



DIPLOMARBEIT

DROGENKONSUMRAEUME

VORSCHLÄGE FÜR DIE SUCHTHILFE IN WIEN

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des
akademischen Grades eines Diplom-Ingenieurs
unter der Leitung von

Univ.Prof. Mag.art. Christine Hohenbüchler

E264-01 Institut für Kunst und Gestaltung
Abteilung Zeichnen und visuelle Sprachen

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung von

Dennis Przybilka
01217419

Wien, am 23.03.2021

ABSTRACT

Drogenkonsumräume für Wien

Ein Drogenkonsumraum (DKR) ist ein Ort, der mit dem Ziel geschaffen wird, die Leben von Drogenkonsumierenden zu retten. Während der Betrieb von DKR in Österreich noch nicht erlaubt ist, gibt es verschiedene, international etablierte Beispiele, welche längst bewiesen haben, dass die akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit dem Angebot von beaufsichtigtem Konsum gute Entwicklungen für die Suchthilfe erreicht. Die Disziplinen Design, Architektur und Stadtplanung müssen sich insofern mit der sozialen Drogenarbeit beschäftigen, als sie mit der räumlichen Dimension einen von vier Teilbereichen der niederschweligen Arbeit ausmachen (Grünmayer 2014, S. 197–198). Diese Arbeit setzt sich mit der architektonischen Beschaffenheit von DKR auseinander und versucht Vorschläge zu finden, wie dieses wichtige Element der schadensreduzierenden Maßnahmen in das Angebot der Wiener Suchthilfe integriert werden könnte. Dies bedeutet, dass diejenigen Räume, welche für den Konsum von Drogen (insbesondere für den intravenösen Konsum von Opioiden) bereitgestellt werden, bezüglich ihrer Typologie, ihrer baulichen Gestalt, sowie ihrer programmatischen Nutzungsgrundlagen untersucht werden. Der Aufbau der Arbeit gliedert sich in vier Teilbereiche. Im Ersten wird die Situation zum Opioidkonsum und -missbrauch in Wien analysiert und die mögliche Nutzer*innengruppe beschrieben. Im zweiten Teil werden die Hintergründe von DKR und deren Intentionen zusammengefasst. Darauf folgt ein Versuch der architektonischen Einordnung des Bautyps und die Untersuchung bereits existierender DKR, um daraus abgeleitete Erkenntnisse schlussendlich auf zwei Entwürfe anzuwenden. Der erste Vorschlag soll eine sehr günstige und räumlich sehr leicht herzustellende Option sein, die mittels prozeduraler Raumabfolge, Sichtbezügen und bewusster Licht- und Oberflächengestaltung auf die besonderen Anforderungen reagiert. Dieser Entwurf ist für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitssyndrom durch intravenöse Substitutionstherapie konzipiert. Mit einem zweiten Vorschlag soll eine noch niedrigschwelligere Möglichkeit für alle intravenös Opioidkonsumierenden dargestellt werden. Ein Raum in einem Brückenpfeiler der Wiener U-Bahn mit zwei kleinen Zubauten bietet als geringer architektonischer Eingriff die räumliche Potenzialität für einen DKR. Im Fokus dieses Entwurfs steht der Umgang mit der Dialektik zwischen Atmosphäre und Hygiene, der Dialog mit dem Bestand und erneut, Material und Licht.

Supervised Injection Sites for Vienna

A supervised injection site (SIS) is a place meant to save the lives of people who inject drugs (PWID). While SIS are not legal at this point in Austria, many internationally well-established examples have showed, that the operation of SIS in the framework of acceptance-oriented approaches have reached positive developments in the addiction help. The disciplines design, architecture and urban planning are involved in this process as they have to deal with the spatial dimension of low-threshold social work (Grünmayer 2014, S. 197–198). This thesis investigates the architectural qualities of SIS and tries to find design proposals of how this important element of harm reduction can be integrated into the program of the Viennese addiction help. This means, that rooms being provided for drug consumption (intravenous injection of opioids in particular) are being investigated regarding aspects like the building type, the architectural design and the programmatic fundamentals of utilization. The thesis is divided into four sections of which the first one analyzes the situation concerning opioids consumption and abuse and describes the potential user group. In the second part, the backgrounds of SIS and their reasons are being summarized, followed by the architectural categorization of the building type and the examination of precedents. Findings delivered by those precedents are then applied in two designs. The first one should be a cost-efficient and easy-to-build option which reacts to its special requirements with procedural room layout, direct views and conscious lighting and surface design. This concept addresses people who are being treated with intravenous substitution therapy in the future. A second proposal features an even lower-threshold possibility for all PWID. A room in a bridge pier under the Viennese subway in combination with two little extensions, as a small architectural intervention, offers the spatial potential for a SIS. This project targets the dialectic between atmosphere and hygiene, the dialogue with the historic building and again, material and lighting.

DROGEN KONSUM RAEUME

VORSCHLÄGE FÜR DIE SUCHTHILFE IN WIEN

INHALT

1	Einleitung	4
2	Drogenkonsum in Wien	10
2.1	Der Opioidkonsum	14
2.2	Die Suchthilfe Wien gGmbH	24
2.3	Der Rechtliche Rahmen	28
3	Drogenkonsumraum	32
3.1	Die Entstehung	35
3.2	Die Schadensreduzierung	37
3.2.1	Todesfälle	39
3.2.2	Krankheiten	41
3.2.3	Handel mit Suchtmitteln	42
3.2.4	Zugang zur Suchthilfe	43
4	Vergleich	44
4.1	Das Krankenhaus	50
4.2	Das Wiener Kaffeehaus	56
5	Vorbilder	62
5.1	Die Birkenstube in Berlin	66
5.2	Das InSite in Vancouver	70
5.3	Das H17 in Kopenhagen	74
6	Wohlbefinden	78
7	Elf Gestaltungsprinzipien	84
8	Druckraum	86
8.1	Die räumliche Umstrukturierung	89
8.2	Die architektonische Raumgestaltung	96
8.3	Die raumgestalterischen Elemente	98
9	Pfeiler Vier	106
7.1	Der Ort	111
7.2	Der Bestand	115
7.3	Der Platz	125
7.4	Der Bogen	131
7.5	Die Schwelle	133
7.6	Das Material	137
7.7	Das Licht	139
7.8	Der Entwurf	145
	Abbildungsverzeichnis	178
	Bibliographie	182
	Anhang	187

Abkürzungen

Abb.	-	Abbildung(en)
AMOC	-	Stichting Amsterdams Oecumenisch Centrum
DKR	-	Drogenkonsumraum/ -räume
EFUS	-	European Forum for Urban Safety
EHRA	-	Eurasian Harm Reduction Association
INDCR	-	International Network of Drug Consumption Rooms
i. v.	-	intravenös (lat. intra vena)
PWID	-	people who inject drugs
rKomZ	-	regionales Kompetenzzentrum
sam	-	sozial sicher aktiv mobil
SIS	-	supervised injection site
SMG	-	Suchtmittelgesetz
SV	-	Suchtgiftverordnung



VORWORT

Für das Thema meiner Diplomarbeit wurde ich auf verschiedene Arten und Weisen sensibilisiert. Ich denke, dass meine Erziehung genauso viel Einfluss auf die Themenwahl hatte wie das Umfeld, in dem ich in Wien lebe. Im Prozess der Themenfindung wollte ich zuerst den Generationenkonflikt Georgiens untersuchen und als Bewältigungsansatz für diesen auf die unglaublich starke Musiktradition des Landes aufmerksam machen. Aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus konnte ich das Thema, das Auslandsaufenthalte unabdingbar machte, jedoch nicht weiter verfolgen.

Eines Sonntagmorgens zu dieser Zeit beobachtete ich drei Personen, die sich unter einem Außentisch des Restaurants, in dem ich als Kellner arbeite, etwas in einem Löffel kochten und sich injizierten. Dieses für mich stark prägende Bild und viele Fahrten in der Straßenbahnlinie 18, in welcher ich mehrmals Zeuge von Drogendeals wurde, weckten letztendlich Neugier in mir. Der Drang, wissen zu wollen, welche Substanzen in Wien konsumiert werden und warum und wo dies geschieht, brachte mich zur Recherche zu Sucht, Sehnsucht und letztendlich zu Konsumräumen. Bei der Analyse von wissenschaftlichen Texten zu dieser Materie erkennt man recht schnell, dass man mit einem realen Problem zu tun hat und überschreitet dabei eine Grenze, hinter welcher man sich für die vorher erlebte Sensationslust bezüglich des Themas schämt. Ich informierte mich in viele verschiedene Richtungen: Vom psychologischen Begriff der Abhängigkeit, Instanzen der Suchthilfe, poetischen Arbeiten zu Sehnsucht über architekturpsychologische For-

schungen der Raumwahrnehmung bis zu soziologischen Untersuchungen der Raumplanung ist alles ein gewisser Teil des Themengebietes. Diese breite Recherchearbeit war retrospektiv betrachtet zwar ein Umweg, der mich letzten Endes aber zum Fokus meiner Diplomarbeit führte. Zusätzlich wurde von der Geschäftsführung der Suchthilfe Wien in mehreren Gesprächen der Wunsch nach einem Konzept für einen Konsumraum geäußert. Die sozialen Einrichtungen kämpfen seit Jahrzehnten für optimale Strukturen, um ihre Arbeit mit Klient*innen effizienter zu gestalten. Dazu gehören viele verschiedene Teilbereiche der niedrigschwelligen Angebote; unter anderem auch der Betrieb eines Konsumraumes. Bei einem Treffen im Jedmayer, dem Gebäude, in welchem ein Tageszentrum, eine Notschlafstelle, Betreuung, Substitution, Spritzentausch und andere Angebote bereitgestellt werden, wurde mir vorgeschlagen, den Entwurf eines exemplarischen Konsumraumes für ein Gebäude der Suchthilfe Wien zu konzipieren. Genauer, einen Raum, in welchem intravenöse (i. v.) Substitutionstherapie zur Anwendung gebracht werden kann.

