intravenös erfolgt – zu Erkrankungen bzw. Vernarbungen der Blutgefäße (Venen) führen. Eine venenschonende Form des Heroinkonsums könnte daher gerade für Personen mit langjährigem iv-Konsum von Interesse sind.

Aus Tabelle 1 lässt sich entnehmen, dass die Studienteilnehmer im Mittel seit 13,3 Jahren Heroin zu sich nehmen. Die Angaben variieren zwischen einem Jahr und 41 Jahren. Fast ein Fünftel konsumiert zwischen ein und fünf Jahren Heroin. Weitere 24,8% bereits seit sechs bis zehn Jahren. Jeweils ein Fünftel gibt an, seit elf bis 15 Jahren bzw. 16 bis 20 Jahren Heroin einzunehmen und 15,2% berichten von einem Opiatkonsum, der schon länger als 20 Jahre andauert. Die entsprechenden Anteile variieren zwischen den verschiedenen Befragungszeitpunkten nicht nennenswert voneinander.

Der intravenöse Heroinkonsum ist unter den Studienteilnehmern sehr weit verbreitet. Zu 117 der 165 Befragten (70,9%) finden sich Angaben bzgl. der Dauer des iv-Konsums. Im Mittel wird dieser seit 10,4 Jahren praktiziert. Dieser Wert variiert zwischen den drei Befragungszeitpunkten kaum.

Bis auf sehr wenige Ausnahmen verfügen die befragten Heroinkonsumenten über Erfahrungen mit der inhalativen Aufnahme opiathaltiger Substanzen (96,8%). Seit durchschnittlich 11,1 Jahren praktizieren sie das Rauchen von Heroin. D.h., der weit überwiegende Teil der Personen, der ein „SMOKE-it“-Pack erhalten hat, ist mit dieser Applikationsform bereits vertraut.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Stichproben der drei Befragungszeitpunkte in wesentlichen Bereichen nur geringfügig unterscheiden. Somit gibt es methodisch keine Einwände gegen eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse der drei Befragungen. Lediglich der geringere Anteil der über 39-Jährigen zu T3 sollte bei den Ergebnisinterpretationen berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Charakteristika der befragten Personen nach Befragungszeitpunkt

| | | T1 | T2 | T3 |
|---|-------------------------------|------------|------------|------------|
| | | %/MW | %/MW | %/MW |
| Erhebungsort | | (N=165) | (N=141) | (N=89) |
| | Berlin | 30,9% | 31,9% | 20,2% |
| | Bielefeld | 5,5% | 6,4% | 1,1% |
| | Dortmund | 11,5% | 11,3% | 15,7% |
| | Frankfurt | 46,1% | 44,7% | 57,3% |
| | Hamburg | 6,1% | 5,7% | 5,6% |
| Geschlecht | | (N=165) | (N=141) | (N=89) |
| | Männlich | 77,0% | 77,3% | 79,8% |
| | weiblich | 23,0% | 22,7% | 20,2% |
| Alter | | (N=165) | (N=141) | (N=89) |
| | 19-29 Jahre | 29,7% | 30,5% | 29,2% |
| | 30-39 Jahre | 40,0% | 41,8% | 46,1% |
| | 40 Jahre und älter | 30,3% | 27,7% | 24,7% |
| | Durchschnittsalter (SD) | 34,7 (8,3) | 34,3 (8,4) | 34,4 (7,8) |
| Staatsbürgerschaft | | (N=161) | (N=138) | (N=88) |
| | Deutschland | 78,9% | 79,0% | 81,8% |
| | anderes EU-Land | 9,3% | 10,1% | 8,0% |
| | anderes Land außerhalb der EU | 11,8% | 10,9% | 10,2% |
| Jahre des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten | | (N=165) | (N=141) | (N=89) |
| | 1-5 Jahre | 19,4% | 19,9% | 15,7% |
| | 6-10 Jahre | 24,8% | 27,0% | 29,2% |
| | 11-15 Jahre | 20,0% | 17,7% | 22,5% |
| | 16-20 Jahre | 20,6% | 21,3% | 19,1% |
| | 21 Jahre und mehr | 15,2% | 14,2% | 13,5% |
| | Mittelwert (SD) | 13,3 (8,3) | 13,1 (8,2) | 13,2 (8,2) |
| Jahre mit intravenösem Heroinkonsum | | (N=117) | (N=99) | (N=64) |
| | Mittelwert (SD) | 10,4 (9,0) | 10,0 (8,9) | 10,7 |
| Jemals Heroin geraucht | | (N=139) | (N=120) | (N=70) |
| | Ja | 96,8% | 97,0% | 95,3% |
| | Nein | 3,2% | 3,0% | 4,7% |
| | Mittelwert (SD) | 11,1 (7,4) | 11,0 (7,4) | 10,7 (6,7) |

2.1. Befragungszeitpunkt T1

Zum Abschluss der ersten Befragungswelle (T1) sind die Studienteilnehmer gebeten worden, Angaben zur Art der Applikation des Heroins in den zurückliegenden 30 Tagen zu machen.

Aus Tabelle 2 lässt sich entnehmen, dass etwas mehr als ein Drittel der Befragten (35,0%) im letzten Monat Heroin intravenös konsumierten. Bei den Männern ist diese Applikationsform mit einem Anteil von 68,0 % bemerkenswert häufiger anzutreffen als bei den Frauen (55,3%). Wird nach dem Alter differenziert, so zeigt sich, dass der iv-Konsum bei den jüngeren Heroinkonsumenten (19-29 Jahre) mit einem Anteil von 70,2% häufiger verbreitet ist, als bei den über 29-Jährigen.

Im Mittel praktizieren die Befragten mit iv-Konsum 3,4-mal pro Tag eine solche Form der Heroinaufnahme. Der Median – also der Wert, welcher an der mittleren Stelle steht, wenn die Angaben der Studienteilnehmer nach Größe sortiert werden – beträgt etwas geringere 3,0 intravenöse Konsumvorgänge. Sehr interessante Unterschiede zeigen sich bei Betrachtung der Werte in Abhängigkeit vom Geschlecht. Berichten die Männer im Mittel von 3,2-maligem iv-Konsum pro Tag, so sind es bei den Frauen 4,1. Auch mit Blick auf den Median bestätigt sich der intensivere intravenöse Konsum der weiblichen Heroinkonsumenten. Hinsichtlich des Alters fallen die Ergebnisse weniger konsistent aus. Wird ausschließlich der Mittelwert betrachtet, so zeigen die beiden jüngeren Altersgruppen einen identischen Wert von 3,6 Konsumvorgängen pro Tag, während es bei den über 39-Jährigen geringere 2,8 Konsumvorgänge sind. Die hohe Standardabweichung für den Mittelwert der mittleren Altersgruppe ($SD=4,7$) deutet aber bereits darauf hin, dass der entsprechende Mittelwert durch Ausreißer mit einem sehr häufigen iv-Konsum verzerrt ist. Der Median liefert in diesem Fall ein aussagekräftigeres Ergebnis. Nunmehr zeigt sich, dass in der mittleren Altersgruppe die Hälfte der Befragten maximal 2,0-mal pro Tag Heroin injiziert. In der ältesten Gruppe sind es 2,75 Injektionen pro Tag und bei den Jüngsten 3,28.

Noch verbreiteter als der intravenöse Konsum ist unter den Studienteilnehmern das Rauchen von Heroin; 82,3% berichten davon, in den zurückliegenden 30 Tagen eine solche Form der Substanzaufnahme praktiziert zu haben. Bei den Männern ist das Heroinrauchen mit einem Anteil von 84,2% häufiger anzutreffen als bei den Frauen (76,3%). Auch hinsichtlich des Alters zeigen sich kleinere Unterschiede. In der jüngsten und ältesten Gruppe wird das Heroinrauchen mit Anteilen von 85,1% und 83,0% etwas häufiger praktiziert, als in der mittleren Altersgruppe (79,7%).

Befragt nach der Häufigkeit des Heroinrauchens gaben 23,1% aller Personen, die im letzten Monat Heroin auf diese Weise konsumierten an, weniger als einmal pro Woche eine solche Applikationsform zu wählen. Weitere 10,8% rauchen Heroin regelmäßig einmal die Woche und ein Fünftel (20,8%) regelmäßig mehrmals wöchentlich. Fast die Hälfte der Befragten (45,4%) raucht Heroin regelmäßig mindestens einmal pro Tag. Wiederum zeigen die Frauen einen intensiveren Konsum. Fast drei Viertel (72,4%) konsumieren mindestens mehrmals pro Woche Heroin in Form des Rauchens. Bei den Männern liegt der entsprechende Anteil acht Prozentpunkte darunter. Die Attraktivität des Rauchens von Heroin steigt offensichtlich mit dem Alter der Konsumenten stetig an. Berichten bei den 19 bis 29-Jährigen 37,5% von einer täglichen inhalativen Heroin-Aufnahme, so sind es in der nächstälteren Gruppe (30-39 Jahre) bereits 45,1%. Dieser bereits schon recht hohe Anteil steigt nochmals, wenn der Blick auf die ältesten Studienteilnehmer fokussiert wird. 53,8% von ihnen rauchen täglich Heroin.

Tabelle 2: Art der Applikation des Heroins in den letzten 30 Tagen vor der Befragung (Zeitpunkt T1)

| | Geschlecht | | Alter | | | Gesamt |
|-------------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | M | w | 19-29 | 30-39 | 40+ | |
| Heroin-iv-Konsum im letzten Monat | (N=125) | (N=38) | (N=47) | (N=66) | (N=50) | (N=163) |
| Ja | 68,0% | 55,3% | 70,2% | 62,1% | 64,0% | 65,0% |
| nein | 32,0% | 44,7% | 29,8% | 37,9% | 36,0% | 35,0% |
| Anzahl Heroin-iv-Konsum pro Tag | (N=80) | (N=19) | (N=30) | (N=39) | (N=30) | (N=99) |
| Mittelwert (SD) | 3,2 (3,6) | 4,1 (2,8) | 3,6 (2,8) | 3,6 (4,7) | 2,8 (1,7) | 3,4 (3,5) |
| Median | 2,5 | 3,5 | 3,25 | 2,0 | 2,75 | 3,0 |
| Heroin geraucht im letzten Monat | (N=120) | (N=38) | (N=47) | (N=64) | (N=47) | (N=158) |
| Ja | 84,2% | 76,3% | 85,1% | 79,7% | 83,0% | 82,3% |
| nein | 15,8% | 23,7% | 14,9% | 20,3% | 17,0% | 17,7% |
| Heroin geraucht im letzten Monat | (N=101) | (N=29) | (N=40) | (N=51) | (N=39) | (N=130) |
| weniger als 1 Mal wöchentlich | 24,8% | 17,2% | 32,5% | 23,5% | 12,8% | 23,1% |
| regelmäßig, 1 Mal wöchentlich | 10,9% | 10,3% | 15,0% | 9,8% | 7,7% | 10,8% |
| regelmäßig, mehrmals wöchentlich | 19,8% | 24,1% | 15,0% | 21,6% | 25,6% | 20,8% |
| regelmäßig, mindestens 1 Mal am Tag | 44,6% | 48,3% | 37,5% | 45,1% | 53,8% | 45,4% |

2.2. Befragungszeitpunkt T2

Die Konsumraumbesucher, die ein SMOKE-it-Pack erhalten haben, sollten nach Gebrauch der Folien ein zweites Mal befragt werden. Der zeitliche Abstand zwischen der ersten Befragung (T1) und dieser Nachbefragung variiert erheblich. Etwas weniger als ein Drittel (30,1%) hat noch am selben Tag, an dem auch die T1-Erhebung stattfand, auch den zweiten Fragebogen ausgefüllt; weitere 40,5% innerhalb der darauf folgenden 10 Tage. Das in den Daten vorzufindende Maximum der Zeitspanne zwischen T1 und T2 beträgt 80 Tage.

Mehr als vier Fünftel der Heroinkonsumenten, welche ein SMOKE-it-Pack erhalten haben, nutzten dieses auch zum Konsum der Opiatprodukte. Männer berichten hiervon mit einem Anteil von 87,2% deutlich häufiger als die Frauen. (71,9%). Zwischen den Altersgruppen zeigen sich hingegen keine nennenswerten Unterschiede in den Anteilen. Die Werte entsprechen im Wesentlichen dem der Gesamtstichprobe.

Etwas weniger als die Hälfte aller Befragten gebrauchte die Folien direkt im Konsumraum (46,6%); die Frauen mit 56,5% bemerkenswert häufiger als die Männer (44,2%). Mit Blick auf die Altersgruppen sind es die Jüngeren, die überdurchschnittlich häufig angeben, das Folienrauchen im Konsumraum praktiziert zu haben. Mit zunehmendem Alter sinken die entsprechenden Anteile. So berichten 46,9% der 30 bis 39-Jährigen und 42,4% der über 39-Jährigen von einer Nutzung der Rauchfolien an diesem Ort.

Abgesehen von zwei Ausnahmen (Frankfurt – La Strada & Hamburg Ragazza) sind auch schon vor Durchführung der Studie in den Konsumräumen Rauchfolien ausgegeben worden. Nach Nutzung der SMOKE-it-Folien sollten die Studienteilnehmer nun angeben, welche Art der Rauchfolien sie bevorzugen. Die weit überwiegende Mehrheit favorisiert die Folien des SMOKE-it-Packs (85,5%). Unter den weiblichen Heroinkonsumenten ist die Zustimmung hierfür mit einem Anteil von 88,9% höher als bei den Männern (81,0%). Werden die Altersgruppen betrachtet, so zeigen sich hier keine beachtenswerten Unterschiede. Der Anteil der SMOKE-it-Befürworter in der ältesten Befragtengruppe liegt mit 84,6% lediglich drei Prozentpunkte über dem der anderen beiden Altersgruppen.

Der intravenöse Konsum von Heroin stellt eine besondere Gefährdung für die Gesundheit derjenigen dar, die diese Applikationsform praktizieren. Als wesentliche negative Folgen sind in diesem Zusammenhang nachhaltige Schädigungen der Blutgefäße, Venenerkrankungen, die Gefahr einer Überdosierung sowie die Übertragung von Krankheiten wie Hepatitis und Aids zu nennen. Ein wesentliches Ziel dieser Studie ist daher gewesen, den intravenösen Konsum der teilnehmenden Heroinkonsumenten zu reduzieren. Die letzte Zeile der Tabelle 3 macht deutlich, dass zwei Drittel der Stichprobe (65,3%) die SMOKE-it-Folien für den Konsum des Opiats nutzten, statt zu injizieren. Es zeigen sich jedoch bemerkenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede. Während 71,1% der Männer angeben, aufgrund der Ausgabe der SMOKE-it-Folien das Heroin geraucht statt injiziert zu haben, beträgt dieser Anteil bei den Frauen lediglich 48%.

Weniger stark ausgeprägt sind die Unterschiede in den Anteilen zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Während 71,0% der 19 bis 29-Jährigen und 66,7% der über 39-Jährigen von einer Reduzierung der iv-Konsums aufgrund der SMOKE-it-Folien berichten, sind es in der mittleren Altersgruppe (30 bis 39 Jahre) geringere 60,9%.

Tabelle 3: Gebrauch und Beurteilung der SMOKE-it-Folien

| | Geschlecht | | Alter | | | Gesamt |
|-----------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | M | w | 19-29 | 30-39 | 40+ | |
| Gebrauch der SMOKE-it-Folien | (N=109) | (N=32) | (N=43) | (N=59) | (N=39) | (N=141) |
| Ja | 87,2% | 71,9% | 83,7% | 83,1% | 84,6% | 83,7% |
| Nein | 12,8% | 28,1% | 16,3% | 16,9% | 15,4% | 16,3% |
| Ort des Gebrauchs der Folien | (N=95) | (N=23) | (N=36) | (N=49) | (N=33) | (N=118) |
| gerade eben im Konsumraum | 44,2% | 56,5% | 50,0% | 46,9% | 42,4% | 46,6% |
| außerhalb des Konsumraums | 55,8% | 43,5% | 50,0% | 53,1% | 57,6% | 53,4% |
| Favorisierung der SMOKE-it-Folien | (N=79) | (N=18) | (N=28) | (N=43) | (N=26) | (N=97) |
| Ja | 81,0% | 88,9% | 82,1% | 81,4% | 84,6% | 82,5% |
| nein | 19,0% | 11,1% | 17,9% | 18,6% | 15,4% | 17,5% |
| Folie geraucht statt iv-Konsum | (N=76) | (N=25) | (N=31) | (N=46) | (N=24) | (N=101) |
| Ja | 71,1% | 48,0% | 71,0% | 60,9% | 66,7% | 65,3% |
| nein | 28,9% | 52,0% | 29,0% | 39,1% | 33,3% | 34,7% |

Zum Abschluss der Befragung T2 sind die Studienteilnehmer gebeten worden anzugeben, warum sie das Rauchen von Heroin mithilfe von Folien praktizieren. Fast sechs von zehn (58,9%) geben als Grund an, dass diese Form des Konsums gesünder sei als das Injizieren. Frauen weisen hier mit einem Anteil von 66,7% einen höheren Anteil auf als die Männer (56,8%). Auch nimmt mit steigendem Alter die Zustimmung zu dieser Aussage zu.

Ebenfalls fast die Hälfte der Befragten (49,1%) benennt Neugier als Grund für das Folie-Rauchen; Männer mit einem Anteil von 51,1% deutlich häufiger als die Frauen. Mit Blick auf die Alterskategorien sind es vor allem die jüngeren Heroinkonsumenten, die dem Folierauchen mit Neugier begegnen (62,5%). Die entsprechenden Anteile der Älteren liegen bis zu 20 Prozentpunkte darunter.

Für etwa ein Drittel der befragten Konsumraumbesucher (35,7%) ist das geringere Risiko einer Ansteckung mit Krankheiten wie Hepatitis oder Aids von besonderer Bedeutung. Frauen benennen diesen Grund mit 41,7% häufiger als die Männer (34,1%). Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in der mittleren Altersgruppe die Zustimmung zu diesem Item mit einem Anteil von 40,0% höher liegt, als bei jüngsten (34,4%) und ältesten Studienteilnehmern (30,0%).