Leider können die bestehenden Räumlichkeiten der Suchthilfe Wien nicht ohne weiteres umgewidmet werden, obwohl großer Bedarf herrscht. Zudem ist es problematisch, dass es das österreichische Gesetz noch immer verbietet, einen sicheren Raum für den Konsum illegaler Suchtmittel zu bieten – geschweige denn, diese Substanzen in medizinischer Reinform auszugeben. Ob dies moralisch vertretbar ist oder nicht, möchte ich nicht wagen zu entscheiden. Wofür ich mich jedoch entschieden habe, ist herauszufinden, was

von Seiten der Architektur nötig wäre, um einen Raum zu schaffen, der für den sicheren i. v. Konsum von Opioiden geeignet ist. Als Basis dafür ist natürlicherweise ein breites Grundwissen über die Bedürfnisse von Klient*innen, sowie von Mitarbeiter*innen der Suchthilfe nötig. Im Rahmen dieser Arbeit soll zunächst ein Überblick über die drogenbezogene Situation in Wien gegeben werden, um daraufhin ein Bild des theoretischen Hintergrunds von Drogenkonsumräumen zu zeichnen. Weiters wird die Bautypologie der DKR erforscht und beispielhafte Vorbilder analysiert, um schlussendlich eigene Entwurfsüberlegungen anzustellen.

1 EINLEITUNG

Was ist Sucht?

Um einige wichtige Grundlagen zum Thema »Sucht« zu klären, sollen im ersten Teil der Arbeit die wissenschaftlichen Hintergründe erfasst und erläutert werden. Ich möchte beschreiben inwiefern Sucht, bzw. Abhängigkeit als eine Krankheit bezeichnet werden muss und ein paar wenige Begriffe umreißen. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in dieser Arbeit das Wort »Sucht« weitestgehend vermieden wird. Stattdessen wird der Begriff Abhängigkeit oder Gebrauch von Substanzen verwendet, um den stärkeren moralischen Konnotationen des Wortes Sucht auszuweichen. Die WHO schlug diese Terminologie bereits 1963 vor – der sprachliche Ausdruck trägt einen großen Teil zur Stigmatisierung von Menschen bei.

Ab wann ein gewisser Zustand, bzw. ein gewisses Verhalten als »krank« eingestuft und bis zu welchem Grad noch von »Normalität« gesprochen wird, regeln die meisten Nationen auf Grundlage der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitszustände; *englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions*). Dieser Katalog wird regelmäßig von der WHO herausgegeben. Die momentan aktuelle Version ist die ICD-10. Ich werde mich in folgender Beschreibung auf die ICD-10 BMASGK 2020¹ beziehen, welche in Österreich angewandt wird und die sich in den hier angeführten Referenzen nicht von anderen deutschsprachigen Versionen unterscheidet.

Das Kapitel V definiert und klassifiziert psychi-

sche Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (BMGF 2020). Auf Basis dieser Definitionen können Auffälligkeiten im psychologischen Kontext von Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und Ärzt*innen richtig eingeordnet und in weiterer Folge behandelt werden. Um den Umgang mit psychischen Erkrankungen im klinischen Bereich zu vereinheitlichen, ist seit 1996 die ICD-10 laut dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen verpflichtend zu verwenden (RIS - Dokumentation im Gesundheitswesen - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 01.04.2020 2020, S. 1). Dabei ist zu erwähnen, dass bei den meisten Menschen mehrere der aufgelisteten Störungen vorliegen.²

Wo die Grenze zwischen normalem und krankhaftem Verhalten verläuft, wird aus gutem Grund mit Begrifflichkeiten aus der Psychologie definiert: Vom »Gebrauch [...] zur persönlichen, gesellschaftlichen und natürlichen Weiterentwicklung« über den »Genuss, [der uns] eine kurzfristige Befriedigung gibt« und den »Missbrauch [...], eine körperlich, psychisch oder sozial schädliche Verwendungsweise von Dingen« verschärfen sich die Abgrenzungen bis zur ersten »Abhängigkeit, [welche] den Zustand einer krankhaften Interaktion zwischen einer Person einerseits und einer Substanz bzw. der Fixierung auf bestimmte Verhaltensweisen andererseits« bezeichnet (Gross 2002, S. 14–16). Wenn wir diese Begriffe versuchen zu werten, bemerken wir, dass *Gebrauch* und *Genuss* in unserem gängigen Sprachgebrauch durchaus positiv konnotiert sind. Genießen ist eindeutig mit Wohlgefallen verbunden. Etwas,

F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Abb. 1: Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10-GM, Kapitel V

wofür man sich nicht schämen muss. Ganz im Gegensatz – Menschen, die großen Genuss am Konsum von etwas (einem guten Kaffee, einer handgerollten Zigarre oder einem besonderen Single Malt) empfinden, werden ihres feinen Geschmacks wegen gesellschaftlich hochgeschätzt. Der *Missbrauch* hingegen hat etwas Boshafes inne. Das Wort kennen wir meist nur aus dem Zusammenhang mit sexueller Gewalt, Drogen oder Verrat (z.B. Amtsmissbrauch), was die Negativität des Begriffs erklärt. Der Vergleich von Genuss/ Gebrauch und Missbrauch zeigt, dass zwischen diesen leicht unterschiedlichen Formen von Konsum große Bedeutungsunterschiede liegen.

Für Unkundige des Fachgebiets ist die Klassifizierung nach ICD-10 zugegeben etwas schwierig. Des Verständnisses halber möchte ich daher überblickshaft darlegen wie dies erfolgt. Um beispielsweise ein Abhängigkeitssyndrom als psychische Störung durch Heroin zu diagnostizieren, muss vorerst die Abhängigkeit erkannt werden.

Hierfür müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate vorhanden gewesen sein:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von

¹ BMASGK 2020 ist die Abkürzung für: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Version 2020.

² Da die ICD-10 jedoch sämtliche physischen sowie psychischen Störungen codiert, ist sie nicht ausreichend detailliert, um eine Symptomatik differenziert genug zu beschreiben. Deshalb wird parallel mit der sog. DSM-Klassifikation gearbeitet, welche »ausschließlich auf psychische Störungen optimiert [ist].« (Wittchen und Hoyer 2011, S. 42).

ICD-10 Klassifizierung

Alkohol- und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten/innen ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der/die Konsument/in sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder, dass zumindest davon auszugehen ist.³

Ist dies der Fall, wird übergeordnet nach der konsumierten Substanz klassifiziert (in diesem Beispiel Heroin). Dies beschreibt die zweite und dritte Stelle, also 1-1. Die erste Stelle ist der Buchstabe F, welcher die Kategorie »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« (Abb. 1) zusammenfasst. Da es sich um Abhängigkeit handelt, wird mithilfe der vierten Stelle (hier .2) das Abhängigkeitssyndrom codiert. Die richtige vierstellige Schlüsselnummer für die Bezeichnung der Störung wäre also F11.2. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, Sucht sei eine Charakterschwäche, muss ausdrücklich festgestellt werden, dass die Ursachen für

eine Suchterkrankung, außer in dem von Freud beschriebenen, natürlichen Trieb nach einem Rauschzustand, häufig in genetischen und soziokulturellen Vorbelastungen liegen (Laut 2018).

Sowohl Veranlagung als auch Erziehung, bzw. Sozialisierung haben enormen Einfluss auf das Konsumverhalten von Heranwachsenden. Das bedeutet, dass Menschen mit entsprechender Disposition *eben* suchtfähig sind als Menschen ohne Vorbelastungen. Man geht davon aus, dass der Hang zur Abhängigkeit etwa zur Hälfte aus einem Zusammenspiel verschiedener Gene und zur anderen Hälfte aus dem psychosozialen Umfeld herrührt. (Lachman et al. 2007)

Trotzdem kann natürlich jeder Mensch eine Suchterkrankung entwickeln. Ob dies geschieht, ist nicht rational voraussehbar oder gar berechenbar, da gewisse Entscheidungen von sehr vielen verschiedenen Einflüssen abhängen. Insofern sollte auch die Schuld in diesem Diskurs kein Argument für oder gegen Hilfeleistung sein. Drogenabhängige sind Menschen mit Suchterkrankung. Dass dieser Umstand als Krankheit bezeichnet wird, impliziert also auch, dass er behandelt werden sollte. Wie bei jeder Krankheit sollten im akuten Fall die Symptome gemildert werden und langfristig die Gründe, bzw. Auslöser bearbeitet werden. In jedem Fall einer entwickelten psychischen und/ oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen liegt eine Funktionsstörung des Gehirns der Betroffenen vor. Das bedeutet außerdem, dass es für Menschen, die Drogen konsumieren, nicht möglich ist, sich durch eine Entscheidung gegen das Suchtmittel

Erste Stelle (A-Z):

- D** Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- E** Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F** Psychische und Verhaltensstörungen
- G** Krankheiten des Nervensystems
- H** Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

Zweite und dritte Stelle (00-99):

- 09** Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
- 10** Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 11** Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- 12** Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- 13** Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

Vierte Stelle (.0-.9):

- .0** Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- .1** Schädlicher Gebrauch
- .2** Abhängigkeitssyndrom
- .3** Entzugssyndrom
- .4** Entzugssyndrom mit Delir

F 11.2

selbst zu heilen. Insofern sollte die psychologische Behandlung dieser Menschen ebenso ernst genommen werden wie die physiologische. Diesbezüglich sind wir alle von Gesetzes wegen geschützt. Das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit ist aus gutem Grund Teil der österreichischen Verfassung (Rack 2014, S. 4).

Diese Erklärung als Grundlage nehmend, gehe ich in dieser Arbeit prinzipiell davon aus, dass Menschen, die Drogen injizieren, an einem Abhängigkeitssyndrom leiden und deshalb illegale

Substanzen gebrauchen *müssen*. Dabei soll nicht zwischen Gebrauch und Missbrauch unterschieden werden, da die Grenze zwischen den beiden Konsumverhalten einerseits nicht ganz klar gezogen werden kann und es andererseits für das Angebot eines DKR kaum eine Rolle spielt, in welchem Maße konsumiert wird. Für die weitere Suchthilfearbeit ist das natürlich schon ein wichtiger Aspekt.

³ Aus dem Katalog der ICD-10 (Differenzialdiagnostik). Quelle des hier verwendeten Wortlauts: <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/online-kds-manual/24-kds-f-konsummuster-und-suchtbezogene-problembereiche/245-icd-diagnosen-substanzklassen/>

Der Aufbau der Diplomarbeit richtet sich weitestgehend chronologisch nach meinen eigenen Untersuchungen, Feststellungen und, abschließend, Entwürfen. Über die Zeit von fast einem Jahr ist aus anfänglichem Interesse am Thema sehr viel Analyse- und Literaturarbeit entstanden. Da die reale Situation jedoch bei weitem nicht vollständig wissenschaftlich erfasst ist und man aus meiner Sicht als kreative*r Planer*in zu Beginn eines Projektes nicht auf den subjektiven Eindruck der Sache verzichten sollte, beruhen viele Informationen und Erkenntnisse auf persönlichen Beobachtungen, die ich bei Spaziergängen, Straßenbahnfahrten und im Rahmen von mehreren Gesprächen gemacht habe.

Am Anfang beschreibe ich die Situation bezüglich des Drogenkonsums in Wien, die lokale Suchthilfe und gebe einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen. Unter diesem Punkt zeige ich am Beispiel meines Herkunftslandes Deutschland, wie der Betrieb von DKR rechtlich funktionieren kann. Das nächste Kapitel erzählt die Entstehungsgeschichte von DKR und es wird erklärt, aufgrund welcher Basis das Konzept positive Resultate erzeugen kann. Da die Thematik bisher kaum Gegenstand des architektonischen Diskurses war, stelle ich im darauffolgenden Abschnitt den Versuch einer taxonomischen Einordnung an. Meine Hypothese ist hier, dass DKR sowohl Eigenschaften mit Kaffeehäusern als auch mit Krankenhäusern teilen und sie daher zwischen diesen beiden Polen stehen. Daran anschließend werden drei gute Beispiele solcher Räume präsentiert.

Die Erkenntnisse aus diesen Analysen von Vo-

raussetzung, Problematik und Vorbildern nutze ich am Ende, um mögliche Lösungsansätze in Form von Entwürfen von DKR für die Wiener Suchthilfe vorzuschlagen. Deren Realisierung ist nicht legal, weshalb die Projekte unter der fiktiven Prämisse einer zukünftigen Gesetzesänderung stehen.

Das rechts abgedruckte Gedicht von Rainer Maria Rilke, das die Sehnsucht beschreibt, soll als Einstimmung auf die Suchthematik dienen. Das Leben mit Abhängigkeit von Drogen bedeutet meist, über lange Strecken Leid ertragen zu müssen. Dabei liegt das Leid in der Sehnsucht nach dem Gefühl, das der Konsum der Substanz hervorruft. Die immer kürzer und schwächer werdenden Glücksmomente stehen ausgedehnten Zeiten der Sehnsucht gegenüber.

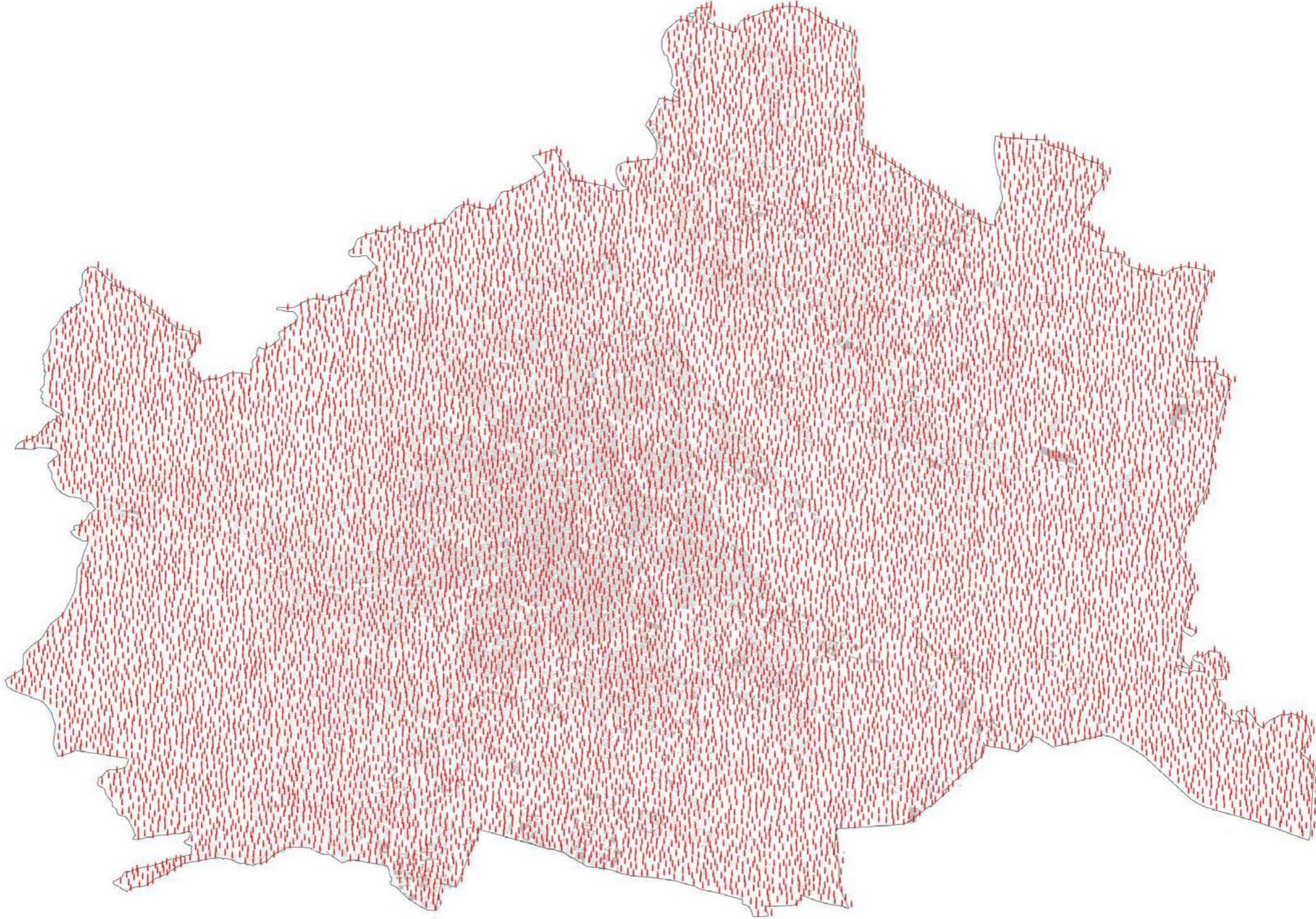
Das ist die Sehnsucht

*Das ist die Sehnsucht: wohnen im Gewoge
und keine Heimat haben in der Zeit.
Und das sind Wünsche: leise Dialoge
täglicher Stunden mit der Ewigkeit.*

*Und das ist Leben. Bis aus einem Gestern
die einsamste von allen Stunden steigt,
die, anders lächelnd als die andern Schwestern,
dem Ewigen entgegenschweigt.*

– Rainer Maria Rilke

2 DROGENKONSUM IN WIEN



Wie in fast allen anderen Bereichen des alltäglichen Lebens auch, konzentrieren sich gesellschaftliche Phänomene im städtischen Kontext mehr als im ländlichen. Derartige Probleme – auch drogen- und abhängigkeitspezifische Themen – kommen natürlich auch in bevölkerungsärmeren Regionen vor, allerdings weit nicht im selben Maß wie beispielsweise in Hauptstädten. Wien nimmt auch hier aufgrund seiner hohen Populationsdichte und anderen weiteren politischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen eine Sonderstellung vor dem Rest des Landes ein. Die Suchthilfe Wien versucht, rund 16.000 Menschen zu unterstützen, die auf risikoreiche Art und Weise Opioide konsumieren (Abb. 3). Pro Kopf sind das dreimal so viele wie in allen anderen Bundesländern zusammen (Anzenberger 2019, S. 9). Die Zahl stieg seit dem Jahr 2013 stetig an. Dass Menschen, die Drogen konsumieren, Teil der

Stadtbevölkerung sind, ist den meisten klar. Da sie allerdings in hohem Maße stigmatisiert werden, erscheinen sie eher als Randgruppe und werden von der Öffentlichkeit, die keine Drogen konsumiert, in den Hintergrund gedrängt. Die negative Haltung dem Konsum gegenüber führt außerdem dazu, dass sie auf selbigen reduziert werden. Aus Scham und der daraus entstehenden Abwehrhaltung versuchen viele suchtkranke Menschen ihre Abhängigkeit geheim zu halten und nicht über Drogenkonsum zu sprechen. Dem kann durch Anregung des Diskurses und Aufklärungsarbeit entgegengewirkt werden.

Im nächsten Abschnitt wird vorerst die aktuelle Situation bezüglich des Opioidkonsums in Wien erklärt. Daran anknüpfend folgt eine Beschreibung der Struktur und der Arbeit der Suchthilfe Wien und abschließend der rechtlichen Rahmenbedingungen zum Drogenkonsum.