Ein Drittel der Befragten gebraucht Rauchfolien, um auf diesem Wege der Gefahr einer Überdosierung zu entgehen. Die Anteile der Männer liegen mit 36,4% mehr als elf Prozentpunkte über dem der Frauen. Interessant sind die Zustimmungsraten zu diesem Grund bei der jüngsten Befragtengruppe. Fast die Hälfte von Ihnen (46,9%) raucht aus Angst vor einer Überdosierung das Heroin mithilfe von Folien. In den beiden anderen Altersklassen wird dieses Item von nicht einmal einem Drittel benannt.

Auch die Notwendigkeit einer Venenpause wird von 30,4% als Grund für das Folierauchen angegeben. Die Anteile von Männern und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich kaum. Mit Blick auf die Altersgruppen sind es die über 39-Jährigen, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil derer aufweisen, die eine Venenpause als bedeutenden Grund für das Rauchen des Heroins angeben. Da anzunehmen ist, dass viele dieser älteren Konsumraumbesucher schon seit vielen Jahren iv-Konsum

praktizieren und deshalb ein erheblicher Teil der äußerlich zugänglichen Blutgefäße Schädigungen aufweist, sind die vielen Nennungen der „Venenpause“ nicht überraschend.

Alle weiteren vorgegebenen möglichen Gründe für das Folierauchen – „Geringe Kosten“, „Entzugssymptome schneller lindern“, „keine sterilen Spritzen zugänglich“ und „von anderen empfohlen“ – weisen Zustimmungsraten von unter 20% auf und werden daher nicht näher beschrieben. Die konkreten Anteile sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Gründe für das Rauchen von Heroin

| | Geschlecht | | Alter | | | Gesamt |
|--------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | m | w | 19-29 | 30-39 | 40+ | |
| | (N=88) | (N=24) | (N=32) | (N=50) | (N=30) | (N=112) |
| Neugier | 51,1% | 41,7% | 62,5% | 42,0% | 46,7% | 49,1% |
| gesünder als injizieren | 56,8% | 66,7% | 53,1% | 60,0% | 63,3% | 58,9% |
| geringeres HIV- und Hepatitis-Risiko | 34,1% | 41,7% | 34,4% | 40,0% | 30,0% | 35,7% |
| geringe Kosten | 9,1% | 4,2% | 18,8% | 4,0% | 3,3% | 8,0% |
| Entzugssymptome schneller lindern | 15,9% | 8,3% | 12,5% | 18,0% | 10,0% | 14,3% |
| brauche Venenpause | 30,7% | 29,2% | 28,1% | 22,0% | 46,7% | 30,4% |
| keine sterilen Spritzen zugänglich | 4,5% | 4,2% | 6,3% | 6,0% | ,0% | 4,5% |
| Überdosis vermeiden | 36,4% | 25,0% | 46,9% | 28,0% | 30,0% | 33,9% |
| von anderen empfohlen | 18,2% | 20,8% | 28,1% | 12,0% | 20,0% | 18,8% |

2.3. Befragungszeitpunkt T3

An der dritten Befragung haben insgesamt 89 Konsumraumbesucher teilgenommen. Hiervon waren 18 Personen weiblichen Geschlechts. Aufgrund dieser geringen Fallzahl sind die nachfolgenden Ergebnisse für die Frauen nur eingeschränkt interpretierbar. Tendenzen im Antwortverhalten dieser Gruppe lassen sich aber dennoch diskutieren.

Die Befragung T3 begann frühestens 30 Tage nach Durchführung der vorhergehenden Befragung T2. Einleitend sind die Studienteilnehmer gefragt worden, ob sie die SMOKE-it-Folien seit T2 benutzt haben. Aus Tabelle 5 lässt sich entnehmen, dass dies mit wenigen Ausnahmen der Fall war (87,6%). Die Männer berichten mit einem Anteil von 91,5% häufiger von dem Gebrauch der Folien als die Frauen (72,2%). Zwischen den Altersgruppen zeigen sich hingegen keine nennenswerten Unterschiede.

Diejenigen, welche die Rauchfolien auch nutzten, sollten angeben, wie häufig sie dies taten. Exakt ein Viertel berichtete von einem nur gelegentlichen Konsum, der weniger als 1-mal wöchentlich stattfand. Etwas weniger als ein Drittel rauchte regelmäßig etwa einmal die Woche und 10,5% regelmäßig mehrmals wöchentlich. Von einem täglichen inhalativen Heroinkonsum berichtet ein weiteres Drittel der Stichprobe. Aufgrund der sehr geringen Anzahl von Frauen, die in diese Analyse eingingen (N=12), ist eine detaillierte Interpretation der Daten zur Häufigkeit des Folierauchens für diese Teilstichprobe nicht möglich. Mit Blick auf die Altersgruppen zeigt sich der etwas überraschende Befund, dass die 19 bis 29-Jährigen am häufigsten von einem mindestens mehrmals

wöchentlichen Konsum berichten (50,0%). In den beiden anderen Teilstichproben liegt der entsprechende Anteil etwa zehn Prozentpunkte darunter.

Neben den SMOKE-it-Folien werden von vielen Befragten auch andere Rauchfolien für den Heroinkonsum genutzt. Insgesamt bejahen 43,8% den Gebrauch anderer Folien. Nennenswerte geschlechts- und altersspezifische Unterschiede sind diesbezüglich nicht zu erkennen.

Die Studienteilnehmer sind darüber hinaus gebeten worden anzugeben, wie hoch der Anteil des Rauchens an allen Heroinkonsumvorgängen war. Diese Frage zielte zeitlich auf das aktuelle Konsumverhalten. Insgesamt berichtet ein Fünftel der Stichprobe davon, aktuell Heroin nicht inhalativ aufzunehmen. Fast ein Drittel nutzt Rauchfolien nur hin und wieder – zwischen 1% und 25% aller Konsumvorgänge. Bei 15,4% machen das Folierauchen zwischen 26% und 50% aller Konsumvorgänge aus. Von einem mehrheitlichen Foliengebrauch – zwischen 76% und 99% – berichtet jeder zwanzigste Studienteilnehmer und etwas mehr als ein Viertel (26,9%) praktiziert ausschließlich diese Applikationsform. Eine geschlechtsspezifische Interpretation dieses Sachverhalts fällt aufgrund der geringen Zahl einbezogener Frauen schwer. Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil von weiblichen Heroinkonsumenten (50%), die angeben, aktuell überhaupt keine Folien zu benutzen. Hinsichtlich des Alters zeigt sich hingegen ein deutlicher Effekt. Der Anteil derer, die mehr als drei Viertel ihrer Konsumvorgänge in Form des Folierauchens praktizieren, steigt mit dem Lebensalter stetig an. Beträgt dieser Anteil bei den 19 bis 29-Jährigen 26,9%, so sind es in der mittleren Altersgruppe bereits 31,5%. Bei den ältesten Studienteilnehmern liegt er nochmals zehn Prozentpunkte darüber (41,2%).

Vier Fünftel aller Befragten geben an, dass sie die SMOKE-it-Folien auch zukünftig nutzen würden, sofern ein entsprechendes Angebot verfügbar wäre. Diese hohe Zustimmungsrates resultiert aber nahezu ausschließlich aus den Angaben der männlichen Konsumraumnutzer (89,9%). Bei den (wenigen) befragten Frauen überwiegt der Anteil derer, die diese Rauchfolien nicht nutzen möchten. Hinsichtlich des Alters zeigen sich nur vergleichsweise geringe Unterschiede. Die mittlere Altersgruppe berichtet zu etwas geringeren Anteilen von dem Wunsch einer zukünftigen Nutzung der SMOKE-it-Folien (77,5%) als die 19 bis 29-Jährigen (84,0%) und die über 39-Jährigen (81,8%).

Etwas weniger als 60% der Studienteilnehmer wären bereit, die Folien auch käuflich zu erwerben; Männer mit einem Anteil von 65,7% zu wiederum deutlich höheren Anteilen als die Frauen (29,4%). Auch mit Blick auf das Alter zeigen sich Unterschiede im Antwortverhalten. Bejaht nur etwas mehr als die Hälfte der 19 bis 39-Jährigen die Bereitschaft zum Kauf der Folien, so sind es bei den über 39-Jährigen mehr als drei Viertel (76,2%). Befragt nach dem Preis für 10 SMOKE-it-Folien gibt etwas weniger als ein Drittel an, dass dieser nicht mehr als 49 Cent betragen dürfte. Ein weiteres Viertel wäre bereit 50 Cent zu zahlen und 40,4% halten einen Preis von bis zu einem Euro noch für angemessen. Ein darüber hinausgehender Preis für den Kauf der Folien findet nur bei zwei der insgesamt 52 auf diese Frage antwortenden Konsumraumbesucher Zustimmung (3,8%).

Die SMOKE-it-Folien können bei einem nicht unerheblichen Teil der Konsumraumbesucher zu einer Verringerung des intravenösen Konsums beitragen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, das Folierauchen statt des iv-Konsums praktiziert zu haben. Die entsprechenden Anteile liegen bei den Männern mit 54,9% etwas höher als bei den Frauen (44,4%). Werden die Studienteilnehmer nach den Altersgruppen unterschieden, so sind es insbesondere die Älteren, die mit einem Anteil von 63,6% von einem veränderten Applikationsverhalten berichten. In der jüngsten Altersgruppe liegt der entsprechende Anteil zehn Prozentpunkte darunter. Der geringste Effekt zeigt sich bei den 30 bis 39-Jährigen; 46,3% inhalieren das Heroin, statt es intravenös zu applizieren.

Tabelle 5: Gebrauch und Beurteilung der SMOKE-it-Folien

| | Geschlecht | | Alter | | | Gesamt |
|--|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | m | w | 19-29 | 30-39 | 40+ | |
| Gebrauch der SMOKE-it-Folien seit T2 | (N=71) | (N=18) | (N=22) | (N=34) | (N=20) | (N=89) |
| Ja | 91,5% | 72,2% | 88,5% | 85,4% | 90,9% | 87,6% |
| Nein | 8,5% | 27,8% | 11,5% | 14,6% | 9,1% | 12,4% |
| Häufigkeit des Folierauchens | (N=64) | (N=12) | (N=22) | (N=34) | (N=20) | (N=76) |
| weniger als 1 Mal wöchentlich | 25,0% | 25,0% | 18,2% | 29,4% | 25,0% | 25,0% |
| regelmäßig, 1 Mal wöchentlich | 34,4% | 16,7% | 31,8% | 29,4% | 35,0% | 31,6% |
| regelmäßig, mehrmals wöchentlich | 12,5% | ,0% | 18,2% | 2,9% | 15,0% | 10,5% |
| regelmäßig, mindestens 1 Mal am Tag | 28,1% | 58,3% | 31,8% | 38,2% | 25,0% | 32,9% |
| Nutzung anderer Folien | (N=71) | (N=18) | (N=26) | (N=41) | (N=22) | (N=89) |
| Ja | 42,3% | 50,0% | 46,2% | 41,5% | 45,5% | 43,8% |
| Nein | 57,7% | 50,0% | 53,8% | 58,5% | 54,5% | 56,2% |
| Anteil des Rauchens am Gesamtkonsum | (N=62) | (N=16) | (N=26) | (N=35) | (N=17) | (N=78) |
| 0% | 12,9% | 50,0% | 19,2% | 25,7% | 11,8% | 20,5% |
| 1% bis 25% | 35,5% | 18,8% | 38,5% | 31,4% | 23,5% | 32,1% |
| 26% bis 75% | 17,7% | 6,3% | 15,4% | 11,4% | 23,5% | 15,4% |
| 76% bis 99% | 6,5% | ,0% | 3,8% | 2,9% | 11,8% | 5,1% |
| 100% | 27,4% | 25,0% | 23,1% | 28,6% | 29,4% | 26,9% |
| Nutzung der SMOKE-it-Folien in Zukunft | (N=69) | (N=18) | (N=25) | (N=40) | (N=22) | (N=87) |
| Ja | 89,9% | 44,4% | 84,0% | 77,5% | 81,8% | 80,5% |
| nein | 10,1% | 55,6% | 16,0% | 22,5% | 18,2% | 19,5% |
| Bereitschaft zur Bezahlung der Folien | (N=70) | (N=18) | (N=26) | (N=40) | (N=21) | (N=87) |
| Ja | 65,7% | 29,4% | 57,7% | 50,0% | 76,2% | 58,6% |
| nein | 34,3% | 70,6% | 42,3% | 50,0% | 23,8% | 41,4% |
| Heroin geraucht statt iv-Konsum | (N=71) | (N=18) | (N=26) | (N=41) | (N=21) | (N=89) |
| Ja | 54,9% | 44,4% | 53,8% | 46,3% | 63,6% | 52,8% |
| nein | 45,1% | 55,6% | 46,2% | 53,7% | 36,4% | 47,2% |

Teil II: Qualitative Untersuchung

1. Methodik

Die qualitative Erhebung wurde zwischen Juli und September 2012 durchgeführt. Das Ziel war es, Interviews mit zuständigen MitarbeiterInnen vor Ort und jeweils zwei bis drei NutzerInnen des Rauch-Angebots durchzuführen. Dieses Ziel wurde auch erreicht, wenngleich die Befragung der NutzerInnen im Drogenkonsumraum „Ragazza“ in Hamburg (Einrichtung nur für weibliche Drogenkonsumentinnen) von einer vorher instruierten Mitarbeiterin der Einrichtung durchgeführt wurde, weil es sich um eine frauenspezifische Einrichtung handelt.

Die Interviews basierten jeweils auf Leitfäden für einerseits MitarbeiterInnen und andererseits NutzerInnen. Einige Fragen waren in beiden Leitfäden enthalten, so dass unterschiedliche Perspektiven und Einschätzungen auf denselben Fragegegenstand möglich wurden.

Die Datenerhebung erfolgte unter Verwendung des unten beschriebenen Leitfadens innerhalb eines Face-to-Face-Interviews. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten. Zu Beginn der Interviews erläuterte der Interviewer als Vorbereitung auf das Gespräch jeweils den Zweck, den Inhalt, zeitlichen Umfang und den Aufbau des Interviews und ermöglichten es den Interviewpartnern, noch bestehende Fragen zu formulieren, bzw. das Interview nicht durchzuführen (in keinem der Fälle). Des Weiteren wurde nochmals die Wahrung der Anonymität und der Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte auch gegenüber den Mitarbeitern der vermittelnden Institutionen zugesichert. Die Interviews wurden einerseits mit den mit dem Smoke-It! – Projekt befassten MitarbeiterInnen der Einrichtungen durchgeführt. Hier wurde die professionelle Expertise bezüglich der Einrichtung und des Durchführens des Projektes abgefragt. Die Interviews mit den NutzerInnen des Projektes fanden in den Büroräumen der Einrichtung statt. Die InterviewpartnerInnen wurden von den MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume angesprochen, und wurden mit 10€ vergütet. Die Interviews fanden dann entweder spontan oder geplant statt. Durch die Ansprache der MitarbeiterInnen sind Selektionseffekte nicht auszuschließen. Diese qualitative Untersuchung hatte jedoch einen explorierenden Charakter, es ging um die Sichtbarmachung von sozialen und subjektiven Bedeutungszusammenhängen. Zusätzlich zur quantitativen Erhebung ging es um eine tiefere Einsicht in die jeweiligen Foliengebrauchsmuster und individuellen Beweggründe der Nutzung bzw. Nichtnutzung.

Alle Interviews wurden nach Einholung der Zustimmung der Interviewpartner auf Band aufgenommen und später anonymisiert transkribiert. In der Transkription wurden Dialekte und sprachliche Besonderheiten sowie Laute (z.B. Hmm) wiedergegeben.

Tabelle 6: Transkriptionsregeln

(3) = längere Pause, Angabe der Sekundenzahl ab 3 Sek.

(...) = Auslassung

// = Wortabbruch

Die Interviewpartner wurden darüber aufgeklärt, dass ihre Angaben wenn es um Eigennamen ging verschlüsselt wurden, so dass eine spätere Zuordnung der Aussagen nicht möglich ist.

Insgesamt wurden 17 Interviews mit 20 Personen (8 MitarbeiterInnen; 12 NutzerInnen) durchgeführt (5 in Frankfurt in zwei verschiedenen Einrichtungen, 3 in Dortmund, 2 in Hamburg, 2 in Berlin. In einigen Einrichtungen wurden zwei MitarbeiterInnen gleichzeitig interviewt). Zwei Interviews mit jeweils 2 MitarbeiterInnen wurden in Dortmund und Hamburg durchgeführt. Mit dem verantwortlichen Mitarbeiter der DROBS Bielefeld wurde ein Telefoninterview durchgeführt. Die Einrichtung war nicht ursprünglich am Pilotprojekt beteiligt. Trotzdem wurden die dort gemachten Erfahrungen als wichtig erachtet und per Interview eingeholt.

Der Leitfragen für NutzerInnen der Drogenkonsumräume umfasste folgende Themen:

- Angaben zum Aufmerksamwerden auf das Angebot des Rauchkonsum und der Rauchfolien samt Zubehör und Reaktion auf das Angebot
- Vorerfahrungen mit Rauchkonsum welcher Drogen?
- Benennung von Problemen bei der Nutzung und Akzeptanz der Rauchfolien
- Erfahrungen mit dem Angebot der fertigen Rauchfolien samt Zubehör (Häufigkeit der Inanspruchnahme, Orte der Nutzung etc.).
- Einschätzung des Werts von Folien bzw. des inhalativen Konsums zur Reduktion von HIV, Hepatitisinfektionen und Drogennotfällen
- Einschätzungen der Chancen, mit einem solchen Projekt einen Umstieg auf einen Rauchkonsum zu fördern (Nachhaltigkeit)?
- Einschätzung der Akzeptanz des Rauchkonsums bei KonsumentInnen, wenn sie die Folien samt Zubehör bezahlen werden müssten (welche Höhe wäre akzeptabel)?
- Einschätzung der Attraktivität der Rauchfolien-abgebenden Einrichtung durch das Projekt (Abgabe der Rauchfolien samt Zubehör, und Ansprache neuer Nutzergruppen, häufigere Nutzung)?
- Einschätzung weiterer Hürden für einen (dauerhaften) Umstieg auf Rauchkonsum.
- Abschließende offene Frage nach weiteren Anmerkungen

Die Interviews mit den MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume deckte ebenfalls die o.g. Fragebereiche aus Einrichtungsperspektive ab. Zusätzlich jedoch noch Fragen nach der Bedeutung dieses Projektes für die gesamte Einrichtung einschließlich etwaiger Nebeneffekte.