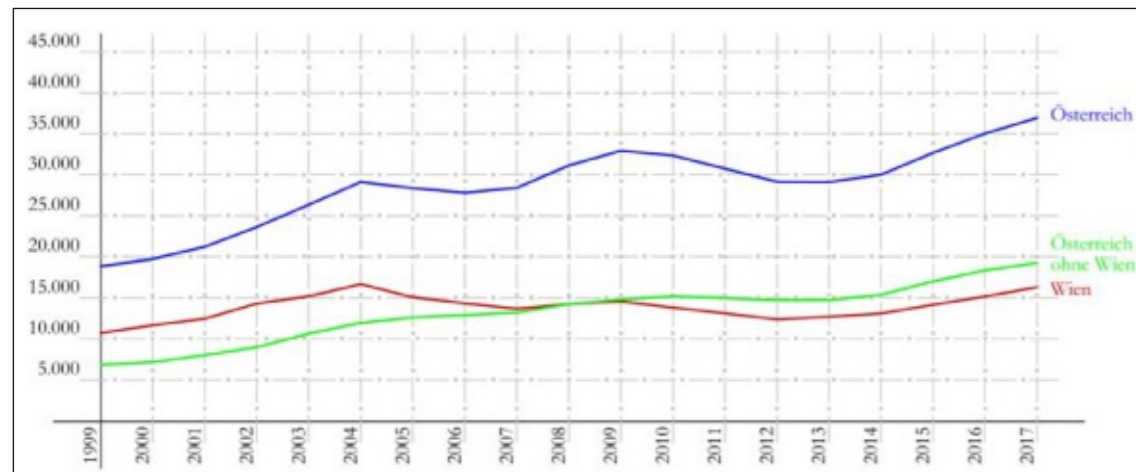


Abb. 2: (vorige Seite): Prävalenz des Opioidkonsums in Wien im Jahr 2018. Jedes rote Spritzensymbol steht für eine/einen Opioidkonsument*in. (Anzenberger 2019, S. 9)

Abb. 3: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien im Zeitverlauf (Anzenberger 2019, S. 9)

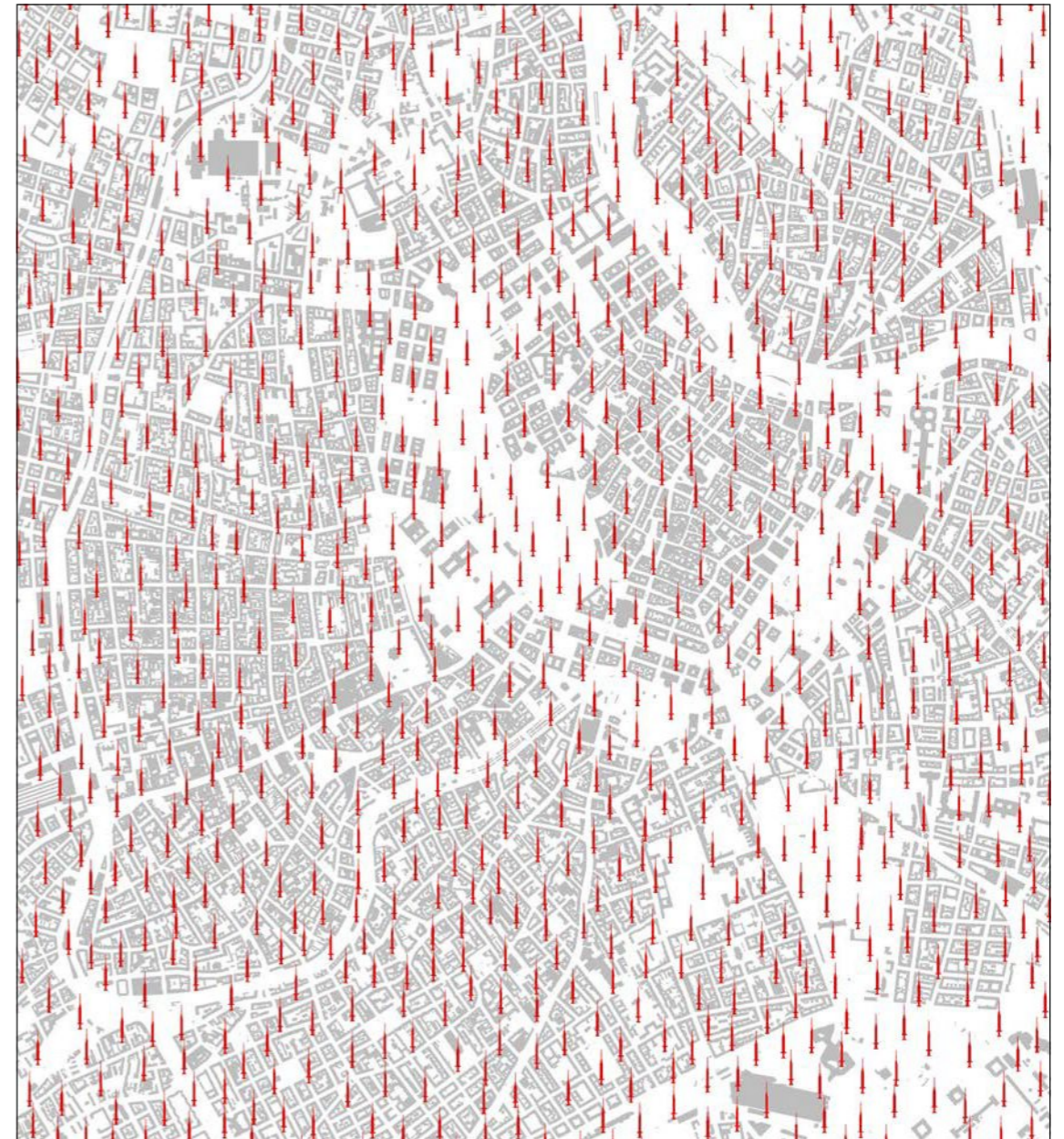


Abb. 4: Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums in Wien im Jahr 2018. Jedes rote Spritzensymbol steht für eine/einen Opioidkonsument*in. (Anzenberger 2019, S. 9)

2.1 DER OPIOIDKONSUM

Um die Ausgangslage der Verhältnisse in Wien zu beschreiben, wird im Folgenden erklärt um welchen Teil der Bevölkerung es geht, welche Substanzen konsumiert werden und wo dies geschieht. Damit eine Verbesserung der Situation vollzogen werden kann, sollten wir zu allererst einen Überblick über die aktuelle Lage bekommen, um daraufhin mit angemessenen Strategien reagieren zu können. Zu Beginn dieser Arbeit galt mein erstes Interesse den Orten des Konsums in Wien. Durch vorangehende Recherchen war mir bewusst, dass Opioiden in der Stadt in relativ hohem Ausmaß konsumiert werden, was anhand der Zahl der abgegebenen Spritzen-Sets in den Einrichtungen der Suchthilfe Wien festgestellt werden kann. Allein in der Beratungsstelle change wurden im Jahr 2018 beispielsweise »pro Öffnungstag durchschnittlich 1.328 Spritzen-Sets abgegeben« (Suchthilfe Wien 2018, S. 41). Insgesamt wurden im selben Jahr in allen

Einrichtungen (Jedmayer, Change und bei Mitarbeiter*innen des Streetwork) 3.668.553 Spritzen-Sets abgegeben (Suchthilfe Wien 2018, S. 45). Pro Tag waren dies 10.051 Stück. Es dürfte zu erwarten sein, dass diese Zahl weitestgehend die Zahl der Konsumvorgänge widerspiegelt. Die konstante Rücklaufquote von über 98% zeigt wie wichtig der Spritzentausch für die Szene ist und wie gut diese schadensreduzierende Maßnahme funktioniert (Suchthilfe Wien 2018, S. 11). Dass durchschnittlich über 10.000 Spritzen an jedem Tag eines Jahres in Wien für Suchtmittelkonsum verwendet werden, diese Vorgänge jedoch hauptsächlich im Verborgenen geschehen, war die Information, welche mir den Anstoß dazu gab, mehr zu diesem Thema herauszufinden. Daraus entstand außerdem mein Motiv für die Forschung nach den tatsächlichen Orten des Konsums.



Abb. 5: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen im Zeitverlauf (Anzenberger 2019, S. 10)

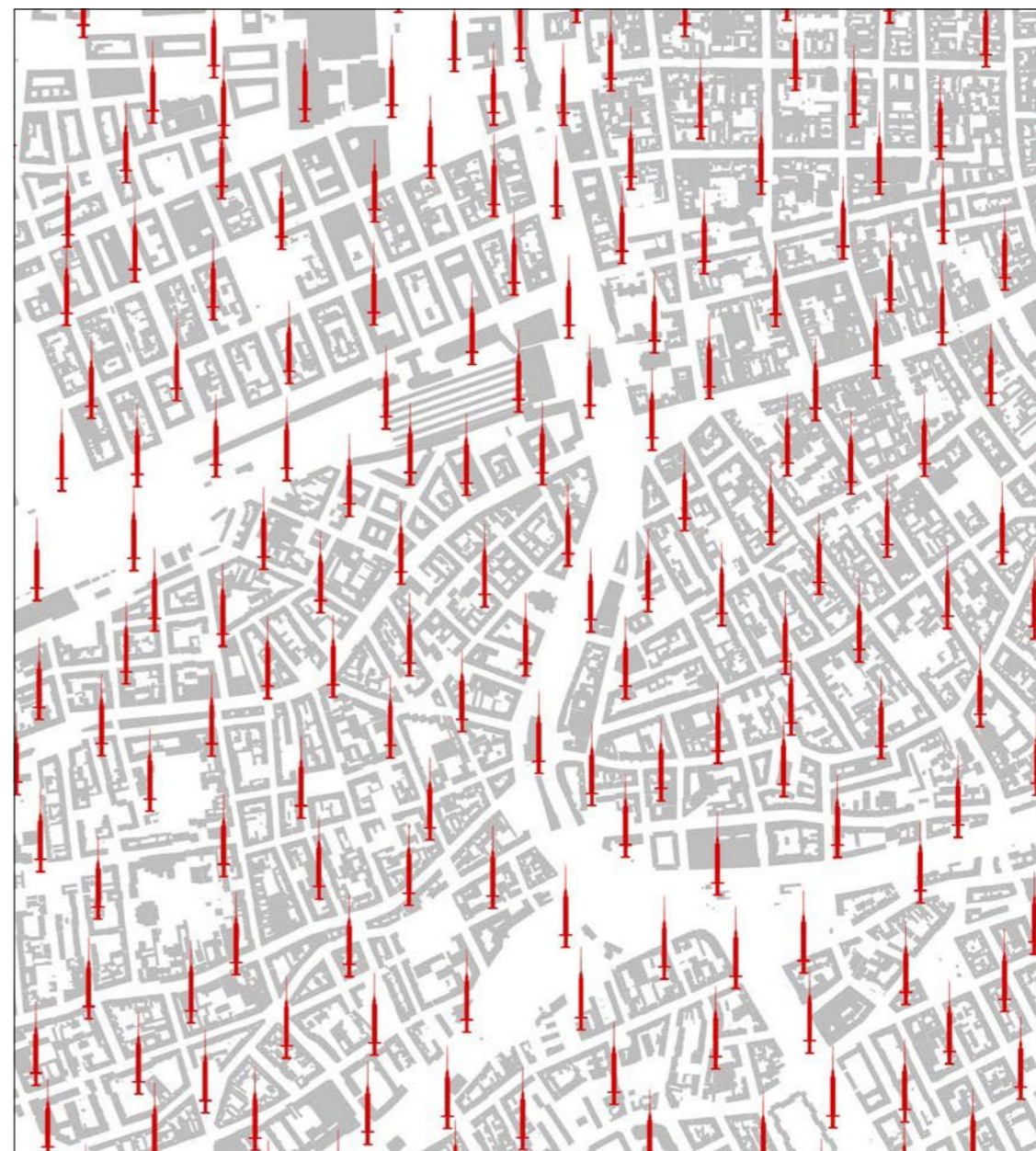
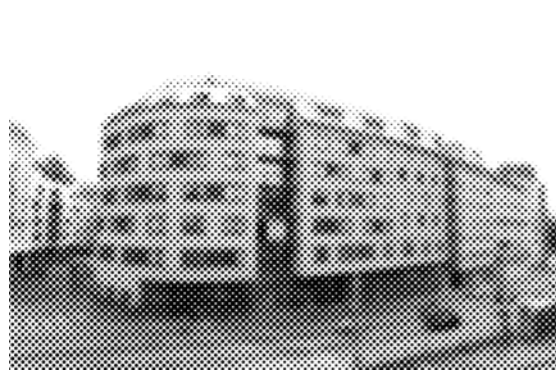


Abb. 6: Zoom auf den Bereich des Gumpendorfer Gürtels

WER?

Die im Fokus der Analysearbeit stehende Personengruppe, welche die Hauptnutzer*innen eines Konsumraumes darstellen, besteht hauptsächlich aus Menschen der Hochrisikogruppe⁴. Diese definiert sich wiederum zum Großteil aus männlichen Personen (77%) fortgeschrittenen Alters. Über die Hälfte aller der in Österreich Opioide Konsumierenden sind über 35 Jahre alt; nur sehr wenige dieser Menschen sind jünger als 25 Jahre (Anzenberger 2019, S. 6).

Das bedeutet jedoch auf keinen Fall, dass jüngere Menschen oder Frauen nicht Teil der Zielgruppe sind. Ein DKR ist eine möglichst niedrigschwellige Einrichtung, zu welcher grundsätzlich alle Personen, ungeachtet von ethnischer oder sozialer Herkunft, Geschlecht, Hautfarbe oder politischer Einstellung Zugang haben sollten. Einziges Ausschlusskriterium muss leider das Alter sein, da Minderjährigen die gesetzliche Mündigkeit fehlt.



WAS?

Die für die Inanspruchnahme einer intravenösen Substitutionstherapie in Frage kommenden Klient*innen konsumieren Opioide regelmäßig mithilfe von Spritzen. Die größte Gruppe aller Menschen, die sich in drogenspezifischer Betreuung in Österreich befindet, weist (polytoxikomanen) Konsum mit Beteiligung von Opioiden auf (82%). Im Vergleich dazu sind Konsummuster mit der alleinigen Leitdroge Cannabis eher selten (11%) (Anzenberger 2019, S. 21). Als Opioide werden sämtliche Stoffe bezeichnet, deren Wirkung sich der von Morphin⁵ ähnelt. Dazu zählen unter anderem Diacetylmorphin (Heroin), Codein, Buprenorphin (ein verbreitetes Substitutionsmittel) und Fentanyl⁶. Für die i. v. Applikation von zuvor gelösten (meist aufgekochten) Stoffen sind verschiedene Hilfsmittel notwendig, die in der Szene teilweise aus zweckentfremdeten Gegenständen bestehen. So kann beispielsweise ein Gürtel als Venenstauer verwendet werden. Es ist jedoch auch die Zweckentfremdung ungeeigneter Alternativmittel bekannt; beispielsweise der unzulängliche Behelf durch Kugelschreiberminen als Ersatz für medizinische Spritzen.



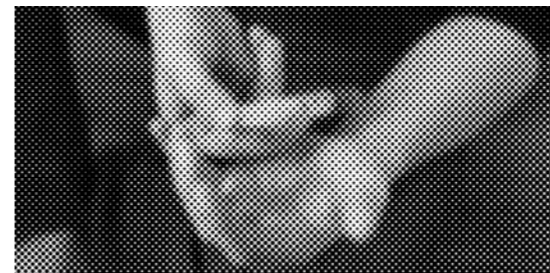
⁴ Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der »wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt«, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen (EMCDDA 2013).

⁵ Morphin ist ein starkes Opiat, welches sehr effizient schmerzlindernd wirkt und im Körper zu ähnlichen Abbauprodukten umgewandelt wird wie Heroin. Das Betäubungsmittel wurde erstmals im Jahr 1904 unter dem Namen Morphinum (nach Morpheus, dem griechischen Gott der Träume und des Schlafes) hergestellt.

WIE?

Es ist für diese Gruppe enorm wichtig, die Substanzen intravenös zu applizieren. Die psychologische Forschung geht davon aus, dass sich posttraumatische Belastungsstörungen aufgrund von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit beim Drogenkonsum insofern äußern, als dass Betroffene eher Spritzen verwenden, da sie sich dabei selbst mehr spüren. Inwiefern der Einstich der Nadel mit selbstverletzenden Tendenzen zusammenhängt, ist allerdings noch kaum erforscht (Poehlke et al. 2016, S. 104).

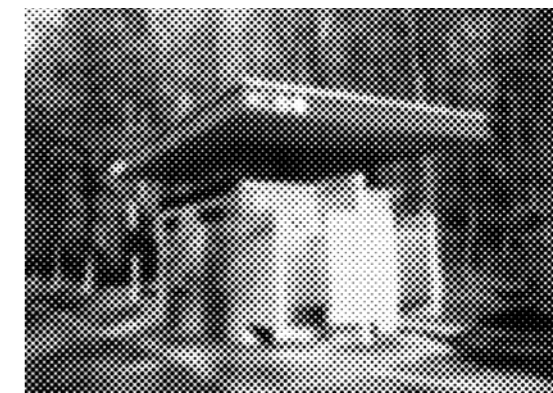
Eine für die Suchthilfe mit Sicherheit ungewollte Entwicklung ist jene, dass für die orale Aufnahme gedachtes, retardiertes Morphin (z.B. Substitol) aufgekocht werden kann, um die Retardfunktion⁷ des Medikaments aufzuheben. Damit ist es leicht möglich, eine injizierbare Substanz herzustellen, welche eine flashartige Wirkung, ähnlich der von Heroin, hat. Meistens wird in die Vene in der Armbeuge injiziert. Ist diese Stelle des Körpers jedoch aufgrund von langem und hochfrequenten Konsum ungeeignet, spritzen sich viele Menschen auch in die Leiste, was deutlich gefährlicher ist. Aus verschiedenen Gründen, wie die noch schnellere und stärkere Wirkung, wird außerdem die Halsschlagader genutzt.



WO?

Die tatsächlichen Konsumorte für illegale Substanzen wie Heroin sind in Wien äußerst schwer zu erfassen. Schwerwiegende Stigmatisierung durch die Gesellschaft und die von der Exekutive ausgeführte Verdrängungsstrategie der Szene im öffentlichen Raum haben in der Vergangenheit (vgl. Karlsplatz um die 2000er) eher zum Verlust des Überblicks geführt.

Gespräche mit Mitarbeiter*innen der Suchthilfe zeigten, dass Opioide sehr häufig zuhause konsumiert werden. Bei einer eigenen Feldforschung im Bereich der U-Bahnstation Gumpendorfer Straße konnte ich durch mehrere Unterhaltungen herausfinden, dass vor allem von wohnungslosen und schwerstabhängigen Menschen die der dortigen Szene nahe gelegenen, halbprivaten Räume genutzt werden. Dazu zählen öffentliche Toiletten, WCs von Fast Food Restaurants oder leicht zugängliche Stiegenhäuser.



⁶ Fentanyl hat vor allem in den letzten Jahren durch die hohen Todeszahlen von Konsument*innen in Amerika Aufsehen erregt. Laut Center for Disease Control and Prevention, wirkt es 50-100 Mal stärker als Morphin (CDC National Center for Injury Prevention and Control 2017).

⁷ Retardiertes Morphin wird im Körper über 24 Stunden abgegeben und lindert so Entzugssymptome.



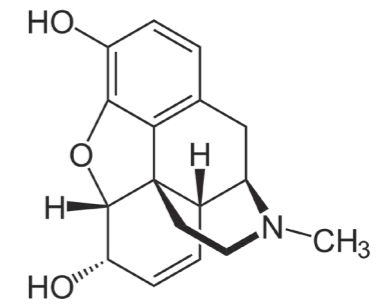
Abb. 7: Aleksey Chizhov: »Morpheus«, Öl auf Leinwand, 150 x 100 cm, 2007

Morphin wurde im Jahr 1803/04 von Friedrich Wilhelm Adam Sertürner entdeckt. Es gelang ihm, die Substanz aus Opium zu isolieren. Aufgrund der einschläfernden Wirkung nannte er den Stoff »Morphium«. (Klockgether-Radke 2002)

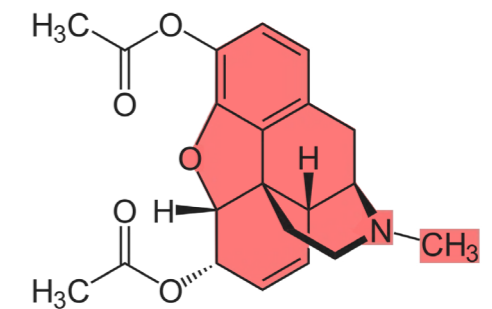
Später wurde der Stoff in Morphin umbenannt. In der griechischen Mythologie ist *Morpheus* der Gott der Träume und Sohn des *Hypnos* (Gott des Schlafes). Alle Stoffe, die eine ähnliche Wirkung wie Morphin haben, nennt man Opiode. Als Opiate werden natürlich vorkommende Opiode bezeichnet. Heroin ist beispielsweise ein halbsynthetisches Opioid, das durch chemische Veränderungen aus Rohopium, dem getrockneten Milchsaft der Schlafmohnpflanze, gewonnen wird. (Institut Suchtprävention 2021)

Rechts abgebildet sind die Strukturformeln verschiedener Opiode. Geringe molekulare Unterschiede haben Einfluss auf die Wirkungsweise der Substanzen. Deutlich erkennbar sind jedoch die strukturellen Analoga der Stoffe.