Die qualitativen Daten wurden mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1997) ausgewertet.

Es wurden Raster-Kategorien gebildet, mit Hilfe derer die Zusammenfassung der Textstellen umgesetzt wurde. Hierbei werden einzelne Textpassagen aus den Transkriptionen den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Diese Auswertungskategorien werden eingesetzt:

- Wahrnehmung des Angebots zum Rauchkonsum (einschließlich der Rauchfolien samt Zubehör und Reaktion)
- Vorerfahrungen mit dem Rauchkonsum von Drogen (Rauch-Konsummuster)
- Benennung von Problemen bei der Nutzung und Akzeptanz der Rauchfolien
- Erfahrungen mit dem Angebot der fertigen Rauchfolien samt Zubehör (Häufigkeit der Inanspruchnahme, Orte der Nutzung etc.).
- Wert der Folien bzw. des inhalativen Konsums zur Reduktion von HIV, Hepatitisinfektionen und Drogennotfällen
- Chancen mit dem Projekt einen Umstieg auf einen Rauchkonsum zu fördern (Nachhaltigkeit)?
- Einschätzung der Akzeptanz des Rauchkonsums bei anderen KonsumentInnen, wenn sie die Folien samt Zubehör bezahlen werden müssten
- Einschätzung der Attraktivitätssteigerung der Rauchfolien-abgebenden Einrichtung durch das Projektes (Abgabe der Rauchfolien samt Zubehör, und Ansprache neuer Nutzergruppen, häufigere Nutzung)

2. Ergebnisse: NutzerInnen des Angebots

2.1. Wahrnehmung des Angebots zum Rauchkonsum (einschließlich der Rauchfolien samt Zubehör und Reaktion)

Vor dem Start der Projekte in den Drogenkonsumräumen haben die MitarbeiterInnen durch Plakate und Flyer und direkte Ansprache der NutzerInnen auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Überzeugend in der Kommunikation mit den Zielgruppen scheint die Neuheit und besonderen Materialeigenschaften der Folien zu sein, die das Interesse an einer Teilnahme am Smoke-IT! – Projekt geweckt hat.

„Hauptsächlich durch die Mitarbeiter. Die haben mich darauf aufmerksam gemacht, dass es 'ne neue Folie geben würde, die besser sein sollte als, ähm, die Herkömmliche, also die frei Erwerbliche ...Da die, ähm, nich' so viele Schadstoffe wohl enthalten soll, so wurde es mir gesagt (B_K1, 1-13)

Die Folien stellen auch ein neues Medium in der Kommunikation mit den Betroffenen dar. Es ist gewissermaßen eine Erweiterung des Beratungsangebotes durch die Einführung materieller Schutzmaßnahmen.

„Äh, durch die Betreuer, die haben mich angesprochen, weil, äh, ich hab ja damals angefangen zu rauchen und ja bin dann zum Spritzen rüber gegangen und äh, ja, weil durch Probleme und so und die haben das gemerkt, so, dass ich da auch nich' mit klar komm', weil ich ja auch selber Angst hab', Überdosis oder irgendwas anderes ...Und haben mich angesprochen, haben mir dann die neue Folie da vorgestellt und äh, ja, danach angefangen wieder zu rauchen ... Die haben mir dann, mit 'em, haben wir uns zusammen gesetzt und wir haben ein bisschen geredet, ja und dann mich auf 's Rauchen wieder umgestellt.“ (Do_K1. 5-23)

Neben einer Thematisierung im Spektrum von Safer-Use – Themen allgemein, geht es im Einzelfall auch um Lösungsstrategien für Menschen in konkreten Notlagen (z.B. keinen Venenzugang mehr).

„Ja. Ich bin halt, äh, angesprochen worden, weil ich mich immer ein bisschen schlecht treff'“. (FFM_1_K3, 20)

Gleichzeitig wird deutlich, dass das neue Angebot in der Szene weiter kommuniziert wird.

„Ja. Kollegen und die haben mich schon geb//, die hier nicht hinkommen, sind immer andere Platten, die haben mich gesehen mit den Folien und gefragt, woher. Hab' ich gesagt, geht hin, holt euch, informiert euch. Ne. Äh, dann hab' ich, viele Teile musst' ich abgeben. Aber, äh, die Jungs, die, die, die sind auch alle begeistert davon und äh, ich hab' hier hingebracht, dann so fünf oder sechs Leute, die auch die Folie haben wollten unbedingt.“ (Do_K1, 174-178)

2.2. Vor-Erfahrungen mit dem Rauchkonsum von Drogen (Rauch-Konsummuster)

In den Befragungen wird deutlich, dass viele KonsumentInnen nicht ausschließlich intravenösen Opiatkonsum betreiben, sondern sowohl injizieren als auch rauchen.

In mehreren Interviews wird auch angemerkt, dass das Spritzen als etwas sehr gefährliches angesehen und mit körperlichem Abbau (z.B. Abszesse, geringe Reinheit des Stoffs in die Vene injizieren) assoziiert wird. Darin spiegelt sich auch eine Form von Körperbewusstsein wieder. Beispielhaft eine Schilderung eines Drogenkonsumverlaufs im Folgenden:

2.2.1. Ängste vor dem Injizieren

Ablehnungen, Ängste und Vorbehalte gegenüber dem i.v.-Konsum sind bei einer größeren Zahl von KonsumentInnen zu hören. Sie zeigen an, dass der Spritzvorgang – aufgrund seiner vermeintlichen besseren Wirtschaftlichkeit als notwendiges Übel hingenommen wird.

I: Mhm. Haben Sie vorher schon Raucherfahrungen gehabt?

K2: Ja.

I: Hmhm. Ähm, wie lange?

K2: Ich hab' etwa acht Jahre geraucht und dann zwei Jahre, äh, gespritzt.

I: Ja, okay. Ähm, warum haben sie denn, äh, so lange geraucht und nie gespritzt? Oder erst spät, sagen wir, diese zwei Jahre gespritzt? Und jetzt rauchen sie wieder ganz oder, ähm, wechselhaft?

K2: Wechselhaft. Ähm.

I: Wie kam das?

K2: Ja, ich, ich wollt' einfach nie, nie spritzen?

I: Ja.

K2: So ich hab ' halt mit dem Rauchen und auch Naseziehen, äh, angefangen, weil Spritzen war halt 'ne Überwindung.

I: Mhm.

K2: Und mit dem Spritzen hab ich überhaupt erst angefangen, ich bin aus der Substitution rausgeflogen und war sehr hoch dosiert und hatte wenig Geld und dann hab' ich, hab' ich halt angefangen zu spritzen, damit ich noch//

I: //Ja.

K2: überhaupt was habe von der geringen Menge.

I: Also, das, äh, hol' so zu sagen das Maximum aus dem Minimum heraus i. v.

K2: So sieht 's aus. Ja.

I: Hmhm. Okay. Und jetzt geht es Ihnen wieder besser oder, oder sind sie wieder in der Substitution?

K2: Ich bin ab morgen wieder in der Substitution.

I: Ja. Und, äh, werden sie dann weiter rauchen oder ab und zu i.v.?

K2: Ähm, ich hab' die Hoffnung dann gar keinen Beikonsum mehr zu haben. Aber wenn, dann Rauchen, also Spritzen nicht Also Spritzen möcht' ich nich' mehr.

I: Okay. Hmhm. Äh, was waren damit, mit Ängste, welche Ängste waren damit verbunden, dass Sie nicht spritzen wollen? Was wollen sie da vermeiden?

K2: Ja, ich hab' gesehen, dass Leute die spritzen sehr abbauen körperlich. Ähm, ja dann, ich weiß ja, dass das Zeug, was verkauft wird, nich' sauber is', dass das halt der, der Wirkstoffgehalt sehr gering ist und dass alles andere halt Dreck ist. Aber das würde ich mir nicht unbedingt direkt in die, in die Venen rein hauen und Gefahr von Abszessen etc., ja.“ (Do_K2, 6-76)

Für viele Befragten beispielhaft, sind permanent wechselnde Konsummuster zwischen intravenös und inhalativ. Dabei scheint es fest Regeln und Integrationen in den Alltag zu geben. Wirkungserfahrungen und Geschmack spielen offenbar eine wesentliche Rolle im individuellen ‚Suchtdruck-Management‘.

„...ich mach' beides. Ich mach' i. v., ich baller mir normalerweise eine Kugel ein, den zweite rauch' ich, äh Punkt und dann ideal wär 's, wenn ich drei habe und die dritte rauch' ich mit Bahnrauchen (B_K2, 3-6)

„Weil ich wollte nichts verschwenden. Ich wollte das volle Wirkung von das, das Heroin. Aber, Aber ich rauch' immer noch. Normalerweise ich rauch', ähm, ähm, drei Kugeln und ähm, ich baller ein oder zwei. Zur Zeit zwei und den zweiten ich rauche, weil das, ähm, ich bin an dem, ich liebe den Geschmack. Ich bin daran gewöhnt an den Geschmack. Deswegen der ein Mitarbeiter hier hat mich gefragt, ob ich noch rauche und ob ich diese Folie auch ausprobieren will.“ (B_K2, 161-166)



2.2.2. Motivationen zum Rauchkonsum

Eine zentrale Motivation zum inhalativen Konsum ist die Reflektion des mangelnden Reinheitsgehalts und den Auswirkungen auf den eigenen Körper. Dabei werden auch handlungsleitende Alltagskonstruktionen sichtbar, etwa dass die Gefahr Beimengungen aufzunehmen beim Rauchen, d.h. im Verbrennungsvorgang etwas geringer sei.

„... Ich bin auch Raucher davon, dadurch geworden, weil, äh, der Stoff so schmutzig is' und äh, doch beim Rauchen 'ne Menge mehr verbrennt vorher oder es bleibt dann sozusagen erst mal liegen. Ja oder was meistens schwerer is', das setzt sich ab und hinterher is' der Stoff dann etwas reiner. Was man halt beim, beim Injektion nich so, äh, rausfiltern kann ... Weil die Filter nich' fein genug sind und dadurch doch, äh, 'ne Menge Unrat mit reinkommt. Vor allen Dingen weiß man ja auch nich' genau, was drin is', ne. Sind ja auch viele Tabletten mit drunter gemischt oder sonst irgendwas für nen Kram ... Und ähm, da is' dann, ähm, die Gefahr beim Rauchen etwas geringer.“ (B_K1, 224-239)

Rauchkonsum ist also auch eine Auseinandersetzung mit dem fortgesetzten intravenösen Drogenkonsum und den Folgen langjähriger Injektionen unter Schwarzmarktbedingungen mit den häufig berichteten Konsequenzen, keinen Venenzugang mehr zu finden. In einigen Berichten wird der weniger starke Wirkungseffekt des Rauchens positiv dem massiven Effekt des i.v. Konsums gegenüber gestellt.

„ ... das Spritzesetzen hasse ich, ne. Und ich treff' auch nich' so gut jetzt nach, äh, äh, sag' ich mal fünfzehn Jahren. äh, äh Spritzen. Ne oder auch, also, also sagen wir zwölf Jahre, so ungefähr gespritzt. Ne, ja. Also, ich treff' nich' mehr und ach irgendwie, äh, ähm, würd' ich mich auch gar nich' so bewusstlos machen, ne. ... hab' lieber so einen etwas leichteren Turn und krieg' dabei noch was mit, ne... (Do_K3, 122-129)

„Irgendwann treffen die Leute nich' mehr, ne. Weil die Adern, äh, äh, nich' mehr da sind. Ja und dann fangen die an zu rauchen. Ne, da, so is' oft der Einstieg.“ (Do_K3, 157-158)

Häufig jedoch ist der schlechte Venenzugang das zentrale Motiv auf einen Rauchkonsum umzusteigen. Dieser Prozess braucht scheinbar längere Zeit und der Umstieg ist nicht von heute auf morgen zu realisieren. Die Erfahrungen von Abszessen als Konsequenz eines schlechten Zugangs sind universell in den Interviews berichtet worden.

„ Es gibt sehr viel Leute, also ich hab' jetzt ähm, auch die Frau X, zum Beispiel 'ne wirklich lange, lange Bekannte, auch Alt-Junkie, die sich gesagt hat, hier es bringt alles nichts, äh, Leiste, alles, schon Riesenabszesse gehabt und, und, und. Die raucht halt. ... Also es wird nich' mehr gespritzt. Da sind schon die älteren Hasen hier, die sind schon, die gucken schon, dass sie halt net sich da ein Blutbad anrichten und es bringt ja alles Nichts.“(FFM-1_K3, 262-268)

Die geringe öffentliche Wahrnehmbarkeit des Rauchkonsums scheint für einige der Befragten ebenfalls ein Argument für die Initiation bzw. Beibehaltung des inhalativen Konsums zu sein.

„Beim Rauchen kannst du dich schnell irgendwo hinterm, äh, hinten hin stellen. Guckt keiner. Aber wenn du da sitzt und drückst, das is' immer schon was anderes.“ (HH_K1, 43-44)

Schließlich ist für einige Gruppen die strikte Ablehnung des i.v.-Konsums das zentrale Motiv inhalativen Heroinkonsum zu betreiben.

„... generell also Spritzen hab' ich noch nie leiden können und nee, also Spritzen, das kam für mich nie in Frage.“ (FFM_2_K2, 146-147)

2.2.3. ‚Punkt- und Bahnrauchen‘

In den Interviews werden grundsätzlich zwei verschiedene Techniken des Rauchkonsums angesprochen: ‚Punkt- und Bahnrauchen‘. Beide Techniken haben unterschiedliche Wirkungen in der Wahrnehmung der Stärke der Droge. Während beim ‚Punktrauchen‘ eine geringe Grammzahl des Heroins/der Droge auf einem kleinen Häufchen auf der Folie zurecht gelegt, erhitzt und dann schnell inhaliert wird, ist das ‚Bahnrauchen‘ ein Konsumvorgang, der etwas längere Zeit in Anspruch nimmt. Hier wird das Heroin/die Droge auf der Alufolie erhitzt und durch das Schwenken – unter Erhitzung - der Folie bewegt – das Heroin ‚läuft‘ und wird in diesem Vorgang inhaliert.

„ ...zum Beispiel, es gibt zwei Arten das Heroin zu rauchen. Man kann es mit Punkte, so ein kleiner Haufen rauchen und man kann es auch, äh, nich' brennen lassen und mit Bahnen rauchen. Und dit, das kommt langsamer an mit dem Bahnrauchen.“ (B_K2, 11-14)

Is' so wie ein Joint. Und das Punktrauchen is' so wie 'ne Bong. Also es kickt sofort. (B_K2, 18)

Die meisten Befragten geben eine klare und eindeutige Antwort auf die Frage, welchen Konsumstil zu bevorzugen: Sie begreifen sich tatsächlich als ‚Punkt- oder Bahnraucher‘.

I: Sind Sie Punkt- oder Bahnraucher?

K3: Bahn.

I: Ja. Bahn (lacht). Erzählen Sie mal nen bisschen was dazu. Wie, wie, was, wie soll, soll, ich bin da völlig unbedarf? Wie soll man sich das vorstellen? Bahnrauchen? Und was is' der Unterschied dazwischen?

K3: Ja, also Punktrauchen lässt man die Schore auf einem Punkt. Dann Feuer drunter und phphph (Einatmungsgeräusch) zieht das direkt weg und bei Bahnrauchen, äh, ähm, macht man eben 'ne Bahn. Lässt das immer hin und her laufen, geht mit 'em Röhrchen immer hin//, hinter her.“ (Do_K3, 61-72)

„Ja, also ich bin Punktraucher. Ähm, Punktrauchen, damit halt relativ kleine Mengen, kann ich jetzt nich' sagen, wie viel das sind in Gramm. Das is' vielleicht, ja fünfzig Milligramm

vielleicht, würd' ich sagen. Ja, ja mit 0,1 Gramm kriegt man ungefähr, ja vielleicht nich' fünfzig, vielleicht. Aber ja doch, doch für 0,1 Gramm kriegt man zwei bis drei Punkte und ähm, das bleibt dann halt auf einem Fleck, man hält die Flamme unter, unter die Folie und dann fängt das an zu brodeln und man inhaliert das. Und wenn man, die, die Bahnen rauchen, die nehmen größere Mengen drauf, nehmen oft auch noch Streckmittel dazu und dann verfolgen die, ähm, die halten die Folie schräg, zünden das an und verfolgen dann das hin und her fließende Heroin mit dem Röhrchen ... Und ja, jeder hat halt das, was er, einer mag lieber Punkte, einer raucht lieber Bahnen.“ (DoK2, 212-224)

Die Entscheidung für oder wider Punkt- oder Bahnrauchen reflektiert auch immer technische Fertigkeiten und die Angst vor Verlusten beim Inhalieren.

„Und bei den Neuen, mal runter, mal hoch, äh, äh, es gleitet einfach ganz schön. Also man brauch' nich' abzusetzen, Angst zu haben, dass dann ein bisschen Verschwendung is' oder so. Man raucht einfach gut. Super.

I: Gut. Und warum muss das Heroin laufen? Erklären Sie 's mir mal?

„Ähm, wenn man oder man muss nich', man kann auch Punkte rauchen, aber äh, viele tun 's drauf lassen. Beim Punktrauchen ich komm' nich' mit 'em Punkt klar, weil ich hab' Angst, dass dann Feuer fängt, weil ich das Feuer viel zu hoch halte oder irgendwas anderes.“ (D_K1, 48-56)

Eine Motivation für das ‚Bahnrauchen‘ besteht offenbar auch in der besseren individuellen Einteilbarkeit der verfügbaren Heroinmenge.

I: Ja. Äh, rauchen Sie überwiegend Punkt oder Bahn?

„K1: Nee, Bahn ... Also ich lass' es laufen, ja ...ja, also Unterschied. Äh, so kann ich mir das länger einteilen. wenn ich ein Punkt rauche, dann hab ich das, äh, zu schnell weg ... So kann ich das länger, besser dosieren.“ (B_K1, 77-99)

Das Erlernen der Technik des ‚Bahnrauchens‘ braucht nach Angaben von Befragten nicht viel Zeit.

I: ... wie lange braucht man so dazu, um das zu lernen (Bahn rauchen, d.V.)?