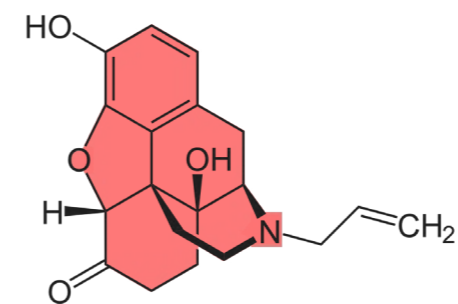
Unten ist Naloxon, ein Opioidantagonist, zu sehen. Auch dessen Aufbau ähnelt interessanterweise dem von Morphin sehr, was erklärt, warum der Stoff in der Lage ist, z. B. Heroin von Rezeptoren im Gehirn zu verdrängen (Latasch et al. 1997).



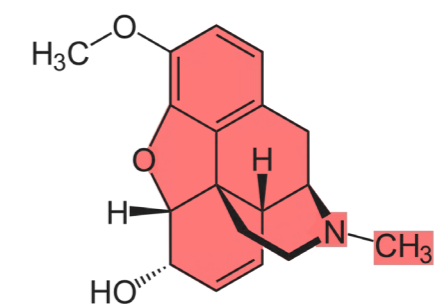
Morphin



Heroin



Naloxon



Codein

Um mir ein Bild von der Szene im Bereich des Jedmayer zu machen, entschied ich mich dazu, selbst zwei Tage dort zu verbringen. Zu dieser Zeit erschien es mir aufgrund der COVID-19-Pandemie und der auch sonst sehr komplizierten Bedingungen, als Architekt mit suchtkranken Menschen in Kontakt zu treten, als die logischste, wenn auch unkonventionelle Arbeitsweise. In der Rolle eines aufmerksamen Beobachters konnte ich mich in die lokalen Gegebenheiten einfühlen und so beginnen zu verstehen, was es bedeutet, auf diesen Ort und die hier anwesenden Menschen angewiesen zu sein. Dabei wurde mir bewusst, wie schnell man Teil dieser Gruppe werden kann. Das bedeutet auf der einen Seite, dass die Szene nicht nur in Bezug auf ihr Konsum- und Beschaffungsverhalten offen ist, sondern auch gegenüber fremden Personen, die einfach nur da sind. Verschiedene Leute stellten mir die Frage, warum ich hier bin und was ich vorhabe. Auf meine Erklärung hin zeigten ausnahmslos alle großes Interesse an meinem Projekt, was zu interessanten Gesprächen führte und mir einige Informationen zur Lebensweise von Menschen mit Suchterkrankung einbrachte. Auf der anderen Seite bedeutet die einfache Eingliederung in diese offene Szene auch, dass man als »neues« Mitglied dieser sehr leichten Zugang zu vielen Suchtmitteln bekommen kann. In Abb. 8 sind die Wege einiger Menschen, die das Suchtzentrum nutzen, grafisch dargestellt. Hier wird klar, warum der Ort aus Sicht von Konsument*innen illegaler Suchtmittel und Medikamente so viel Sinn macht. Drogenbesitz und -verkauf ist strafbar und wird von der Gesellschaft hart verurteilt. Ein Verkehrsknoten-

punkt, der einzelne Menschen aufgrund hoher Frequenz von Passant*innen anonymisiert und durch die räumliche Offenheit und Durchwegungsmöglichkeiten eine schnelle Flucht zu Fuß, mit Bus, Straßenbahnen oder U-Bahn gestattet, bietet gute strategische Voraussetzungen für derartige Gesetzesbrüche. Wie viele Wienerinnen und Wiener wissen, herrscht meist ein reges Treiben um die Station Gumpendorfer Straße, aber auch um die Station Josefstädter Straße herum. Viele Menschen aus sozial schwachen Verhältnissen halten sich oft berauscht an den bekannten Jugendstilgebäuden von Otto Wagner auf. Das ist die Szene, bzw. ein Teil davon. Da es keine echten Alternativen als Aufenthaltsorte für Menschen mit Suchterkrankung als die halb-anonyme urbane Landschaft gibt, wählt sich der Ort der Zusammenkunft selbst. Die gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, die Nachbarschaft zur AIDS-Hilfe und zur Suchthilfe Wien und die Lage an der Schwelle zum einkommensschwächsten Bezirk⁸ machen das Stationsgebäude zu einem der Hotspots der Wiener Drogenszene. Hier wird man fündig, wenn man Substitutionsmittel wie Substitol, Methadon oder Buprenorphin kaufen möchte. Der Schwarzmarkt für Heroin ist nicht weit entfernt und andere Medikamente wie Benzodiazepine werden ebenfalls angeboten. Die dort verfügbaren Substanzen sind weitestgehend medizinischer Art und stammen oft von Menschen, die sich in Substitutionsbehandlung befinden. Deshalb kann der Ort weitestgehend als *Medikamentenszene* bezeichnet werden. Da die zuständige Exekutive, besonders in Zeiten einer rechtskonservativen Regierung, gegen-

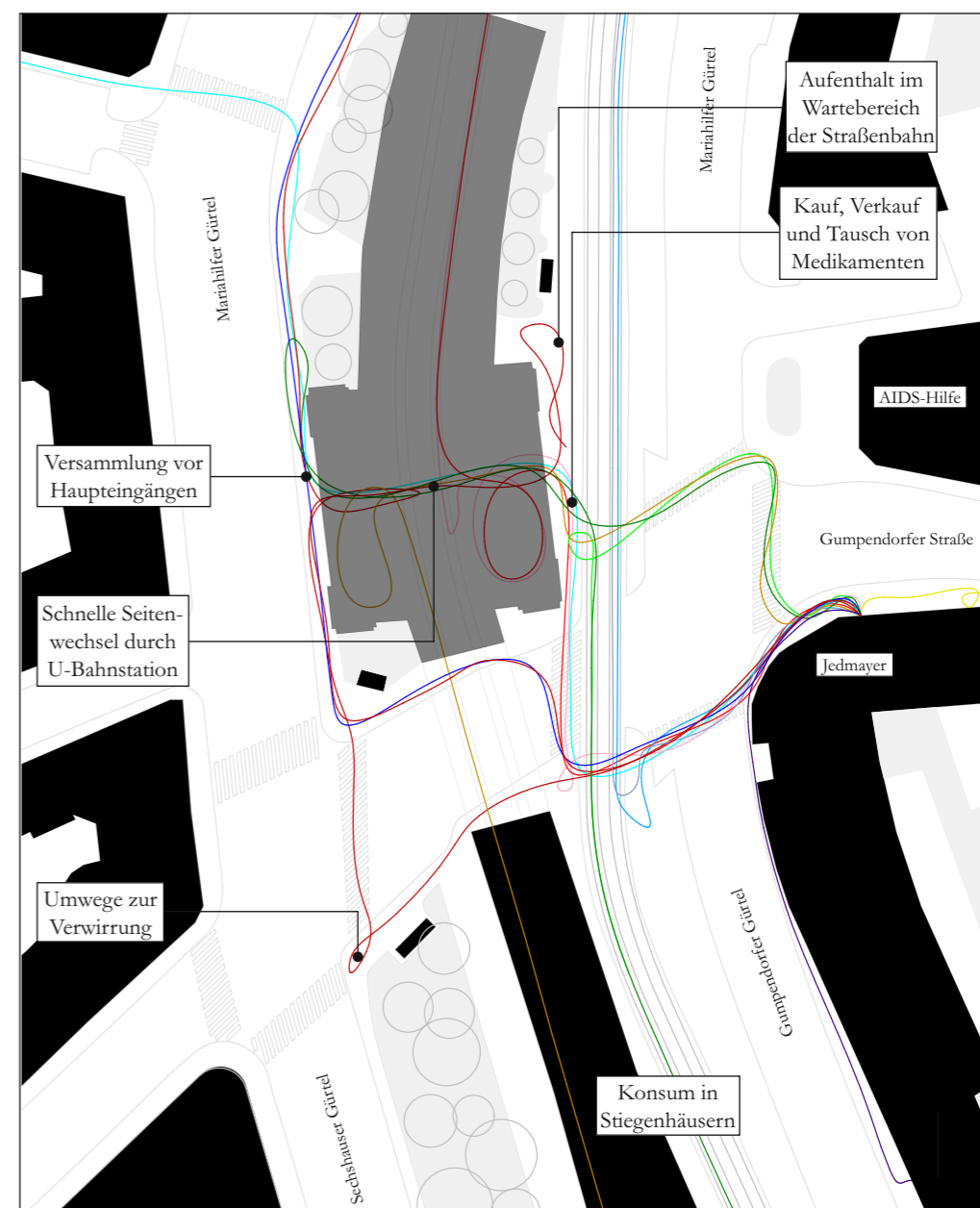


Abb. 8: Bereich U-Bahnstation Gumpendorfer Straße: Wege von Personen der dortigen Szene

⁸ Statistik Austria - Lohnsteuerstatistik (Stadt Wien 2018)
<https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/tabellen/einkommen-gesamt-bez.html>

über den Konsumierenden eine Strategie der Vertreibung und Unterdrückung verfolgt, wird der Ursache der offenen Szene nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt. Stattdessen wird die »akute Symptomatik« bekämpft. Aber Repression ist keine gute Strategie im Umgang mit Drogenmissbrauch: »Der Teufelskreis ist perfekt. Mehr Polizeieinsatz gegen Dealer führt zur Vertreibung der Szene in andere Bezirke oder in Wohnungen, die Polizei und Streetworker nicht kennen. Die Vertreibung erzeugt Unsicherheit in der Bevölkerung und Verelendung von Suchtkranken. Dies führt wieder zu mehr Polizeieinsätzen.« (Klenk und Weissensteiner 1999)

So hat sich die Umgebung der U-Bahnstation Gumpendorfer Straße zu einem »unbequemen Wohnzimmer« für viele Menschen entwickelt. Im Tageszentrum des Jedmayer gilt striktes Alkoholverbot. Deshalb trifft man sich auf neutralem Boden am Stationsgebäude. Wenn man den fast stündlich kontrollierenden Polizist*innen aus dem Weg gehen möchte, kann man leicht die Straßenseite wechseln oder schlimmstenfalls in U-Bahn, Straßenbahn oder Bus steigen, um zu flüchten. Viele eigene Beobachtungen haben gezeigt, dass zumindest ein Teil der Drogendeals in Verkehrsmitteln stattfinden. Die Nutzung von Straßenbahnen etwa, macht auch Sinn: Ein einigermaßen übersichtliches Szenario, das Personen nur an Haltestellen betreten können. Die Wägen sind abgeschlossene Räume in der Öffentlichkeit, welche gerade genügend Privatsphäre für den Kauf, bzw. Verkauf kleiner Mengen Suchtmittel bieten.