„Ach das geht eigentlich, geht schnell ... Zwei, drei Mal. Ich glaub' dann hat man es.“ (B_K1, 105-111)

Die neue Alufolie bietet offenbar einen besseren Schutz dafür, dass sie bei ‚punktgenauer‘ Erhitzung nicht durchbrennt, und die Substanz verlorenght.

„...was mir dabei einfällt, auch beim Punktrauchen, äh, da is' die Gefahr auch höher, dass es durchbrennt und das is' bei der neuen Folie halt nich' ganz so schnell ... ganz der Fall, weil es, weil die halt etwas stärker ist und dadurch mehr Hitze verträgt.“ (B_K1, 156-159)

Das ‚Laufenlassen‘ des Heroins dient allein dem Zweck eine größere Menge erhitzen und inhalativ konsumieren zu können, statt kleinere Portionen auf die Alufolie zu geben, um sie dann direkt zu erhitzen.

I: Warum muss das Heroin denn laufen? ...

„Ähm, ja, wenn man große Mengen auf einem Haufen hätte, dann würde es schneller verbrennen und äh, nich', nich' in den gasförmigen Zustand übergehen.“ (Do_k2, 226-229)

Widersprüchlich sind die Aussagen bezüglich des unterschiedlichen Wirkungserlebens beider Konsumformen.

I: Haben die dann, wenn die größere Mengen einsetzen und die sie fließen lassen, 'ne, 'ne bessere Wirkung, 'ne stärkere Wirkung?

„Einige sagen so, andere so ... Es kommt auch drauf an, wie gut man es kann. Also das Bahnrauchen is' natürlich schwieriger. Man muss ein gu//, gutes Gefühl dafür haben, wo man das Feu//, man sieht ja das Feuer unter der Folie nich', wo man die Folie hat und wie man mit dem Röhrchen hinterher geht. Ich rauch' deshalb auch lieber Punkte. Ja, ich hab' oft dann zu viel Verlust, mein' ich, wenn ich, wenn ich Bahnen rauche.“ (DoK2, 243-254)

Einige NutzerInnen nutzen beide Rauchformen, und wissen um die Unterschiede der Wirkung.

I: Gut. Also Sie machen sowohl Punktrauchen als auch Bahnenrauchen?

„Ja, weil .. äh, beim Punktrauchen, ähm, knallt das bei mir besser ... Und ähm, man hat ein brennendes Gefühl im Hals und wenn man Bahnen raucht, das Stoff darf nicht brennen ... Beim, man, man jagt das. Chasing the dragon ... Und, und da gibt 's dieses brennende Gefühl nich' im Hals und das hat mir gefehlt. Deswegen rauch' ich lieber Punkte.“ (B_K2, 85-101)

2.2.4. Das Röhrchen als Reserve

Das Röhrchen dient – vergleichbar mit den gesammelten Filtern beim i.v. Konsum – als Reserve für den Notfall, wo aus den Anhaftungen ein Wirkungseffekt erzielt wird.

I: Okay. Und äh, raucht man nur einmal mit dem Röhrchen, wird das dann auch weggeschmissen oder//?

„Nein. Also es sind viele, die sich dadurch Monate, weil da bleibt ja viel hängen und wenn man dann nix mehr hat, macht man das Röhrchen auf und raucht das auch noch mal ... Weil da is' das reine Zeug drin, nich' mehr das Streckzeug und äh, da muss ich sagen, äh, da kann man richtig dicht werden. Also richtig auch, äh, dass mal die Augen zu fallen. Ich kenn' auch viele, die vom Rauchen wirklich, äh, einschlafen und so. Also nich' jetzt 'ne Überdosis, hab' ich noch nie erlebt.“ (Do_K1, 385-396)

2.2.5. Angst vor Strafverfolgung

Die Angst vor Strafverfolgung, d.h. vor Aufdeckung des Besitzes von Betäubungsmitteln, auch wenn es nur Anhaftungen sind, spielt offenbar eine zentrale Rolle im Alltag der KonsumentInnen.

I: Ja. Haben Sie denn Angst, äh, wenn Sie das Röhrchen bei sich tragen, diese Alufo//, äh, äh, mit der, mit dem Holzstabr//, ge//, gerollte Röhrchen, wenn Sie das bei sich tragen, äh, dass Sie von der Polizei erwischt werden und die, die dann Bescheid wissen?

„Ja. Das wird als BTM-Anhaftung und dafür gibt 's auch 'ne Straftat.“

I: Also das heißt, man muss immer Angst haben, äh, vor Durchsuchungen, dann ist das, äh, Röhrchen weg und man hat noch irgendwie 'ne Anklage.

„Ja und da muss wirklich aufpassen. Viele, wie gesagt, die verstecken das oder lassen 's hier.“

I: Ja.

„Und äh, äh, das sie 's ja nich' mitnehmen. Ja. Oder wir kriegen da, zur Zeit im Raucherraum haben wir Strohhalme. Die werden ein, zwei Mal benutzt. Also an dem Tag bis man geraucht hat und dann weggeschmissen.“

I: Ja.

„Weil wir dürfen nichts raus nehmen, alles was reingebracht wird, muss auch konsumiert werden, weil die kriegen hier dann Ärger und wir haben dann Ärger.“ ... Strohhalme. Ja. Manche machen die Strohhalme und tun da auch Alufolie drum rum als Röhrchen. Also zieht das Plastik dann raus, schmeißt es weg und nimmt Alu. Aber, äh, viele nehmen auch den Strohhalm, weil bringt nichts, wenn man da 'nen Zehner raucht und das Röhrchen, wenn man rausgeht und man geht und wird untersucht und es bleibt da ein bisschen kleben, nehmen die das, das wird untersucht und man kriegt 'ne Anklage oder 'ne Geldstrafe (Do_K1, 403-445)

Die Angst vor Strafverfolgung, insbesondere die Abgabe von Urinproben zur Kontrolle bei der Staatsanwaltschaft führt scheinbar auch zu Veränderungen der Konsummuster.

„...Ich rauche, äh, zwei Wochen im Monat und zwei Wochen überhaupt nicht.

I: Wie kommt das?

Äh, ich muss UKs jeden Monat bei der, äh, Staatsanwaltschaft abgeben.

I: Ah, ja.

Aber auch so, ich würde auch so, äh, äh, äh, ähm, rauch' ich unregelmäßig. Ich bin auch in keinem Programm.“ (Do_K3, 34-43)

I: Sie sind mehr oder weniger Gelegenheitskonsument?

K3: Mittlerweile ja. Also es gab auch Phasen, ähm, also ich war letztes Jahr im September, ne, oder war es schon Oktober, war ich in, in 'ner Entgiftung nochmal, weil ich es vorher übertrieben hab“. (Do_K3, 49-53)

2.3. Erfahrungen mit der neuen Folie

Die Folie wird von fast durchgängig als positiv, und als normaler Haushaltsfolie überlegen bewertet. Als kennzeichnend werden besonders die Stärke und die besondere Beschaffenheit des Materials hervorgehoben, die davor schützen, dass bei zu intensiver Erhitzung Löcher in die Alufolie gebrannt werden und zum Verlust der Substanz führen. Außerdem geht es um die Oberflächenbeschaffenheit (weniger Spannung), Faltbarkeit (wichtig für den Transport), Mehrfachbenutzbarkeit und höhere Reißfestigkeit.

„Wenn Sie die, äh, Neuen kriegen, benutzen sie die auch, äh, ausnahmslos. Also da gibt 's nich' irgendeinen der sagt, die Alten sind besser ... Weil die sind alle, äh, also die ich jetzt kenn', äh, sind alle da drüber voll überzeugt“ (Do_K1, 187-192)

„So, ähm, ich merk bei der Folie, dass beim Punktrauchen es dauert, äh, länger, auf jeden Fall länger bevor das Heroin, ähm, Substanz, das Heroin, ähm, fängt an zu brennen ... zu blubbern... Es fängt an zu blubbern, richtig zu kochen, dann fang' ich an zu inhalieren .. Und das, und das dauert länger bei der Folie ... aber, ähm, das bleibt normalerweise bei diese Folie, die ich im Supermarkt kaufe oder so was, wenn ich zu lange die Flamme da habe, dann wird ein Loch kommen und, und das Zeug tropft durch oder sogar auf meine Hand oder auf meinen Fuß.“ (B_K2, 22-41)

„Ich rauch' schon 'ne, ich rauch' schon 'ne ganze Zeit lang, schon ein paar Jahre. Und ja, was mir halt so bei den handelsüblichen Folien auffällt is' ähm, dass die meistens ein bisschen mehr unter Spannung stehen, dass sie mehr knittern und dadurch, äh, dieses Material mehr in die Luft springt. Das passiert hier nich' so ganz so.“ (B_K1, 23-26)

„Äh, äh, die sind sehr gut, weil sie nicht durchbrennen. Man kann sie auch, ähm, zusammenfalten. Andere Folien, die reißen dann schnell, wenn man die jetzt irgendwie im Portemonnaie hat oder so. Die, die kann man halt irgendw// wieder auseinanderfalten, ohne dass sie irgendwie porös werden. Ähm, man kann sie auch mehrfach benutzen, wenn man sie wieder sauber macht oder mit 'nem feuchten Taschentuch drüber, die das verkohlte weg macht, dann kann man die auch mehrfach benutzen. Wunderbar also.“ (Do_K2, 17-22)

„Die is' ein bisschen dicker. (...) [Ausdruck unverständlich] da kommt mehr Rauch raus. Das verbrennt net so schnell wie bei der anderen Folie.“ (FFM_1_K2, 43-44)

„Auf jeden Fall is' das besser und viel mehr kommt heraus. Ich denk' mal, man brauch' dann

auch weniger dadurch.“ (FFM_1_K2, 60-61)

„Also ich hab' beim ersten Mal, ich hab' beide ausprobiert extra. Ich hab' beide mir hingelegt und ich hab' bei der Dicken, also die Unbeschichtete, hab' ich immer husten müssen, weil so viel Rauch war stärker ganz am Anfang.“ (FFM_1_K2, 102-104)

„Ich find' die Neuen besser, weil di, ähm, dicker sind und dadurch stabiler, brennen nich' so schnell durch, ne. Ja und ich komm' da besser mit klar. Die reißen nich' so schnell und ne.“ (Do_K3, 58-59)

Erste Erfahrungen mit dem Rauchen nach der Abgabe der Folie unterstreichen die Akzeptanz und die Integration in den Konsumalltag dieses neuen Präventionstools. Nicht wenige Befragte berichten davon, über das Smoke-It! – Projekt erstmaligen Zugang um Rauchkonsum von Heroin gefunden zu haben.

„Ähm, also Ich treff' mich ganz schlecht, ähm, beim Spritzen. Und ich hab' mir das jetzt so angewöhnt abends, äh, 'nen Zehner auf Folie zu rauchen, so im Bett.

I: Hmm. Und welche Vorerfahrungen mit Rauchen haben sie generell?

K1: Vorher hatt' ich, äh, so gut wie keine Erfahrungen. Ich hab' vielleicht mal, wenn ich ein Turkey hatte oder so und ein Raucher vor mir saß, mal an seinem Blech geraucht. Der hat mir 'nen Stroh//, also ich hab' 'nen Strohhalm mitgenommen, der hat das Blech genommen und so. Also keine großen Erfahrungen vorher.

I: Ja. Und ähm, wie würden sie es jetzt beschreiben. Haben sie so nen bisschen Übung bekommen mit dem Rauchen? Oder wie is' es Ihnen dabei ergangen?

K1: Ja. Also, ähm, ich hab' Übung bekommen. Es macht auch Spaß, ganz ehrlich.“ (FFM_1_K2, 29-42)

Ein einziger kritische Punkt ist die Länge der Folie: Einige KonsumentInnen sehen hier Verbesserungsbedarf.

„...ein Nachteil find' ich, äh, dass die zu kurz sind zum Teil. Ja. ... Die anderen Folien sind länger und man is', vielleicht ist das aber auch' ne Gewöhnungssache. Aber das fällt mir halt auf, dass man halt öfters hantieren muss und äh, dadurch dass man ja auch einen gewissen Platz brauch' zum Festhalten, wird die, ähm, wird die Rauchfläche immer kleiner ... Also was man praktisch von der herkömmlichen Folie hat, äh, in dieser Größe als Rauchfläche, das hat man denn wirklich bloß noch schätzungsweise so zehn bis zwölf Zentimeter Platz.“

I: Ah, ja. Und sollten die Folien länger sein?

Ja. Das glaube ich, wäre 'ne, 'ne gute Sache, wenn die etwas, äh, man brauch' auch etwas mehr Feuerzeuggas, weil die ja doch etwas stärker sind. Das ist mir so aufgefallen. Also das

ist schon ein kleiner Unterschied beim Rauchen. Die anderen werden schneller warm, da muss man sich erst mal dran gewöhnen ... Ähm, die bleiben auch länger warm, also die kühlen auch nich' so schnell ab. Der Nachteil bei den, äh, handelsüblichen Folien ist, dass sie, ähm, weil sie so dünn sind, auch schneller durchbrennen können ...Also ähm, ja und dann gibt das so Flecken und so.“ (B_K1, 34-62)

Andererseits gibt es auch Gegenpositionen zur Länge der Folie, so dass insgesamt ein widersprüchliches Bild entsteht.

„Die is' mir noch zu groß, Also ich mein', ich bin ein guter Verkäufer, ich hab' schon, ich war ja selbstständig, ich würd' die Folie kleiner machen, wird man 'nen Haufen Material sparen.“ (FFM_1_K3, 454-455)

Die von vielen Befragten berichtete geringere Reißanfälligkeit wird ebenfalls kontrovers betrachtet, wenn auch hier der Widerspruch nicht so stark ist wie bei der Länge der Folie.

„Ähm, äh, ansonsten, sie reißen auch genauso schnell wie andere, wenn man jetzt nen Röhrchen macht und es dann wieder aufmacht. Also die reißen auch ein. Vielleicht nich' ganz so schnell, aber sie, es passiert halt doch ... (B_K1, 318-321)

2.3.1. Geruch und Gleitfähigkeit des Heroins

Deutlich wird bei den Befragten, dass die neue Folie erhebliche Unterschiede im Vergleich zur Haushaltsfolie aufweist, dies vor allem bei den Merkmalen Geschmack, Geruch, Beschichtung und Gleitfähigkeit des Heroins angeht.

„Ähm, wegen dem Abflammen, dem Geruch, der Geschmack is' ganz anders. Bei den neuen Folien, äh, man holt raus, man braucht es nich' abflammen, man macht das automatisch, aber man braucht es gar nich' und es gleitet besser und äh, is' weniger Verschwendung.“

I: „Ja. Was heißt denn das, das Heroin gleitet besser?“

„Ähm, ja man nimmt das Blech und äh, tut 's herunter laufen lassen und es läuft dann nicht, äh, bei den Haushaltsfolien sind da Wellen drin und äh, es is' nicht gerade ganz genau und äh, dann verdunstet das, dann klebt das irgendwo, bleibt hängen und äh, viel Verschwendung.“ (Do_K1, 35-44)

2.3.2. Fehlende Beschichtung auf der neuen Folie als Indikator eines Gesundheitsbewusstseins

Bei der im Handel erhältlichen Haushaltsaluminiumfolie wird vor dem Heroinkonsum die Kunststoffbeschichtung abgebrannt. Das Fehlen dieser Beschichtung auf der neuen Folie wird von den NutzerInnen als ein erheblicher Vorteil erlebt, v.a. in Bezug auf die eigene Gesundheit.

„Es (die Folie, d.V.) ist besser eigentlich. Ähm, normalerweise bei dem, ähm, alle Alufolie, wenn ich rauche, die ich kaufe, zum Beispiel bei XX (Name einer Handelskette) oder irgendwo, ich brenn' das Gift ab mit dem Feuerzeug. Beide Seiten, weil ich weiß, da gibt es auf der Folie//...Beschichtungen. Ich brenn' das Beschichtung ab mit 'nem Feuerzeug und das mach' ich das, viele manchen das nicht. Ich mach' das immer, weil ich mach' auch das Röhrchen zum Ziehen, das mach' ich auf, äh, aus Alufolie ... Und die Beschichtung brenn' ich auch ab. Aber der, der Mann hier, der hat mir die Folie gegeben in dieser Packung und hat gesagt, dass muss man nich' machen. Dieses Gift is' nich' auf dieser Alufolie.“ (B_K2, 22-41)

I: ... wenn Sie jetzt die Wahl hätten, äh, die handelsübliche Folie hier im Angebot im Sortiment oder die Neue, was würden Sie nehmen?

„Also nachdem was ich so weiß, dass es halt doch, äh, besser is', dass die unbeschichtet is' und dass sie nich' so viele Aluminiumpartikel oder Stanniolpartikel, äh, mit frei setzt, würde ich lieber die Neue nehmen, ja.“ (B_K1, 161-166)

2.3.3. Geschmack

Der Geschmack des Heroinrauchs von der neuen Folie im Vergleich zur haushaltsüblichen Folie wird von den Befragten als besser, d.h. eher nach Heroin schmeckend bewertet, während der Heroingeschmack über die Inhalation von den haushaltsüblichen Folien eher als bitter bezeichnet wird.

„... der Geschmack is' ganz anders.“

I: Wie, wie, wie is' der Geschmack anders? Können Sie das ein bisschen erklären?

„Ja. Bei, bei, beim normalen, äh, äh, wie gesagt, beim Abflammen, äh, da kommen giftige Dämpfe, also Dämpfe ... Und äh, kommt bei dem Neuen, kommt nichts. Kommt da direkt der Heroingeschmack. Und bei dem Anderen is' dann zuerst dieser Bitterstoff.“ (Do_K1, 196-207)

„...Oder man macht direkt ein Loch rein, ja. Und das ist so der Nachteil von diesen handelsüblichen Folien und halt der Geschmack ... Weil er doch, äh, bei manchen Folien, gerade wenn man so billige Folien kauft, die doch dann ein bisschen metallisch schmecken.“

I: Hmm. Ah, ja. Und wie ist das mit der neuen Folie?