Eine künstlerische Arbeit, die sich mit dem Stadtraum und vor allem mit dessen illegalen

Nutzungsformen auseinandersetzt, ist »The Illegal Project« (2017) von Wilhelm Scherübl Jr.⁹ In Form von Video- und Fotokunst wird dokumentiert wie sich der öffentliche Raum von seinen Bewohner*innen angeeignet wird. Zu den Überschriften »Drugs«, »Protest«, »Stalking/ Voyeurismus«, »Squatting« und »Graffiti« zeigt Scherübl je ein Video, das die Thematik auf abstrakte Weise umschreibt oder erklärt. Zum Thema »Drugs« wird die Umgebung der Station Josefstädter Straße gezeigt, welche hinsichtlich der Nutzung als Versammlungsort der Drogenszene große Ähnlichkeiten mit der Umgebung der Station Gumpendorfer Straße aufweist (Abb. 9). Auch hier liegt das Stationsgebäude inmitten des viel befahrenen Gürtels. Diese insulare Situation macht den Ort unübersichtlich für Polizeibeamt*innen. Wer sich jedoch tagtäglich dort aufhält, kennt jede Ecke der Station. Die stark frequentierte U-Bahnlinie 6 kann im Notfall für die Flucht von der »Insel« genutzt werden.



⁹ Mit The Illegal Project (2017) zeigt Wilhelm Scherübl Jr. auf kritische Art und Weise wie illegale Nutzung und die Nutzung von Grauzonen im öffentlichen Raum stattfindet.

Zu sehen unter: <https://www.scheruebl.me/the-illegal-project>

Abb. 9: Screenshot des Youtube-Videos »Drugs« zum Thema Drogen innerhalb von »The Illegal Project« (2017)

©Wilhelm Scherübl Jr.

2.2 DIE SUCHTHILFE WIEN GGMBH

Nachdem die Situation der Drogenkonsumierenden erklärt wurde, soll ein Überblick über die Strukturen der Institutionen auf Seite der Suchthilfe folgen. Die Suchthilfe Wien ist eine Tochtergesellschaft der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW). Letztere steht in engem Kontakt mit Entscheidungsträger*innen aus der Politik und Exekutive, um eine dynamisch-flexible Entwicklung der Arbeit je nach geltendem Recht und den Veränderungen im psychosozialen Kontext zu gewährleisten. Die SDW kümmert sich seit 2006 um die Koordination der verschiedenen Einrichtungen, wobei sie als übergeordnete Stelle unter anderem auch die Verteilung öffentlicher Gelder übernimmt. »Konkret verantwortet die SDW die Mittelvergabe im Rahmen der Förderrichtlinien, die Entwicklung und Steuerung eines einheitlichen Dokumentationssystems, die Qualitätssicherung, die Bedarfserhebung und Bedarfsplanung und die Vernetzung.« (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2018). Ihre Arbeit basiert auf den vier Grundpfeilern:

1. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale Re-Integration
2. Beratung, Behandlung und Betreuung
3. Öffentlicher Raum und Sicherheit
4. Suchtprävention

Diese stellen auch die grundlegenden Themenbereiche der Suchthilfe Wien und deren zugehörigen Einrichtungen dar. Dazu gehören das Projekt *Party Fit!*, die Beratungsstelle *Change*, die Einrichtung *Jedmayer*, das Team *Streetwork*, das *Ambulatorium Suchthilfe Wien*, die *mobile soziale*

Arbeit im öffentlichen Raum, der sozialökonomische Betrieb *fix und fertig*, und das regionale Kompetenzzentrum *rKomz*. Sie operieren alle als autonome Betriebe, sind jedoch Teil der Suchthilfe Wien gGmbH.

Die Geschäftsführung, bestehend aus Sonja Grabenhofer und Roland Reithofer, formuliert gemeinsam mit allen Angestellten auf der Website der Suchthilfe Wien das Leitbild des Unternehmens. Zusammengefasst ist es das Ziel, auf Grundlage von Vielfalt, Gleichheit und gesellschaftlichem Zusammenhalt, mit Hilfe von Beziehungen und Kommunikation, Gesundheit und viel Lebensqualität für alle zu schaffen.¹⁰ Dies soll weitestgehend durch die Arbeit mit niederschweligen Angeboten geschehen. »Niederschwellig« bedeutet hier, dass die Bedingungen zu Hilfsangeboten gering sein müssen, um möglichst allen Menschen in all ihrer Vielfalt den Zugang zu ermöglichen. In der Umsetzung dieser Zielsetzungen bemüht sich die Suchthilfe, indem die aktuelle Situation laufend evaluiert und bei Bedarf dynamisch angepasst wird. Leider gibt es dennoch gewisse Umstände, die dem niederschweligen Leitbild nicht gerecht werden. Der Standort des Jedmeyers am viel befahrenen Gürtel beispielsweise, von Weitem sichtbar als Suchthilfe Wien gekennzeichnet, erfüllt den eigenen Anspruch an der für Niedrigschwelligkeit so wichtigen Anonymität kaum (Grünmayer 2014, S. 197–198). Um das Angebot der ansonsten gut strukturierten Suchthilfe zu vervollständigen, sollten Räume für den schadensminimierenden Konsum von Suchtmitteln geschaffen werden. Gerade in Anbetracht der hohen Missbrauchs



Abb. 10: Die der Suchthilfe Wien gGmbH zugehörigen Einrichtungen und ihre Lage in der Stadt

¹⁰ <https://www.suchthilfe.wien/1/suchthilfe-wien-2/leitbild/>

rate von Substitutionsmitteln (Standard 2013) würde eine überwachende Person der Suchthilfe für mehr Sicherheit sorgen. Dies könnte einerseits durch den Umbau eines oder mehrerer Bestandsräumlichkeiten umgesetzt werden oder, indem ein Leerstand dafür genutzt wird. In letzterem Fall wäre die Nähe zur Szene und damit zum viel genutzten Suchthilfezentrum Jedmayer unabdingbar.

Die Gebrauchsinformation des Substitutionsmittels von Mundipharma® gibt folgende Information zum Thema Missbrauch des Medikaments:

»Nur das Schlucken von Substitol® retard Kapseln ist zulässig. Der Inhalt der Kapseln darf keinesfalls aufgelöst und gespritzt werden (missbräuchliche Injektion). Durch solchen Missbrauch wird einerseits Morphin zu rasch freigesetzt - was zu einer tödlichen Vergiftung führen kann - andererseits gelangen die Hilfsstoffe der Kapseln in die Blutbahn (zum Beispiel Talkum).«

In Österreich werden hauptsächlich Methadon, retardiertes Morphin, Buprenorphin und Codein als Substitutionsmittel verwendet. Das oben beschriebene Substitol® beinhaltet retardiertes Morphin, welches im Gegensatz zu dem früher mehr verwendeten Methadon nicht so starke Nebenwirkungen hat. (SDW 2021)