K1: Ja, da is' das halt nich' so. Die schmecken halt nich' so, ähm, metallisch und sind

eigentlich gut.“ (B_K1, 64-75)

I: Hmm. Gibt es Unterschiede im Geschmack? Äh, viele Gebraucher berichten davon, dass Folierauchen eben 'nen besonderen Geschmack hat. Zwischen der normalen Haushaltsfolie, die man im Supermarkt kauft und dieser besonderen, die aus England kommt, die extra dafür konzipiert ist?

„Ich hab' keinen Geschmack, ähm, ähm, ähm, äh, puh, ich hab' keinen großen Geschmack, äh, äh, es schmeckt genau wie alle anderen eigentlich.“ (B_K2, 73-79)

„Na die, der Geschmack is' auch ganz anders dabei. Die normale Folie is' so, das kann ich jetzt schlecht beschreiben, aber ein ganz bitterer Geschmack dabei.“ (FFM-2-K1, 250-251)

„...das ganz Dumme is' ja, na, diesen blöden Geschmack die ganze Zeit im Mund ... Das is' absolut ätzend. Das schleppt man den ganzen Tag mit rum. Das hat man in 'ner Nase, im Mund, ich glaub', das kommt sogar aus den Ohren. Das ist kein Witz, echt, man hat es überall und ich glaub', man schwitzt das sogar aus.“ (FFM-1_K3, 495-503)

2.3.4. Geräusche

Schließlich gibt es auch vereinzelte Angabe zum Geräusch der neuen Folie, die als leiser im Vergleich zur haushaltsüblichen Folie beschrieben wird.

„Also ich hab' das Gefühl, ich stör' keinen, keine anderen Leute beim Rauchen, weil die echt leise is'. Die andere, die knistert viel zu laut.“(HH_K2, 43-46)

2.4. Intravenöser Konsum versus Rauchkonsum: Vor- und Nachteile

2.4.1. Ökonomische Gründe gegen das Rauchen

Überwiegend wird von den Befragten der i.v.-Konsum und die Befriedigung des Suchtdrucks als kostengünstiger eingeschätzt als der Rauchkonsum, von dem berichtet wird, dass man eine größere Menge für das Suchtmanagement benötigt.

„Ja. Es war schwerer, weil ein bisschen mehr Konsum, weil das intravenöse, also das Spritzen, ähm, ja weil, kommt schneller und äh, die Menge ist weniger“. (Do_K1, 17-18)

„Also ich war auf 'em, wo ich gespritzt hab', brauchte ich fünfzehn bis zwanzig Euro jeden Tag und äh, seit dem ich rauch', angefangen hab' zu rauchen, braucht' ich dreißig, vierzig, fünfzig, kam immer drauf an. Es kommt auch auf das Material an.“ ... Und äh, jetzt mittlerweile bin ich wieder auf ein Zehner pro Tag und es is' gut. Man kann sich auch runter, leichter runter dosieren“ (Do_K1, 79-86)

I: Ja. Und nutzen Sie auch i. v. Konsum oder rauchen Sie nur?

„Nein. Ich, äh, ab und zu spritze ich auch.“

I: Ab und zu ?

„Ja.“

I: Und wenn Sie das so sehen würden, so innerhalb von zehn Tagen, an wie vielen Tagen spritzen Sie?

„Ähm, innerhalb von zehn Tagen is' schwer zu sagen. Ich meine; ähm, ich hab' mehr, 'ne ganze Zeit lang geraucht, bin dann umgestiegen auf 's Spritzen, weil es, äh, ja, wie soll ich sagen, ja, weil, äh, 'ne Kostensache is' doch 'ne andere, halt ... Das, äh, Injizieren is' doch nen bisschen günstiger in dem Sinne, weil man hat, äh, 'ne kleine Menge besser verarbeiten kann als dieselbe Menge auf der Folie ... Beim Folierauchen da brauch' man bedeutend mehr Heroin, um seinen Wirkungsgrad zu erzielen ... Und, äh, ja, deswegen gibt 's auch so viele Unterschiede beim Folierauchen. Manche rauche ja auch gerne 'nen Punkt, halt, um die Wirkung schnell zu erzielen Also, äh, es kommt aber auch wieder auf das, äh, Material auch selber drauf an. Manches is' ja so wahnsinnig gestreckt da. Da lohnt sich das eher, 'nen Punkt zu rauchen als es laufen zu lassen. Manchmal geht das auch gar nicht, ne. Dann klebt das so. Dann muss man das auf den Punkt rauchen.“ (B_K, 113-144)

2.4.2. Erlernen der Technik

Das Erlernen der richtigen Rauchtechnik wird von den Interviewpartnern als unterschiedlich eingeschätzt. Handlungsleitend scheint jedoch der unbedingte Wille zu sein, den Suchtdruck zu befriedigen, bzw. Entzugssymptome zu lindern.

„Hat ein bisschen gedauert, ich hab' immer zwischendurch mal geraucht, dann, äh, wieder mal, wenn 's zu wenig Geld war oder so, dann hab' ich mir wieder Spritzen gesetzt. Aber durchschnittlich Rauch' ich nur noch so.“ (Do_K1, 27-29)

I: ...Wie erlernt man eigentlich die Technik des Rauchens? Oder, oder steckt da keine Technik dahinter, dass man möglichst viel kriegt aus dem Rauch? Wo man nichts verdampfen lässt?

„Äh, man sieht es. Man merkt es und wenn man für 'nen Zehner holt und ein Affe wieder nach vier Stunden hat, lernt man das ganz schnell. Glauben Sie mir ... Und äh, man, eigentlich hält man, man hält das Blech schräg, wie gesagt, außer die Punktraucher, die halten es gerade, halten das Feuerzeug runter, ziehen. Äh, für mich wär' das mehr Verschwendung, weil da läuft mehr weg. So viel einzuatmen, geht gar nicht.“ (Do_K1, 273-284)

I: ... wie haben Sie denn die Technik gelernt? Also sowohl Punkt-, als auch Bahnrauchen?

Erzählen Sie mal, ist das schwer oder?

„ ... Bahnrauchen is' sehr schwer. Ich hab' jahrelang gebraucht, bevor ich das hinkriege. Punktrauchen is' einfach. Man macht es einen, einen kleinen Haufen rein, nich' zu viel, genauso viel, wie in die Lungen passt: Man macht es warm mit dem, bis es so ölig ist und wenn es anfängt richtig zu blubbern, zu brennen, erst mal dann fängt, inhaliert man das... Wenn man zu früh inhaliert, dann geht alles in die Luft und, ähm, du verpasst das ganze Zeug. Und dann, weil du hast keine Luft mehr in den Lungen.“ (B_K2, 108-119)

Als hilfreich für Anfänger wird ein Schulungsvideo betrachtet, auf dem bestimmte Techniken mitgeteilt werden.

„... so für Anfänger, Einsteiger könnt' man schon so was (gemeint ein Video, d.V.) entwickeln ... Besonders wie man 's Feuer halten muss, die, die, wie das lauf, wie das läuft ... Also ich hat' echt Schwierigkeiten am Anfang, muss ich sagen ... Dass der ganze Rauch, den man einatmet einfach vorbei geht an einem.“ (FFM_2_K1, 340-352)

I: Hmm. Äh, wäre das für Sie sinnvoll, dass man diese Technik mal zeigt in einem Video, was man da laufen lässt oder überhaupt generell einsetzt oder wie würden sie das einschätzen?

„Ich denke, dass könnte einigen schon, schon helfen. Ja, sicher. Ich fand auch, also ich konnte es zwar schon, aber ich fand es sehr gut erklärt bei diesem Smoke It, das Päckchen, was man am Anfang gekriegt hat. Da war auch so ein, so 'ne Bilderserie, wie man das Röhrchen baut und so. Und das ist sicherlich für einige hilfreich. Ich kenne viele die Probleme mit dem Röhrchen bauen haben.“ (Do_K2, 196-203)

2.4.3. Angst vor einer Überdosierung

Von mehreren Befragten wird die Angst vor einer Überdosierung als ein Argument gegen das Injizieren von Heroin angegeben. Heroinrauchen wird nicht in Zusammenhang mit einer Überdosierung gebracht.

„Genau. Ich bin glücklicherweise einer von denen, äh, die sich nichts eingefangen haben, weil ich immer vorsichtig war. Wie gesagt, ich hatte ja auch Angst wegen der Überdosis und so. Und mit dem Rauchen, äh, äh, man gibt denen ja nichts ab. Also man hat sein Blech, man hat sein Feuerzeug, man hat sein Röhrchen und keine Gefahr.“

I: Ja. Und äh, kann man sich mit Rauchen überdosieren?

„Also, hab' ich, äh, soviel hab' ich noch nie geraucht“. (Do_K1, 97-100)

„Aber da brauch' man auch keine Angst zu haben, dass einer 'nen Herzstillstand oder so was anderes hat.“ (Do_K1, 401-400)

I: ... welche Rolle spielt für Sie, wenn sie rauchen, äh, die Vermeidung von HIV, Hepatitis oder Überdosierungen?

„Ja. Überdosierung is' halt bei 'ner Folie so gut wie nich' möglich ... Vorher schläft man ein. Äh, heutzutage muss ich auch dazu sagen, mit dem Stoff is' es sehr schwierig 'ne Überdosierung zu bekommen. Also das war in früheren Jahren schlimmer ... Und von daher is' das eigentlich jetzt nich' mehr so, so das Thema.“

I: Sie meinen auch i. v. ist es schwieriger jetzt bei dieser geringen Stoffqualität Überdosierungen zu bekommen.

„Bei i. v. ist das geringer halt 'ne Überdosis zu bekommen. Aber auch beim Folierauchen is' es ja so gut wie nich' möglich ... K1: Weil, ähm, man hat vorher genug und man kann sich da in dem Sinne kaum überdosieren. Das ist, äh, nich' so. Das ist zu vernachlässigen dieser Aspekt.“ (B_K1, 196-222).

I: Ja. Kann das, 'ne Überdosis auch beim Rauchen passieren?

„Eh, eh (Verneinung). Nur wenn du das mit ganz viel Tabletten mischt vielleicht“ (B_K2, 207-209)

I: Ja. Auch Überdosis? War das auch ein Gedanke von Ihnen (zu rauchen, d.V.)?

„Ja hatt', ja hatt' ich auch schon nen paar Probleme mit, dass ich nen paar Überdosen hatte.“

I: Ja, dann mit 'em Spritzen?

„Ja, ja mit dem Spritzen. Mit Rauchen noch nich'...“

I: [unterbricht] Kann man mit dem Rauchen 'ne Überdosis kriegen?

„Vielleicht ganz am Anfang. Aber so, wenn man wirklich, ähm, gar keine Menge gewöhnt ist, aber hinterher eigentlich nicht, dann is' man, man is' vorher müde oder nickt vorher weg, bevor es soweit kommt, dass man 'ne Überdosis kriegt.“ (Do_K2, 78-90)

2.4.4. Wirkungserleben und Wirkungseintritt: i.v. - Konsum vs. Rauchkonsum

Das Wirkungserleben bei den verschiedenen Applikationsformen (i.v. vs. Rauchkonsum) unterschiedlich wahrgenommen. Der Wirkungseintritt bei einem i.v.-Konsum wird als schnell erlebt, insbesondere unter Entzugssymptomen, während er bei einem Rauchkonsum langsamer vonstatten geht und als ‚leichter‘ interpretiert wird. Während die Wirkung bei einem i.v.-Konsum nach wenigen Sekunden eintritt, wird übereinstimmend bei mehreren Befragten beim Rauchkonsum von 3-4 Minuten ausgegangen.

Allerdings geben die Befragten auch an, dass es um das Selbstmanagement geht, also die Sicherheit des Wirkungseintritts muss antizipiert werden. Vorläufer und Teil dieses Prozesses ist der Geschmack, der beim Bahnrauchen schon als beruhigend in Richtung Befriedigung wahrgenommen wird. Dieser Prozess des Selbstberuhigens muss erlernt werden. Allerdings wird auch bei mehreren Befragten deutlich, dass es eine suchtbedingte Gier gibt, die so interpretiert wird, dass sie schnell befriedigt werden muss.

„Der Spritzkick is', er kommt sofort, na im, ähm, ähm, er kommt ... irgendwie kalt. Ja, so ein kalten Schauer, also so hoch und der tut richtig gut, wenn man affig is' und so ein Ding ... Beim Rauchen, wie gesagt, der dauert länger, ähm und is' leichter. Also, ähm, man merkt nich' so viel jetzt, also dass man richtig, öh, öh (Rauschlaute) am Boden zersteuert, also besser gesagt, dass man alle, aber man vergisst eigentlich alles so.“

I: Okay. Oder wie viel Minuten, äh, so, äh, Eintritt der Wirkung, der vollen Wirkung würden sie einschätzen, sind das?

„So beim Rauchen, beim Ballern eine Sekunde, zwei Sekunden. Kommt drauf an, wie man in, entweder im Hals oder im Arm. Es kommt immer drauf an. Und beim Rauchen ist das so, das dauert schon zwei, drei Minuten, ne, bis man die ersten drei, vier Bahnen. Man is' automatisch, wenn man geraucht hat, der Geschmack schon, äh, das nimmt der Körper schon wahr und man beruhigt sich. Ne, also der Affe geht weg. Aber, ähm, eigene, so, sagen wir drei, vier Minuten.“ (Do_K1, 148-168)

I: ... wie würden Sie denn die Wirkungsunterschiede beschreiben zwischen i. v. und Bahnrauchen?

„... Das Eine kickt mehr, das andere kommt ein bisschen langsamer, ja.

I: Hmhm. Ähm, kann man das, ähm, die Geduld erlernen, dass man weiß, okay die Wirkung kommt ja sowieso, ich muss es nur noch ein bisschen laufen lassen?

„ Ja. Das is', ähm, es kommt auch, äh, die Geduld kann man erlernen. Aber manchmal is' man halt auch gierig ...“ (B_K1, 168-177)

„Beim Rauchen wird es sicherlich meistens drei Minuten oder vier Minuten, vielleicht länger dauern, ne.“ (FFM_2_K2, 254-255)

„Die größten Hürden. Ja. Mhmh, ich glaub', äh, das einerseits was, äh, mit der Ausbeute des Materials zu tun ...

I: Gut. Das haben Sie, da geht was verloren.

K1: Ähm, jein. Nich' verloren direkt, äh, aber die Wirkung is' halt, ähm, beim i. v. doch etwas stärker als beim Rauchen. Also sie kommt auch schneller und wie gesagt, die Menge is', ähm, is' das Ausschlaggebende auch.“ (B_K1, 255-262)

Kriegen Sie denn einen Kick beim Rauchen? Oder ist da der Kick unterschiedlich zum i. v. Konsum?

„Äh, der is' anders da Ja,. ich werd' anders da breit.

I: Ja. Können Sie das ein bisschen beschreiben? Ist das nicht so intensiv oder haben sie das Gefühl, es is' rausgeschmissenes Geld oder wie ist das genau?

K1: Beim Spritzen, äh, ich drück' ab und hab' nach, äh, zehn Sekunden ein Kick. Und da kommt der langsam. Der schleicht sich so langsam ein.“ (FFM_1_K1, 79-88)

Der Kick beim Rauchen wird aber z.T. in den Interviewergebnissen auch als unbefriedigender erlebt.

„Rauchen bringt 's mir net so. Stein auch net. Das bringt, das kickt mich net so richtig.“ (FFM_1_K3, 382)

„Ich glaub' weil, beim Spritzen der Kick is' sofort da und beim Rauchen dauert 's nen bisschen und weil der, äh, Turkey vom Rauchen schlimmer is' als vom Spritzen.

I: Ja, wie, inwieweit schlimmer? Letzte Frage?

K1: Ähm, er dauert länger, intensiver. Ja,“ (FFM_1_K1, 143-148)

„Das ist die Umstellung, wenn, wenn ich rauch'. Die erste Umstellung, die erste Woche ungefähr dauert 's bis der eigene Körper sich umgestellt hat auf das Rauchen. Das is' wie, wenn ich jetzt anfang' Nase zu ziehen und da ich ja spritz', dauert das auch wieder bis das wieder umgestellt is', bis der Körper sich dann wieder an die Nasen dann gewöhnt hat.... So is' es mit dem Rauchen. Aber' nach 'ner Zeit, mit der Gewöhnung kriegst du den Kick“(FFM_1_K2, 263-270)

„Ja, ähm, beim Rauchen tritt der, ähm, auch relativ zügig ein, aber da halt, die ganze Menge nich' auf einmal, wenn ich jetzt ein halbes Gramm spritze, dann is' die Wirkung auf einmal da. Dann, wenn ich prüb// (Versprecher), drück ab und acht Sekunden später is' direkt die Wirkung von dem ganzen Halben und wenn ich rauche, is' die Wirkung zwar auch ein paar Sekunden nach dem Inhalieren da, aber ich brauch' natürlich länger, um nen halbes Gramm

zu rauchen und somit steigert sich die Wirkung ganz, ganz langsam dann.

I: Ja. Wenn sie das mal so in Minuten ausdrücken würden bis zum Kick eintritt, äh, Spritzen und Rauchen? Was is' da so der, die Verzögerung?

Ich würd' sagen, das is etwa, also der, ähm, der Eintritt beim Spritzen is' nach zehn Sekunden und beim Rauchen vielleicht nach dreißig Sekunden. Aber halt dreißig Sekunden nachdem die ganze Menge geraucht ist. Und das kann dann schon mal 'ne halbe Stunde dauern, die man raucht, bis dann halt alles weg is'.

I: Ja. Erzählen sie mal einem, äh, Unerfahrenen in der Sache, äh, wie, äh, wie lange brauch' man um nen halbes Gramm zu rauchen?

Och ich glaub', dass macht jeder sehr unterschiedlich, wie, wenn ich alleine zuhause bin, dann kann das schon mal sehr schnell sein, dass ich auch sehr große Punkte rauche, sehr, sehr tief inhaliere und wenn ich dann hier im, im Konsumraum bin, dann unterhält man sich dabei, dann is' das so nen, so nen Nebenbei. So, ähm, wie man halt, wie einige zusammen mit Freunden mal nen Bier trinken. Dann, ne, so zus//, gemütliches Beisammensitzen und dann gibt es natürlich auch Leute, die zuhause dann noch saufen, die dann versuchen schnell große Mengen rein zu kriegen. So ist der Unterschied würd' ich sagen.

I: Okay. Und variiert das manchmal so am Tag oder in der Woche, ob, dass man sozusagen das schnell befriedigen will und dass man sich mehr Zeit nimmt und das mehr so nen bisschen im Sozialen als Nebenbei betrachtet? Wie is' das bei Ihnen?

K2: Ich würd' sagen das liegt darin, wie viel man schon konsumiert hat. Wenn man denn entzünftig ist, will man natürlich möglichst schnell, möglichst viel konsumieren.“ (Do_K2, 100-131)

2.4.5. Transport der Folie wird als Nachteil des Rauchens erlebt

Einen weiteren Grund gegen das Rauchen bildet der Transport der Folie, die als empfindlich für die Mehrfachverwertung an verschiedenen Orten bezeichnet wird.

„Ähm, beim Folierauchen kommt noch dazu, man muss immer, äh, ein Behälter oder irgendsowas haben, äh, um, also bei den alten Folien war das so, wenn man die, äh, zu stark knickt, dann sind Löcher, dann bilden sich Löcher in der Folie und dadurch haut das Material nach unten durch ab. Jetzt weiß ich nich' jetzt ganz genau, nicht ganz so genau, weil ich die Folien mittlerweile nich' mehr mitnehme, sondern nur noch zu hause oder hier rauche. Äh, ich hab' die nich' unterwegs bei mir. Also dazu kann ich nich' so viel sagen. Jedenfalls war das bei diesen alten Folien so und äh, ja, dieser Ruß, der sich unten manchmal bildet, wenn man das Feuerzeug nich' ganz genau positioniert, dann is' das halt doch ein erheblicher Dreckfaktor, die Folie da.“ (B_K1, 266-274)

I: Klar. Äh, Sie sagen das Röhrchen lassen Sie dann hier?

„Nee, das Röhrchen nich'. Ähm, das Material, also die Folie selber, die bekomme ich hier und die brauch' ich dann nich' mitnehmen. Wenn ich jetzt so unterwegs bin, dann muss ich immer die Folie mitnehmen, gut, 'ne, 'ne Spritze auch. Äh, aber wie gesagt, das, äh, Hauptaugenmerk is', man muss immer, äh, drauf achten, dass die Folie nich' knickt. 'Ne Pumpe kann man einfach irgendwo so in die Tasche tun oder so ... Und um die Folie zu transportieren müsste man immer ein Buch oder irgendwas, äh, glattes haben, 'ne Brieftasche, wo man die ein bisschen sauberer, mhmh, reinlegt. Ja.“ (B_K1, 280-292)

2.5. Status und Prävalenz der HeroinraucherInnen in der Szene

2.5.1. Wahrnehmung, und Bewertung des Rauchkonsums

Heroin-RaucherInnen scheinen innerhalb der Szene eine bessere Reputation zu haben, als die i.v.-KonsumentInnen. Heroinrauchen wird als weniger auffällig, schädlich wahrgenommen.

„Sie (die Heroin-RaucherInnen, d.V.) sind, äh, also die sind, äh, harmloser, weil die die spritzen, die, die hocken, meistens hauen sie sich dann auch noch Tabletten rein und äh, hängen da wie Roboter und ja, da macht man schon Abstand. Also das hab' ich selber gemerkt, wo ich die ganze Zeit geballert hab' und ähm, die Freunde, die vorher da waren, was heißt Freunde, mit, mit denen man rumhängt, ähm, behandeln auch einen anders ...Und wenn man wieder raucht und man merkt und die, die sind dann wieder offener. Und äh, ja, man nimmt sich dann mal auch wieder in den Arm und erzählt sich was und so. Das is' wieder was ganz anderes.“ (Do_K1, 229-239)

I: ... generell mal die Frage, haben Raucher ein besseres Image, dass sie sozusagen besser noch integriert sind, stabiler sind?

„ ... ja, man sagt es zwar, dass, äh, Rauchen, äh, nich' so abhängig machen sollte, was ich aber für absoluten Unsinn halte. Äh, ja das Ansehen is' wohl, ähm, besser.“ (B_K1, 190-194)

„Ja, ich würd' sagen, Rauchen wird nicht als so hart oder so, so, ja Rauchen is' nich' so schlimm in Anführungsstrichen würd' ich sagen. Also i. v. Gebrauch wird da schon kritischer gesehen, auch von Rauchern. Viele, viele Raucher finden auch i. v. Gebrauch schlecht.

I: Ja. Okay. Kann man sagen, dass die Raucher noch besser beieinander sind? Äh, gesundheitlich stabiler, sozialer, sozial stabiler, ähm generell noch nen bisschen stärker eingebunden sind?

Meistens. Es gibt sicherlich in beidem Ausnahmen. Es gibt sicherlich Leute die i. v. gebrauchen und trotzdem noch ihrer Arbeit nachgehen oder so. Ich habe auch meine Ausbildung trotzdem gemacht. Ähm und es gibt auch Raucher, die trotzdem ganz weit unten sind. Aber durchschnittlich würde ich sagen es is' schon so, dass die Raucher gesundheitlich und gesellschaftlich noch fitter sind, als die, die i. v. Gebraucher.“ (Do_K2, 288-299)

2.5.2. Ästhetische Aspekte

Im Rahmen eines Körperbewusstseins der Heroin-RauchkonsumentInnen werden auch ästhetische Argumente gegen einen eher sichtbaren i.v.-Heroinkonsum angeführt.

I: ... welche Rolle spielt das Optische, in Bezug auf das Rauchen, also die Tatsache dass keine Einstiche zu sehen sind, so dass wenn Sie arbeiten oder in der Familie sind, dass niemand

sieht, dass sie, äh, konsumiert haben?

„Ja. Also selbstverständlich. Das spielt' auch 'ne Rolle. Ja.“



I: Ja. Aha. Jetzt gerade im Sommer oder ist das so generell?

„Generell würd' ich sagen. Äh, im Winter kann man ja auch schwimmen gehen und von daher“. (B_K1, 179-188)

I: Ja. Macht das ästhetisch und optisch für Sie auch nen Unterschied?

K2: Auf jeden Fall.

I: I. v. jetzt gerade im Sommer, äh oder auf der Arbeit?

K2: Ja. Einstiche, Abszesse, Entzündungen, ja, ja sicherlich.“ (Do_k2, 301-307)

2.6. Umstieg von i.v. zu inhalativem Konsum

Einige Befragte sprechen von einem erlebten Umstieg von i.v. zu inhalativem Konsum bei Bekannten oder Freunden.

I: Und wie schätzen Sie das ein, durch dieses Projekt, sind da neue Leute, äh, gewonnen worden für 's Rauchen?

„Ja. Hundertprozentig. Wie gesagt, ich hab' ja schon welche da mitgebracht ... Und hier welche überzeugt, weil die haben mich gefragt, was ist das. Ich so, ja, rauch, wie Alu. Hab' ich denen gezeigt und hab' denen auch mal ein, zwei Stück gegeben. Hab' gesagt, geht nach der, ähm, ich weiß jetzt nich' den Namen ..aber die Betreuerin, geht da hin und fragt mal nach. Und äh, es sind dann auch welche gekommen. Meinem kleinen Bruder, obwohl der hartnäckig auch am Spritzen is', äh, den hab' ich auch zum Rauchen überzeugt. Also der raucht sich dann, ab und zu macht er nochmal 'nen Druck, äh, aber mehr jetzt auch zuhause am Rauchen als irgendwas anderes. Aber wenn nix da is', dann.“ (Do_K1, 254-271)

2.7. Einschätzung der Akzeptanz des Rauchkonsums bei KonsumentInnen, wenn sie die Folien bezahlen müssten

Die meisten Befragten würden zwischen 1,50 – 2,50 € für ein Set von Folien bezahlen (das deckt sich mit den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung.)

„... Sie dürfte nich' zu teuer sein, weil das übliche Geldbeschaffen is' schon schwierig genug. Meistens schafft man es gerade, äh, das Geld für die Fo//, äh, für den Stoff zu bekommen und da dürfte die Folie nich' mehr zu teuer sein.“ (B_K1, 244-246)

„Bei den fünfzig Stück, was drin sind, wenigstens 'nen Euro fünfzig, zwei Euro. Kommt drauf an, wenn ich 's hab', ne. Wenn nich' muss ich dann die, ja so wie im Geschäft auch die Rollen.“ (Do_K1,)

2.8. Einschätzung der Attraktivitätssteigerung der Rauchfolie-abgebenden Einrichtung durch den Drogenkonsumraum

Von den meisten wird eine Steigerung der Wichtigkeit des Drogenkonsumangebots berichtet; unklar bleibt ob die Einrichtung eines Rauchraums generell, und/oder die Abgabe neuer Präventionsmaterialien. Einige Befragte geben auch an, dass es keine Attraktivitätssteigerung der Rauchfolie abgebenden Einrichtung gibt.

„... ja wie gesagt, ich bin nur ab und zu mal hier hin gekommen, immer zwischendurch mal, ähm, Druckraum oder Raucherraum benutzt und aber mittlerweile bin ich jetzt jeden Tag hier. Wenn ich Probleme hab', kann ich mit den Leuten reden und es is', also durch das Rauchen is, wie gesagt, der Kontakt auch wieder ganz anders.“ (Do_K1, 316-319)

„Und es ist ja auch und das is' es ja, weil sonntags is' nichts. Man läuft dann rum und keucht sich dann wieder, weil 's, dann fährt man irgendwo hin in 'ne Ecke am Rauchen oder man fährt nach Hause und äh, hier is', hier 'is ein Treffpunkt. Man unterhält sich, man kann alles und man kann da einfach reingehen und sich einen rauchen in Ruhe ohne Angst zu haben, dass irgendeiner kommt und ja.“ (Do_K1, 329-333)

„Nee, das spielt eigentlich keine große Rolle, weil ich kann ja die Folie auch mitnehmen nach Hause und äh, von daher is' das halt nur günstig halt, weil hier halt in Ruhe rauchen kann in einem Raum, wo es erlaubt ist und nicht irgendwo in Häusern, in Hausfluren oder so.“ (B_K1, 297-299)

2.8.1. Das Setting – Der Rauchraum im Drogenkonsumraum

Mehrere Befragte geben an, dass die Atmosphäre im Rauchraum des Drogenkonsumraums von großer Wichtigkeit ist.

I: Und äh, was ist das Positive am Rauchraum, da zusammen um einen Tisch herum zu sitzen?

„Ja, man, man kann sich unterhalten. Das is' 'ne gemütliche Atmosphäre. Ne man, ja, man kann in Interaktion mit den anderen treten.

I: Ja. Okay. Ähm, muss man da nich' Angst haben, dass man meinetwegen entweder keine Technik hat oder dass einem Leute auf die Finger schauen, äh, und man, die wissen, welche, welche Substanz man am Start hat? Äh, spielt das auch 'ne Rolle oder is', sind eh alle sozusagen in der gleichen Situation und da gibt 's nichts abzugucken?

K2: Da sind alle in der gleichen Situation. Und wenn dann hilft man sich eher, wenn einer nich' so gut im Röhrchen bauen is' oder so ne, dann kann einem der Nachbar helfen.

I: Ja.

K2: Oder gibt einem Tipps, wenn man zu schnell raucht oder es verbrennt oder wie er es besser machen soll.“ (Do_K2, 165-181)

3. Ergebnisse: MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume

3.1. Zur Einschätzung des Rauchverhaltens der Klientel durch die MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume

In den Aussagen der MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume zeigt sich eine ähnliche Einschätzung der Konsummuster bzw. -motivationen, wie bei den NutzerInnen der Angebote. Heroin-Rauchen wird als ein eigenständiges Konsummuster wahrgenommen, das von einer Gruppe von HeroinkonsumentInnen durchgängig angewandt wird. Eine andere Gruppe ist nach jahrelangem intravenösem Konsum und entsprechenden Venenschädigungen zum Rauchen übergegangen. Allerdings ist das Rauchen auch Teil eines Konsummusters, das aus Injizieren und zeitweiligem Rauchen besteht.

„... das was ich halt, irgendwie seit dem ich hier arbeite, wirklich beobachte ist, dass es halt wirklich, ähm, auf der einen Seite die Klienten gibt, die halt nur rauchen, also die halt wirklich nur Raucher sind und, und die dann halt auch wirklich gezielt Rauchen gehen. Die haben halt auch noch nie irgendwie intravenös konsumiert oder, oder halt wirklich mal vor, ähm, irgendwie zehn Jahren wirklich, ähm, exzessiv intravenös konsumiert. Dann gab' s irgendwie so 'ne Art, ähm, Turningpoint, wo sie dann gesagt, ich, ähm, ich rauch' nur noch. Oder nach 'ner Therapie einmal rückfällig geworden, aber nur noch Raucher sind. ... Und dann gibt 's halt, äh, die intravenösen Konsumenten, die hier vor Ort eigentlich auch wirklich nur intravenös konsumieren, die mir aber sagen, dass sie zu Hause auch schon mal rauchen.“ (B_M1, 44-57)

Beschrieben wird diese Konsummuster-Mischform von einem Mitarbeiter, der deutlich macht, dass bei einigen wenigen NutzerInnen des Drogenkonsumraums das Rauchen als eine Art Venenpflege/-pause betrachtet wird.

„wir haben auch wirklich zwei, drei Klienten, was ich vorher auch so noch nie erlebt hab', die halt irgendwie seit Jahren intravenös konsumieren, gerade auch wirklich überhaupt gar keine Venen finden und die dann wirklich auf diszipliniert irgendwie am Stück nur rauchen und irgendwie zwischendurch gezielt mal intravenös konsumieren.“ (B_M1, 68-72)

Andererseits wird das Rauch-Konsummuster auch als ein stabiles eigenständiges Applikationsmuster betrachtet.

„... Die meisten Leute, die ich hier befragt hab', die Folie rauchen, denen ich das Pack gegeben hab' und die haben, die haben wirklich, vielleicht bis auf die Anfangszeit, über Jahre nur Folie geraucht. Die sind nie auf irgend 'ne andere Konsumart umgestiegen. Also das, das behält sich. Also das is', die machen, also es is', wenn jemand Folie raucht, dann machen die das nur und das über Jahre.“ (FFM_2_M1, 459-463)

In einem untersuchten Drogenkonsumraum verschiebt sich aktuell das Verhältnis von i.v. Konsumierenden und RaucherInnen zugunsten der letzteren Gruppe. Allerdings werden dadurch auch wieder notwendige Umsteuerungen in der Infrastruktur des Angebots deutlich.

„...Im zweiten Quartal 2012 hatten wir insgesamt 6.558 Konsumvorgänge. Davon 64 % inhalative, 35 % i. v. und 1 % nasal. ... Also is' schon ein Verhältnis, äh, was, deutlich, deutlich, äh, zu Gunsten der Raucher geht und ähm, dahingehend haben wir natürlich auch diese zwei zusätzlichen Raucherplätze beantragt. Auch halt auf der Grundlage des Projekts jetzt, dass wir das halt vorhaben, dass wir den Leuten aber dann auch diese Möglichkeit bieten können, weil uns irgendwann auch aufgefallen ist, dass immer mehr Leute auf Grund der Wartezeit sagen, okay, boah, wenn jetzt noch fünf Leute oder sechs Leute oder teilweise wirklich zehn Leute vor mir sind für den Raucherraum, ey dann, meld' mich im Druckraum an, weil das geht schneller ... Und das wir da halt irgendwie so ein bisschen mehr Kapazitäten schaffen wollten, ein bisschen mehr Raum, ähm, was das ganze entzerrt und jetzt auch unsere Hoffnung durch die verlängerten Öffnungszeiten, das bietet natürlich noch viel mehr Raum dafür.“ (Do_M1, 324-345)

Das Rauchen von Heroin ist nicht in jeder Stadt für jede Zielgruppe die zentrale Applikationsform. In einer Stadt haben die drogenkonsumierenden Frauen beispielsweise hauptsächlich rauchbares Kokain (Crack) und Tabletten konsumiert.

„Das war wirklich tatsächlich ganz unterschiedlich von, ähm, wirklich großes Interesse und auch wirklich das Ausprobieren wollen, bis hin zum sofortigem Abblocken. Tatsächlich. Was bei uns ja aber auch noch, ähm, vielleicht ein großer Unterschied ist, zum Einen konsumieren die Frauen hauptsächlich Koks und Tabletten i. v., also Heroin is' überhaupt nich' die vorwiegende Substanz. Und ähm, die Frauen rauchen wenn dann Pfeife. Also es gibt bei uns drei Folienraucherinnen. Die gibt 's schon immer. Und das is' halt, ähm, wie gesagt dann schwer, die Gewohnheiten dann doch zu ändern, ja, sie dafür zu begeistern....“ (HH_M1, 32-39)

Die Erfahrungen mit dem Rauchen von Opiaten in den Konsumräumen zeigen, dass Überdosierungen nicht vorkommen. Die Erfahrungen stimmen damit mit den Einschätzungen der NutzerInnen überein.

I: ... Oder habt ihr schon mal Leute animieren müssen, die geraucht haben?

M2: Nie.

I: Noch nie? Noch nie?

M2: Nie. Bevor man, bevor man sich da, äh, glaub' ich, also bevor man da mit so 'ner Atemdepression kommt, schläft man ein.“ (Do_M2, 908-915)

3.2. Motivationen zum Rauchen

Die befragten MitarbeiterInnen erklären die Motivation zum Rauchkonsum von Opiaten, v.a. aufgrund von kulturellen und familiären Hintergründen. Wahrgenommen wird auch, dass diese KonsumentInnen mit Rauchkonsum sich vom Bild des ‚typischen Heroinkonsumenten‘ (mit intravenösem Konsum) abheben. Die mit dem Rauchkonsum assoziierte Abgrenzung von einer „Junkie-Identität“ ist eindeutig bei vielen NutzerInnen der Drogenkonsumräume vorhanden. Eine wichtige Motivation für den Rauchkonsum ist das Bedürfnis, nicht auffällig werden zu wollen, und den Konsum (v.a. vor der Familie)



weiter verheimlichen zu können. In dieser Sorge wird deutlich, dass die Konsumenten noch sozial integriert sind, und ihnen eine soziale Unauffälligkeit sehr wichtig ist.

„ ... dass ist mein ganz persönlicher Eindruck, dass die Leute, die bei uns waren, zu regelmäßigem Folierauchen oder nur Folierauchen auch andere Konsumenten sind, die um einiges sortierter sind, die, äh, oftmals auch noch, äh, ein, ein Jobverhältnis haben oder so, die ein anderes Konsumbild zeigen als die, ähm, ich sag' mal jetzt, der, der Straßenjunkie in Anführungsstrichen, der, äh, den Druck brauch', weil er es einfach nich' anders aushält.“ (FFM_1_M1, 303-307)

„Dass die sich halt wirklich nicht als, ähm, Junkies begreifen, weil sie halt einfach nur rauchen. Aus, ähm, kulturellen, familiärem Hintergrund auch irgendwie einfach, irgendwie, äh, dass es für die zu riskant wäre, auch wirklich irgendwie offensichtlich als, ähm, Konsument irgendwie halt erkannt zu werden. Ähm, es sind teilweise auch wirklich Leute, die, ähm, noch mehr im, im Leben, im gesellschaftlich akzeptiertem Leben stehen ... Teilweise der, ähm, Familienvater, der hier nach der Arbeit hinkommt, bevor er seine Tochter von der Kita abholt und halt auch noch mal irgendwie, ähm, sein Blech raucht. Oder der, der Mensch, der ein eigenes Unternehmen hat und ähm, auch nur raucht, weil er einfach weiß, ähm, oder weil er es eigentlich auch noch nie anders gemacht hat. Hmhm.“ (B_M1, 92-103)

Eine Verbreitung des Rauchkonsums wird bei Konsumenten vermutet, die noch gesellschaftlich integriert leben – jedenfalls noch nicht auffällig geworden sind. Der kulturell-religiöse Hintergrund wird von einigen MitarbeiterInnen von Drogenkonsumräumen auch ausgesprochen:

„Auch weil wir jetzt gerade auch hier in, in Stadtteil XY, wo es halt wirklich auch 'ne irgendwie, irgendwie große muslimische Bevölkerung gibt, da wird halt, da wird halt viel geraucht...“ (B_M1, 136-138)

Ein weiterer Grund für die Entscheidung zum bzw. die Beibehaltung des Rauchkonsums liegt in ästhetischen Motiven und im Körperbewusstsein:

„Ich denke mal, für 's Rauchen gibt 's unterschiedliche Gründe. Das kann einmal wahrscheinlich auch ein Stück weit Körperbewusstsein sein, dass das Leute sagen, ich möchte mir nicht die Arme zerstechen, ich möchte im Sommer mit T-Shirt rumlaufen, besonders auch bei, bei jüngeren Frauen, die dann doch eher, ähm, auf 's Rauchen zurück greifen.“ (Do_M2, 112-115)

„Und bei den Jungen, es war halt jetzt nur der Eine, der ja so als, als Beispiel jetzt recht jung da war und ähm, also an seinem Beispiel, ist das für ihn 'ne Alternative. Bei ihm auch wieder, seine Aussage, er hat einen Job, er is' im Messebau und so, er, ähm, is' auch oft kurzärmlig und sonst irgendwas. Das ist für ihn im Job 'ne gute Sache, dass er das auch so konsumieren kann, weil er dann die, äh, Stichstellen nich' verbergen muss.“ (FFM_1_M1, 339-343)

Schließlich wird von den Befragten vermutet, dass auch der Aspekt der Rauchkultur in der Gemeinschaft anderer Raucher einen Einfluss auf die Aufnahme bzw. Beibehaltung des Rauchens haben könnte:

„Also was ich ganz, ganz spannend fand, war, man hat als, als Außenstehende ja oft so den Eindruck, ähm, ja von dieser Rauchkultur und das hat ja auch irgendwie, wenn man jetzt so im Raucherraum guckt, hat ja auch irgendwie was eher, mehr von Gemeinschaft als jetzt diese Boxen im Druckraum, wo so jeder irgendwie sein Ding macht und wirklich nur diesen Knaller und das für sich genießt ... Und im Raucherraum is' sehr viel mehr Kommunikation und man raucht 'ne Zigarette zwischendurch und die Leute sitzen sich gegenüber und irgendwie so an, an einem Tisch gemeinsam. Aber das is' genau der Faktor, auch für viele überhaupt nich' in Frage kommt. Die wollen das auch gar nich', die sitzen gerne da für sich in ihrer Box, mit ihrer, sie mit ihrer Sucht. Und eine Klientin, die hatte mir dann auch gesagt, ähm, also das is' mir total hängen geblieben, weil ich da überhaupt vorher noch nie drüber nachgedacht hab', dass, äh, sie das gar nicht möchte, sich so lange mit dieser Droge beschäftigen. Weil 'ne Folie, also ein Blech zu rauchen, dauert einfach auch ein bisschen länger als sich ein Knaller zu machen und jemand der, der 's, sag' ich mal, drauf hat, da geht das dann zackzack, ne. Und dann is' das Zeug drin und dann is' die Sucht befriedigt und dann geht 's auch sofort raus und weiter“ (Do_M2, 183-200)

Auf der anderen Seite gibt es auch demotivierende Aspekte, die – ohne konkrete Vorbilder zu haben – davon abhalten, von Folie zu rauchen, wenn nämlich keine Kenntnisse und Fertigkeiten vorhanden sind, wie in einem Drogenkonsumraum.

„Das Interesse war da, aber weil sie haben es sich nich' getraut auszuprobieren, weil der Um//, also der Umgang halt so ungewohnt ist und sie Angst haben, den, ähm, Stoff zu verlieren, wenn sie das versemeln, sozusagen“ (HH_M1, 52-54)

„... Auch dieses Halten. Am meisten Angst hatten sie davor, dass, dass die Schore dann vom, vom Blech fließt.“ (HH_M2, 267-268)



3.3. Erfahrungen mit der neuen Folie im Rahmen der Smoke-It! - Kampagne

Die Akzeptanz der Folien wird von den MitarbeiterInnen als sehr groß angesehen. Von mehreren befragten MitarbeiterInnen wird die hohe Probierbereitschaft angesprochen.

„Also Leute die hier sowieso Folie rauchen und die normalerweise von uns diese, diese Haushaltsalufolie bekommen, die habe ich alle angesprochen, denen hab' ich das Pack gegeben und die haben dann natürlich auch noch im Konsumraum, äh, die Folie gleich ausprobiert und die, ja, die fanden das wirklich gut.“ (FFM_2_M1, 91-94)

Die Schwierigkeit die präventiven Botschaften der Smoke-It! – Kampagne an die NutzerInnen des Drogenkonsumraums zu übermitteln wird angesichts des Suchtdrucks und des niedrigschwelligen Charakters der Einrichtung deutlich: Thematisierungsmöglichkeiten müssen genau auf die Situation und den Zeitpunkt abgestimmt sein.

I: ... Wir habt ihr denn die Leute überhaupt angesprochen, äh, um an dem Projekt teilzunehmen?

M1: Oh, oh, oh.

M2: (lachen).

M1: (lachen).

M2: Äh, auf vielfältige Art und Weise. Also wir mussten das auch ein bisschen ausprobieren zu welchen Zeitpunkten können wir, äh, die Klienten am Besten, äh, dafür sensibilisieren. Ähm, wir haben schnell gemerkt, dass, äh, unter Suchtdruck das nich' so gut funktioniert. Ähm, aber auch 'em Konsum war das oftmals nich' so einfach. Also gerade bei den Leuten, bei denen man sich 's vorstellen könnte, da sie halt ein soziales Setting haben, ne und auch schon mal geraucht haben, ähm, die mussten oft schnell wieder weg zur Arbeit und äh, solche Sachen. Ähm, ja wir haben einfach teilweise im Café mit den Leuten gesprochen halt teilweise nach dem Konsum.

I: Hmhm.

M2: Ja.

M1: Also diese, diese Wunschvorstellung, dass man jemanden quasi dazu animiert darüber nachzudenken, anstatt jetzt i. v. zu konsumieren in den Raucherraum zu gehen, das is' natürlich irre schwierig, weil wir sind ja, 'ne, 'ne niedrigschwellige Einrichtung, die, äh, diese Räume besitzt und anbietet und äh, die Leute gehen auch mit dieser Einstellung hier hin, also jetzt gleich ich mach mir da jetzt 'nen Knaller.

M2: Genau.

M1: So und wenn ich mir jetzt eben vorstell' und sag', hallo, ich wollt' da mal was fragen, dann lauf' ich erst mal vor 'ne Wand.

I: Ja.

M1: Die gucken dich dann an wie ein Auto, ne, du Bekloppte komm', ich hab' 'ne Karte in der Hand, geh weg, ich will nach hinten.

I: Hmhm. Hmhm.

M1: Also musste man schon irgendwie 'nen günstigen Zeitpunkt abpassen und das war natürlich am Anfang, nich' so aus 'em Ärmel geschüttelt, mal eben möglich.

M2: Bedeutete halt auch, dass man sich manchmal über mehrere Tage oder Wochen unterhalten musste, weil man sich ja auch nich' immer Zeit, also jeden Tag hier gesehen hat. Da verging vielleicht mal 'ne Woche ins Land. Da musste man erst mal dieses Projekt wieder zurück ins Gedächtnis rufen und das äh, ja.“ (Do_M1M2, 402-447)

In einigen Drogenkonsumräumen war neben der individuellen Ansprache das neue Material interessanter.

„Die haben eher auf das Material reagiert, als auf die Aushänge oder Infomaterialien.“ (HH_M2, 10-11)

Die Ansprache der KonsumentInnen erfolgte z.T. auch über die Auslage der Folie am Eingang zum Konsumraum.

„Wir hatten auch irgendwie vorne am, am Einlass, dort wo man sich anmeldet, haben wir halt auch, diese, ähm, diese Rauchfolienpakete ausgelegt. Ja, um da halt so ein bisschen irgendwie Aufmerksamkeit zu erregen.“ (B_M1, 28-30)

Analog zu den Angaben der NutzerInnen wird die Folie in den Gesprächen mit den KonsumentInnen von den MitarbeiterInnen gegenüber normaler Haushaltsalufolie als überlegen wahrgenommen:

„...Also was die halt wirklich gut fanden, war, dass die nich' so schnell, ähm, ähm, zerknittert war, weil die halt ein bisschen dicker ist. Die brennt nich' so schnell durch. Fanden die halt auch total super. Auch noch mal die Zusatzinformation, dass, dass die halt nich' beschichtet ist.“ (B_M1, 175-178)

Ähnlich zu einigen kritischen Äußerungen der NutzerInnen des Angebots wird die Folie auch überwiegend als positiv bezeichnet mit lediglich einem Kritikpunkt bezüglich der Länge der Folie.

„Also die Qualität der Folie wurde durchweg als gut beurteilt, jedoch die Größe war für vielen ein Problem, weil das Heroin halt deutlich besser auf der Folie läuft, aber sie einfach zu kurz is' ... Also viele hätten sich gewünscht, dass das Maß im Prinzip, dass sie länger is', sie kann schmaler sein, aber sie müsste länger sein, weil das Wenden, also viele hatten echt Stress, haben sie dann auch gesagt, weil das so wunderbar flüssig läuft, mussten sie halt wahnsinnig oft wenden. Also und die nehmen ja, äh, 'ne normale haushaltsgebrauchsübliche Folie, die, äh, in der Breite ganz anders is'.“ (Bi_M1, 105-114)

Das Smoke-It! – Projekt lief nur eine begrenzte Zeit, trotzdem hat es in einigen Einrichtungen eine nachhaltige Wirkung erzielt, in dem Sinne, dass explizit die Test-Folie nachgefragt wird.

„... Also was ich jetzt interessant finde, dass, ähm, Projekt is' ja jetzt auch, glaub' ich, schon seit anderthalb Monaten wieder vorbei. Wir haben die Folie immer noch, äh, äh, da liegen und äh, die, ähm, da wird immer mehr nachgefragt.

I: Ah, ja.

M2: Also wir verteilen die jetzt immer mehr.

I: Hmm. Was sagen die denn? Habt ihr noch was von der neuen Folie?

M2: Genau.

I: Oder wie heißt diese neue Folie?

M2: Ich hätt' gern noch von der neuen Folie.

M1: Es gibt dann auch viele, die dann auch wirklich hinten konkret sagen, ich möcht' gern die Neue haben.

I: Die Neue?

M1: Ja, genau.“ (Do_M1M2, 494-515)

Schließlich stellte sich die Frage nach der Bereitschaft einer Zuzahlung seitens der NutzerInnen nach dem Ende des Pilotprojektes mit der kostenlosen Abgabe der Alufolie. Analog den Ergebnissen der KonsumentInnen wird übereinstimmend von den InterviewpartnerInnen berichtet, die Bereitschaft der Zuzahlung beläuft sich auf einen Betrag zwischen 0,50 – 1€ für 10 Folien.

„ ... die meisten Leute, die ich gefragt habe, was würden sie für die Folie zahlen, für zehn, für zehn Folien. Das war dann immer zwischen fünfzig Cent und, und ein Euro.“ (FFM_2_M1, 265-266)

3.3.1. Die Folie als professionelle Hilfe zur Thematisierung von Risiken, Alternativen und Erreichbarkeit von Klienten



Die neuen Folien werden überwiegend sehr positiv angenommen (analog zu den Ergebnissen aus den Interviews mit den NutzerInnen).

„Dass, äh, man sehr schnell gesehen hat, für die Leute is' das was. Der kennt das Folierauchen, der hat 's schon mal ausprobiert und der weiß, wie ihn das auch flasht und äh, wie nich' und hat gemeint, ja, das is' für mich 'ne Alternative, das ist gut. Oder auch, äh, viele andere, die dann wirklich nur zum Drücken gekommen sind, gesagt haben, schön und gut, aber das dauert zu lang, ich verlier' zu viel, mein Dope is' nich' gut genug einfach, um es so zu konsumieren.“ (FFM_1_M1, 83-87)

Die Ansprache der NutzerInnen über die neuen Folien erfolgte z.T. über die Nutzung der Wartezeit vor Eintritt in den Konsumraum.

„Also ich hab' häufig die Frauen direkt angesprochen, wenn ich, ähm, wusste sie sind eventuell daran interessiert oder konsumieren Schore, dann, ähm, haben wir sie direkt im Cafébereich häufig angesprochen. Da sitzt man eh am Tisch, das ist recht kommunikativ, da funktioniert das ganz gut oder auch direkt im Konsumraum. Das, äh, fand ich auch recht hilfreich, weil da haben sie häufig Zeit und sind auch, äh, gerne bereit über ihren Konsum zu sprechen und da passte das manchmal ganz gut.“ (HH_M2, 23-28)

In den Interviews wird deutlich, dass es Professionalität erfordert, Safer-Use – Themen im laufenden Betrieb eines Drogenkonsumraums zum richtigen Zeitpunkt oder überhaupt anzusprechen.



„ ... diese ganzen Safer-Use Gedanken, die gehen im Alltag auch einfach verdammt schnell unter. Erstens man versackt schnell in diesem ganzen Wulst hier und du hast tausend andere Sache zu tun und man läuft ganz schnell Gefahr die Leute auch einfach so anzunehmen, die sind halt so. So der sammelt halt seine Filter in der Hosentasche. Super.“ (Do_M1, 751-754)

Ein neues Material erlaubt es den Mitarbeiterinnen Konsummuster und Risiken (Infektionen, Überdosis) auf eine neue Art anzusprechen. Dadurch führt die neue Folie – als Interesse weckendes neues Material - zu einer Erweiterung der Ansprachemöglichkeiten.

„ ... es is' find' ich auch, ... in unserer Arbeit extrem wichtig, Sachen nich' andauernd nur irgendwie theoretisch durchzukauen, sondern immer gleich wirklich was an, an der Hand zu haben oder, oder vielleicht wirklich das, was man irgendwie weggeben kann, erst mal weg gibt, um überhaupt erst mal ein Thema auf zu machen.“ (B_M1, 434-437)

„Das war so ein ganz positiver Nebeneffekt, dass man überhaupt über Substanzgebrauch und Konsummuster ins Gespräch gekommen ist, über die Erfahrungen, die sie auch in der Vergangenheit gemacht haben vielleicht mit Rauchkonsum. Einiges was wir dann auch gar nicht wussten. Also ich fand das schon ganz, ganz praktikabel und die Frauen haben sich glaube ich auch, ähm.“ (HH_M2, 440-444)

Die neuen Folien bieten eine Gelegenheit ,alte Themen wie Venenpause/-pflege erneut mit einem überzeugenden Angebot anzusprechen.

„Und die anderen haben dann, wenn man gesagt hat, Klient xy überleg' doch mal, machst ja momentan, äh, gehst du ja in verschiedenste Stellen im Körper rein und vielleicht wär' es 'ne Möglichkeit, mal 'ne Pause zu gönnen. Und mit einer der ersten, der sich so ein Päckchen mitgenommen hat, hat halt gesagt, ich mach mal 'ne Venenpause.“ (FFM_1_M1, 40-43)



Schließlich erlaubt ein neues Konsumutensil nicht nur Präventionsbotschaften zu erneuern, oder erstmalig zu übermitteln, es bietet auch die Gelegenheit bisher nicht oder nicht mehr Erreichte (erneut) anzusprechen.

„Also ich, also ich persönlich, ich und die studentischen Mitarbeiter, die da mitgemacht haben, ich hab' wirklich nur 'ne gute Erfahrung gemacht. Ich hab' auch Leute angesprochen, die hier ein Dauerhausverbot haben, die gar nichts mehr kriegen, die draußen auf der Straße sind, da bin, da bin ich raus gegangen, hab' gesagt, willst du da mitmachen, sie sagt, ja super. Also ich, ich, ich hab' Leute erreicht, die, die man eigentlich gar nich' mehr erreicht.“ (FFM_2_M1, 73-77)

3.3.2. Kritik an der Kampagne: Thematisierung aller Applikationsformen

Einige MitarbeiterInnen merkten in den Interviews an, dass man alle Applikationsformen in einer Kampagne zur Reduktion von Konsumrisiken hätte ansprechen müssen.

„ Und was mir persönlich auch ein bisschen gefehlt hat waren, es gibt ja auch andere Alternativen als jetzt Folierauchen unbedingt. Also für Leute die i. v. konsumieren, die, ähm, jetzt zum Beispiel, meinetwegen rektal oder nasal oder was auch immer? Und das war irgendwie so gar nich' berücksichtigt. Und was für viele vielleicht auch noch vorteilhafter wär', als jetzt unbedingt Folie rauchen ... Weil es gibt ja auch Einige, die, ähm, hier i. v. konsumieren, weil sie meinetwegen, ähm, Atemwegserkrankungen haben oder so. Und denen hätte ich dann eigentlich ganz gerne auch noch, noch andere Alternativen aufgezeigt...
I: Ja. Und rektal und nasal, äh, kommt das an? Machen das Leute? Kann man die dazu motivieren oder überhaupt anregen, anstoßen?

„Wenige, aber immer mal wieder so vereinzelt kommt dann doch mal 'ne Anfrage.“ (Do_M1, 34-49)



3.4. Umstieg von i.v. zu inhalativem Konsum

Die Motivationen und Hürden für einen Umstieg von einem i.v. zu einem inhalativen Konsum sind vielfältig. Man muss davon ausgehen, dass ein erheblicher Teil der i.v. Konsumenten sich an die Venenpunktionierung sehr gewöhnt hat, bzw. daraus einen Lustgewinn erzielt, auf den eben erst verzichtet wird, wenn es keinen Venenzugang mehr gibt.

„Wenn jemand zwanzig Jahre dabei ist, dann ist das nicht so leicht. Also, äh, äh, häufig kommt ja der Umstieg, wenn da Leute wirklich merken, jetzt geht eigentlich gar nichts mehr. Ich find' auch nichts mehr, ich hab' permanent Abszesse. Äh, ne, wenn, wenn die dann so merken, dass es körperlich auch nich' mehr funktioniert, dann kommt so ein Entschluss schon selber bei denen, die noch nicht so lange dabei sind. Is' ja manchmal die Gesprächsbereitschaft auch so ein bisschen, äh, ja nich' so ausgeprägt, ne. (Bi_M1, 172-177)

„Andere, die es dann vielleicht auch wieder nich' so, äh, diese, auch diese, diese Nadelgeilheit haben und so, die sind dann auch, denk' ich, eher zugänglich zu sagen, ja jetzt hab' ich mich ordentlich zerstoichen, jetzt probier' ich 's mal ein, zwei Mal mit 'em Rauchen. Is' aber, na, bei der Reflexion der Klienten auch so gewesen, dass wenn sie es ein paar Mal geraucht haben und sie festgestellt haben, oh, jetzt geh 's wieder, der intravenöse Konsum auch wieder gestartet wurde.“ (FFM_1_M1, 331-335)

Ein wesentlicher Grund für die Schwierigkeit des Umstiegs von intravenösem Konsum auf den Rauchkonsum wird von Seiten der MitarbeiterInnen aus mehreren Drogenkonsumräumen in der ökonomischen Realität, dem geringen Reinheitsgehalt des Heroins und in dem Gewinn der Injektion gesehen:

„ ... Und zwar aus, ähm, aus finanziellen Gründen, weil, ähm, Rauchen für die einfach irgendwie, ähm, viel zu kostspielig ist. Äh, die brauchen dafür einfach viel mehr, viel mehr Heroin und weil natürlich irgendwie, ähm, viel halt auch wirklich, ähm, den, noch den intravenösen Kick suchen.“ (B_M1, 271-273)

„... ich würd' erst mal grundsätzlich sagen, äh, es rauchen erst mal die, die sich 's leisten können.“ (Do_M1, 89-90)

„ Ähm, das war auch der häufigste Aspekt, dass Leute gesagt haben, das is' mir, das is' mir viel zu teuer.“ (Do_M2, 92-93)

„ ... also viele i. v. Konsumenten sagen, dass das Heroin einfach zu schlecht ist. Das is' einfach net gescheit rauchbar, es wären zu viele Zusätze drin und sie würden weiterhin i. v. konsumieren. Aber sie haben zumindest dieses Pack daheim und.“ (FFM_2_M1, 40-45)

Weitere Barrieren für den Umstieg auf das risikoärmere Rauchen werden gesehen in dem Geschmack durch das Rauchen, dem weniger massivem Wirkungseffekt, den Hindernissen des praktischen Procederes: Rauchen wird als anstrengender, zeitaufwändiger und eingeschränkter umsetzbar betrachtet („nicht draußen möglich“):

„Es werden halt unterschiedliche, ähm, irgendwie Argumente angeführt. Vom, irgendwie, das Rauchen, ähm, ähm, schmeckt mir nich', das ist eklig, da muss ich kotzen, ähm, bis hin zu, das knallt nich' so oder das ist mir auf Dauer zu anstrengend, weil das ja natürlich auch ein, ähm, größerer Aufwand ist. Ich mein', Rauchen, ähm, dauert dann wirklich ein bisschen länger. Haupt-, na Hauptargument nich', aber ein Argument is' zum Beispiel auch, dass man das zum Beispiel draußen irgendwie nich' so gut mal irgendwo machen kann Viele unsere ... Leute, die wirklich obdachlos sind, die, ähm, da geht 's halt wirklich dann, ähm, ähm, wirklich schneller im Hauseingang, im Park irgendwie intravenös zu konsumieren, als irgendwo im, im Treppenhaus windgeschützt, äh, zu rauchen.“ (B_M1, 315-328)

Insbesondere die suchtbedingte Notwendigkeit die Entzugssymptomatik schnell zu befriedigen, ist einer der Hauptgründe für die Tatsache, dass das Rauchen für viele NutzerInnen nur eine zweitbeste Lösung darstellt:

„... dadurch dass die Qualität in Stadt A ja eh nich' so gut ist und die Klienten es dann ein bisschen schlecht einschätzen können, wenn sie dann mit dem Prozedere vom Folierauchen angefangen haben und dabei dann feststellen, dass es halt die Qualität nich' so gut is', dann ärgern sie sich recht schnell darüber auch. Aber in erster Linie is' dann der Grund gewesen, wenn sie, äh, es nicht wollten, dass es ihnen zu viel Aktion is'.

I: Ah, ja. Gut. Also das Ritual dauert zu lange?

M: Genau und das halt auch der, äh, der, der Flash kommt natürlich auch langsamer und äh, das, ein Klient hat 's mal so gesagt, er, wenn er Folie raucht, dann genießt er das eher und aber um den Affen wegzubekommen und so brauch' er, äh, Druck, damit das schnell über die Bühne geht.“ (FFM_1_M1, 98-108)

Der schnelle Wirkungseintritt wird unter den Umständen des Suchtdrucks gesucht, und dafür ist der intravenöse Konsum für viele die angemessenste Form:

... einer der besagten Klienten hat dann gemeint, dass Eine kommt halt, äh, is' ein schnelles Konsumieren und das macht dann, Bäm (Händeklatschen) und dann is' es da und dann is' gut. Und das andere, da wartet man drauf und das, das dauert, bis sich das entwickelt und das will er dann net.“ (FFM-1_M1, 125-128)



3.4.1. Peer Support beim Umstieg vom i.v.- auf Rauchkonsum

Die Motivation zum Folierauchen erfordert nicht nur bestimmte Kenntnisse über das Prophylaxepotential, es braucht auch die Erfahrung bestimmter Techniken. Diese werden von Mitkonsumierenden gelehrt und übernommen. Der Drogenkonsumraum bietet dafür vielfältige Ansatzpunkte für Prävention.

„Aber man kann das offensichtlich auch lernen, weil, äh, Eine der Klienten, äh, hatte zum Folierauchen noch überhaupt gar keinen Kontakt, nie gehabt und ähm, hat es sich dann von 'nem anderen Klienten im Café, das war teilweise ein bisschen absurdes, aber auch irgendwie goldiges Bild, wie die damit ihren Folien da, äh, hantiert haben und mal gesagt haben, dann musst du das so machen und so, und so, und so, und dies und das. Und jetzt gehen wir mal hinter, dann sind sie zusammen in den Druckraum gegangen und haben es ausprobiert. Und einer der Klienten hat gemeint, ah ja, ich hab' das jetzt ausprobiert und so, und das dauert zwar, aber dann muss ich mich auch net, also er ist mit der Nadel noch nich' so, äh, nich' so vertraut, der konsumiert auch noch nich' so lange, dass er gesagt hat, ja, diese Foliengeschichte is' für mich auch gut.“ (FFM_1_M1, 136-144)

„Ich glaub', kann ich mir auch gut vorstellen. Dass sie da auf, ähm, dass sie dann irgendwie jemanden haben, der ihnen das so ein bisschen vorführt und die Angst dann auch nimmt, das da irgendwas schief läuft oder so. Wobei, ich glaub' sie können es besser annehmen von einer Klientin, die ihnen das demonstriert und äh, da haben wir ein paar Erfahrenen, also die waren dann häufig gerad' nich' vor Ort.“ (HH_M2, 87-91)

3.4.2. Video-Anleitung zum ‚richtigen Rauchen‘

In mehreren Interviews wird bestätigt, dass ein Video mit einer Rauch-Anleitung von großem Nutzen für die übrigen Interessenten bspw. im Wartebereich eines Drogenkonsumraums sein könnte.

„Schlecht wär 's nich. Ähm, dieses, wie man es richtig macht, das wie gesagt, schlecht wär 's net, weil ähm, ja gerade dieses, dieses Rauchen dann auch abgelehnt wird wegen diesem, es geht so viel verloren und vielleicht is' es dann auch eher so dieses Bild von dem Eingedampften, wo man sich denkt, naja, geht ja die Hälfte irgendwie weg. Aber wenn man es anleitungsmäßig in 'nem Video nochmal machen würde, denke ich, wär' das sinnvoll, weil was anderes hat der eine Klient beim anderen ja auch nich' gezeigt, wo ich eben gesagt hab', im, im Café da.“ FFM_1-M1, 171-176)



3.5. Rauchkonsum als Drogennotfall- und Infektionsprophylaxe

Von den professionellen BeraterInnen wird das Thema Rauchen vor allem eingeführt als weniger schädigende Konsumform (v.a. bei langjährig Injizierenden), als Vorsichtsmaßnahme beim Kauf von nicht bekannter Qualität der Stoffe, bzw. als Drogennotfallprophylaxe bei Rückfall nach Therapieabbruch bzw. Haftentlassung oder als Alternative in infektionsrelevanten Risikosituationen.

„ ... ich glaub', das is' wirklich in ganz vielen, ähm, Köpfen drinne, dass, ähm, das Rauchen natürlich viel weniger riskant ist. Ähm, wir, wir thematisieren das halt immer wieder in, in unser täglichen Arbeit, weil wir wirklich mit Leuten zu tun haben, die einfach überhaupt gar keine Venen mehr finden. Und ähm, als irgendwie schonendere, alternativere Konsumform und natürlich auch wenn 's halt um wirklich, ähm, um, um Überdosierungen geht, dass man den Leuten auch sagt, ähm, Rauch' dein Zeug lieber erst mal, wenn du es nich' kennst ...Oder

wenn du halt von 'ner, von 'ner Therapie kommst, ähm, ähm, aus 'er Haft, ähm, Rauch' erst mal so. Und ich glaub', dass sieht man halt auch hier beim, ähm, beim Drogen-. ähm, Konsum, äh, Drogenkonsum, beim, beim, beim Drogennotfalltraining, wenn man mal in die Runde fragt, was man denn tun kann, um einfach so 'nen, so 'nen Notfall zu vermeiden, das ist drin in den Köpfen, dass es halt wirklich weniger riskant ist. Es wird aber von, ähm, von vielen Leuten einfach, ähm, so nich' umgesetzt“. (B_M1, 251-267)



„...Also gerade im, in Risikosituation, ne, wo ihr mit mehreren Leuten unterwegs seid, äh, vielleicht sogar zu wenig Nadeln dabei habt oder was auch immer, ne.“ (B_M1, 403-404)

Empfehlungen

Die Studienergebnisse zeigen, dass über einen Mix aus hochwertigen und neuartigen Präventionstools sowie einer zielgerichteten Ansprache Heroinkonsumenten in ihrem Drogenkonsumverhalten beeinflusst werden können.

Ähnlich wie bei dieser aktuellen Untersuchung zeigten auch vorherige Studien⁶, dass Drogenkonsumenten trotz ihres aktuellen Drogenkonsums ein großes Interesse am Erhalt ihrer Gesundheit haben und Maßnahmen bzw. Informationen mit risikomindernden Inhalten und Zielen annehmen.

Es wird daher empfohlen, dass Einrichtungen, die bisher ausschließlich Angebote des Spritzentauschs vorhalten, ihr Angebot um mediale Informationen sowie Rauchfolien ergänzen.

Hierbei sollte die Abgabe von Rauchfolien ebenso wie die Abgabe von Konsumutensilien zum intravenösen Konsum möglichst kostenfrei sein. Zwar zeigen die Studienergebnisse, dass ein recht hoher Prozentsatz SMOKE IT - Folien (bereits geschnitten, unbeschichtet, dicker und somit reißfester) auch käuflich erwerben würde, aber um die Motivation der Inanspruchnahme zu erhöhen ist sicher eine kostenfreie Abgabe zu präferieren.

⁶ TEST IT

Um die Nutzer der Einrichtungen auf dieses neue Harm Reduktion Angebot aufmerksam zu machen, gilt es insbesondere auf die Neuheit und Hochwertigkeit der SMOKE IT - Folien hinzuweisen.

Bereits in der Vergangenheit konnte mit besonderen Wochen- oder Monatsthemen das Interesse der Drogenkonsumenten auf bestimmte Inhalte und Themen gerichtet werden. Empfohlen wird daher u.a. eine „SMOKE IT – Woche“ anzubieten, die von verschiedenen Aktivitäten bzw. Maßnahmen begleitet wird.

- Videofilme mit Inhalten zum Thema Safer Use
- Rauchtrainings, gemeinsamer Pfeifen- bzw. Röhrchenbau (auch wenn viele Konsumenten Erfahrungen mit dem inhalativen Konsum haben, kann durch Angebote des gemeinsamen Röhrchenbaus bzw. von Safer Smoke Trainings das Interesse gesteigert werden).
- Angebot von SMOKE IT - Packs. Die vorliegende Studie konnte deutlich machen, dass von der Abgabe von Komplettsortimenten (SMOKE IT - PACKS) auch ein Signal der Wertschätzung ausgegangen ist. Dies führte dazu, dass Nutzer der Einrichtung sich für das neue Angebot interessierten.
- Durch die Bereitstellung von medialen Informationen, die in den Besitz der Konsumenten übergehen, wie z.B. Flyer, Karten mit Fotos zur Rauchanleitung⁷ etc., kann die Inanspruchnahme des neuen Angebots erhöht werden. Die Studie zeigt, dass ein sehr hoher Prozentsatz derjenigen denen SMOKE IT - PACKS ausgehändigt wurden, diese auch nutzten. Das Anbringen von Postern als „Eyecatcher“ kann die Aufmerksamkeit für das neue Angebot ebenfalls erhöhen.

Aufgrund der Tatsache, dass viele Drogenkonsumenten den Transport von bereits benutzten Konsumutensilien vermeiden, könnten insbesondere Drogenkonsumräume bzw. Drogentherapeutische Ambulanzen in NRW mit einem Angebot der personalisierten Aufbewahrung von Konsumutensilien die Nutzung unterstützen.

In Deutschland werden ca. 400.000 Schachteln mit unterschiedlichen Sortimenten zum intravenösen Konsum über Automaten verkauft. Um die anonyme Verfügbarkeit von Rauchutensilien in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen sicherzustellen, könnten Automaten um „SAFER SMOKE - Packs“ ergänzt werden.

Um die Diskussion über schadensminimierende Effekte des inhalativen Konsums zu initiieren, könnten Einrichtungen punktuell besondere Angebote schaffen wie z.B. ein Frühstücksangebot mit Diskussion zu Vor- und Nachteilen des Rauchkonsums.

Trotz der Erfahrung vieler Opiatkonsumenten mit dem inhalativen Konsum, praktizieren viele vorrangig intravenöse Applikationsformen. Darüber hinaus gibt es Opiatkonsumenten, die bisher noch keine Erfahrung mit inhalativen Konsummustern haben. Um zu verdeutlichen in welchen Situationen der Rauchkonsum eine Alternative sein kann (morgens, beim leichten Entzug, beim Fehlen von iv Utensilien, zum "Antesten" von unbekanntem Stoff etc.) können die Nutzer der Einrichtung gebeten werden diese Alternativen auf ein A1-Poster zu schreiben, das an zentraler Stelle

⁷ Über die Deutsche AIDS-Hilfe in 2013 kostenfrei erhältlich

z.B. im Kontaktladen platziert wird. Die gleiche Methode kann für Vor- und Nachteile des Rauchkonsums angewandt werden.

Um MitarbeiterInnen von Drogen- und AIDS-Hilfen über Vor- und Nachteile des Rauchkonsums zu informieren und sie in die Lage zu versetzen, Konsumenten Unterstützung beim Röhrchenbau zu geben, gilt es vor Ort kurze Workshops einzurichten. Trainer bzw. Referenten können über die Deutsche AIDS –Hilfe gestellt werden.

Darüber hinaus wird empfohlen, bei bereits bestehenden bundesweiten Fortbildungen (z.B. der Deutschen AIDS-Hilfe) intensiver auf inhalative Applikationsformen einzugehen.



Aus der Vor-Ort - Arbeit wird deutlich, dass solche Maßnahmen nur erfolgreich sein können, wenn sie sehr praxisnah und für Drogenkonsumenten ohne viel Aufwand wahrzunehmen sind. Ferner leben solche Angebote immer von der Begeisterungsfähigkeit bzw. der Motivation der MitarbeiterInnen.

Literatur

Rachael Pizzey, Neil Hunt (2008): (: Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing. In: International Harm Reduction Journal, 2008, 5:24)

Martin Chandler, Jamie Bridge, Anne Boid, Helen Wilks (2008): The Provision of Foil in Needle and Syringe Programmes in the UK ()

John-Peter Kools: The Dutch experience in promoting transition away from injecting drug use, 1991 – 2010 - From fix to foil

**HIV UND HEPATITIS
VERMEIDEN!**

**SCHLECHTE
VENEN?**

**KEIN STERILES
SPRITZBESTECK?**

**ÜBERDOSIS
VERMEIDEN!**

smoke it

**„FOLIE RAUCHEN“ – EINE ALTERNATIVE
ZUM DRÜCKEN**

JETZT IN UNSERER EINRICHTUNG!

aidshilfe.de