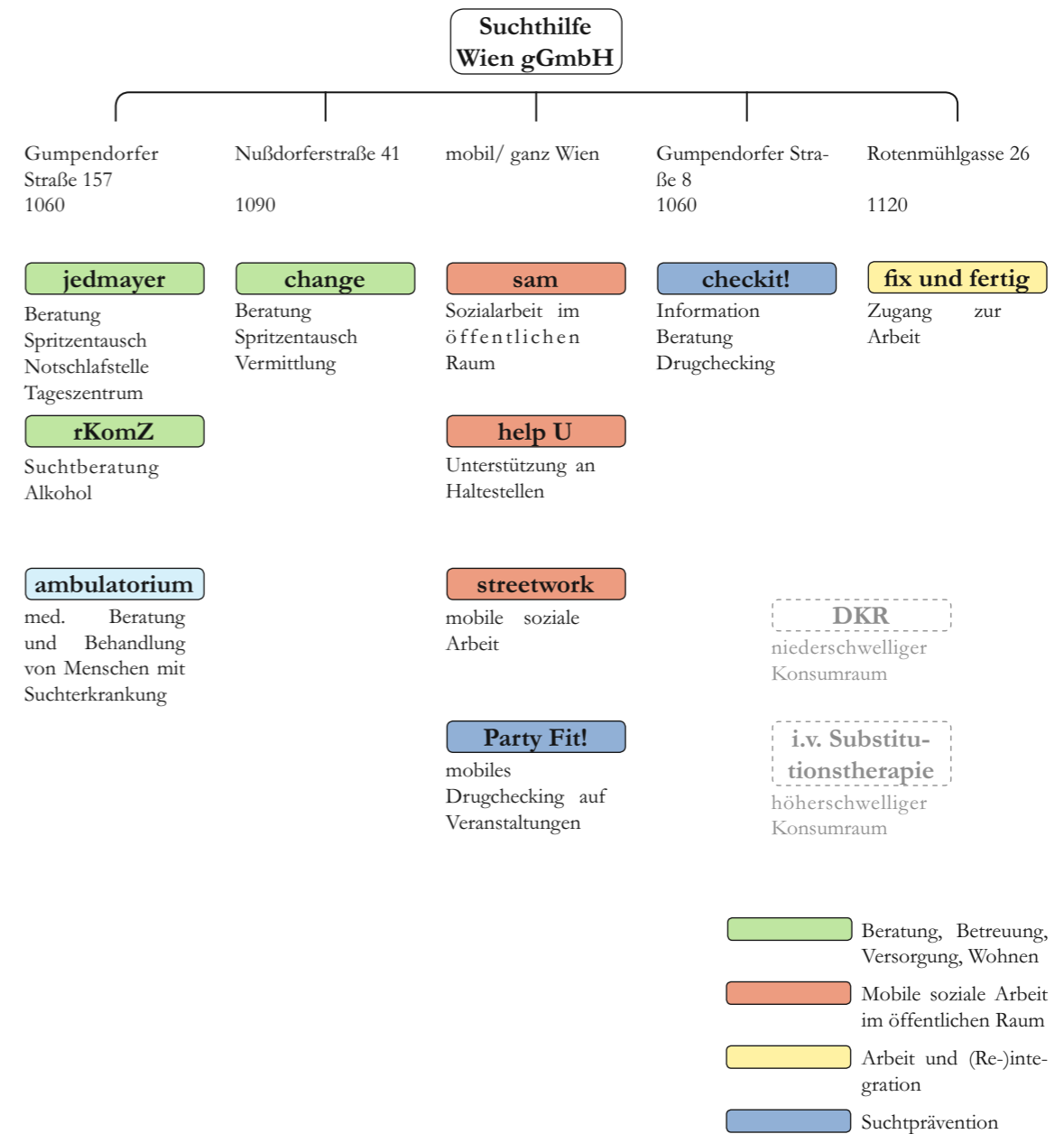


Abb. 11: Die verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe Wien gGmbH und ihre Aufgaben

2.3 DER RECHTLICHE RAHMEN

Um die österreichische Rechtslage bezüglich Suchtmitteln grob zu umreißen, muss in erster Linie das Suchtmittelgesetz (SMG) genannt werden. Darin werden illegale Suchtmittel, psychotrope Substanzen und Drogenausgangsstoffe definiert. Deren Besitz und Handel sind strafbar. Das SMG erläutert außerdem in welchem Maße man bei Zuwiderhandlungen bestraft wird. Weiters sind in der Suchtgiftverordnung (SV) alle illegalen Substanzen in konkretisierter Form aufgelistet, um sämtliche Stoffe und insbesondere auch deren Derivate zu erfassen. Der legale Umgang mit diesen Stoffen wird ebenfalls in der SV geregelt. Darunter zählt auch die Substitution opioidabhängiger Menschen.

In der Republik Österreich ist der Betrieb von DKR verboten. Andere Länder haben sich im Rahmen der akzeptierenden Drogenarbeit für die Legalisierung solcher Einrichtungen entschieden. Die meisten DKR gibt es derzeit in Deutschland, in den Niederlanden, in der Schweiz und in Spanien. Beispielhaft möchte ich nachfolgend die Entwicklung hin zur gesetzlichen Erlaubnis in Deutschland beschreiben. Hier gab es akut viele Drogentote im öffentlichen Raum während der 1980er Jahre (Taunusanlage; Bahnhof Frankfurt am Main). Nachdem dies die Aufmerksamkeit der Stadtbevölkerung und -verwaltung bekommen hatte, legte der Oberstaatsanwalt der Stadt Frankfurt am Main, Dr. Harald Hans Körner, ein Rechtsgutachten vor, in welchem er feststellt, dass »in den Gesundheitsräumen den konsumentschlossenen Drogenabhängigen keine Gelegenheit verschafft [wird], Drogen zu konsumieren, sondern nur »die Möglichkeit« geboten, die

bereits erworbenen und mitgebrachten Substanzen »hygienisch und stressfrei« zu konsumieren« (akzept e.V. und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2011, S. 8). Mit diesem juristischen Rückhalt trauten sich soziale Einrichtungen, den Konsum innerhalb ihrer Räumlichkeiten zu erlauben, was von Polizei und Verwaltung zunächst geduldet wurde. Im Jahr 2000 trat daraufhin eine Gesetzesänderung in Kraft, auf deren Grundlage bestehende Drogenkonsumräume legalisiert wurden und neue innerhalb des rechtlichen Rahmens eröffnet werden durften. §10a BtMG definiert seither die bundesweiten Voraussetzungen, unter welchen es den Ländern überlassen wird, DKR zuzulassen. Unter Einhaltung der folgenden zehn Mindeststandards ist der Betrieb eines DKR in Deutschland erlaubt:

1. Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen;
2. Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;
3. medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;
4. Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie;
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäu-

bungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge;

6. erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern;
7. genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die geduldeten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;
8. eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen;
9. ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;
10. Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.

Die Bundesländer Berlin, Hamburg, Hessen,

Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland haben dem Bundesgesetz folgend jeweils ihre eigenen Verordnungen, um den Betrieb von Konsumräumen legal zu ermöglichen.¹¹ Bisher existieren DKR auch nur in Städten dieser sechs Länder.

Um nun einen DKR in Österreich innerhalb des geltenden Rechtsrahmens zu betreiben, müsste zuvor das Gesetz geändert werden. Im Speziellen sollen hier Überlegungen zur Integration eines Raumes, in dem i. v. Substitutionstherapie durchgeführt wird, gemacht werden. Auf welche Art und Weise könnte das geschehen?

Vorerst möchte ich darauf hinweisen, dass der Gebrauch von Suchtmitteln eigentlich nicht illegal ist. Wie in Deutschland sind »Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, der Erwerb und Besitz von Suchtmitteln« (§ 6 Absatz 1 SMG) auch in Österreich nicht erlaubt. Der Akt des Konsums ist im Gesetzestext zwar nicht abgedruckt, ist aber in den meisten Fällen ohne das vorherige Begehen einer Straftat nicht möglich.¹² Natürlich müsste sich die Suchthilfe Wien rechtlich absichern. Folgende Vorgänge, die nach bisherigem Gesetz strafbar sind, müssten zumindest innerhalb des Gebäudes, in welchem sich der DKR befindet, straffrei sein:

- a. Die Ausgabe von i. v. applizierbaren Substitutionsmitteln (z.B. auch medizinisches Diacetylmorphin), Spritzen-Sets und anderen medizinischen Gegenständen durch geschultes Personal
- b. Der Besitz von illegalen Suchtmitteln

¹¹ Die Verordnungen der Länder können online hier abgerufen werden: <https://www.drogenkonsumraum.net/rechtliche-absicherung-des-betriebs-von-drogenkonsumr%C3%A4umen-auf-landesebene>

¹² Eigenverantwortliche Selbstschädigung und Selbstgefährdung unterliegen keiner Strafe, da laut Strafgesetzbuch grundsätzlich immer nur ein »anderer« Geschädigter erfasst wird – nicht die handelnde Person selbst. Vereinfacht erklärt nachzulesen unter: <https://www.iurastudent.de/content/freiverantwortliche-selbstsch%C3%A4digung-und-selbstgef%C3%A4hrdung,abgerufen%20am%2003.04.2020>

- c. Der Konsumvorgang an dafür ausgewiesenen Plätzen (Der Konsum wird eigentlich ohnehin nicht strafrechtlich verfolgt; für die Erleichterung der Umstände zum Suchtmittelgebrauch müsste man sich allerdings absichern.)

Eine Möglichkeit ist es, das betreffende Gebäude, bzw. dessen direkte Umgebung zu entkriminalisieren. In Kopenhagen, beispielsweise, kommen in der Einrichtung mit DKR die geltenden Suchtmittelgesetze nicht zur Anwendung. Einfacher gesagt ist der Besitz von Rauschmitteln dort nicht verboten. In 5.3 wird dieses Modell genauer gezeigt. Dieser Umgang wäre für die Stadt Wien die wahrscheinlich einfachste und am ehesten durchführbare Methode für die Erlaubnis eines oder mehrerer DKR. Damit eventuelle Probleme mit der Stadtbevölkerung besprochen werden können oder sie gar nicht erst auftreten, sind zwei Mal im Jahr stattfindende Treffen der Betreibenden von DKR mit der Bezirksverwaltung, Polizei und anderen die Bürger*innen vertretenden Stellen ein erprobtes Mittel. Solche Konferenzen finden z.B. in Berlin seit Jahrzehnten statt.

Rechts sind Beispiele deutscher DKR in Frankfurt und Saarbrücken zu sehen. Die Abbildungen lassen erahnen wie es sich anfühlen muss, einen solchen Raum für den Konsum zu nutzen. Es ist international bekannt, dass man einen deutschen DKR an den Fliesenoberflächen erkennt. Bei der Betrachtung der Fotos stellt man sich die Frage, ob diese Räume tatsächlich einen so hohen Anspruch an Funktionalität haben müssen, damit jeglicher Wunsch nach Wohlbefinden bei ihrer Einrichtung ignoriert wird. Wahrzunehmen sind vorrangig weiße Fliesen, praktische Edelstahlische, einfache Stühle und kaltes Neonlicht. Meine persönlichen Assoziationen sind: Schlachthaus, Operationsaal, Gefängnisraum. Dies steht eigentlich im Widerspruch zu der Annahme, dass diese Räume im Zuge der akzeptanzorientierten Drogenarbeit entstanden sind und außer dem Ziel der Schadensminimierung auch die Entstigmatisierung ein Zweck von DKR ist. Dafür sollten Menschen, die Drogen injizieren, genauso würdevoll behandelt werden, wie jeder andere Mensch auch. Dass dies nicht funktionieren kann, wenn weiterhin Räume wie auf den hier abgedruckten Fotos geschaffen werden, sollte verständlich sein.



Abb. 12: DKR in Frankfurt
©Integrative Drogenhilfe e.V.



Abb. 13: DKR in Saarbrücken
©Drogenhilfe Saarbrücken

3 DROGENKOSUMRAUM

Ein Drogenkonsumraum ist ein Raum, in welchem Menschen unter Aufsicht Drogen konsumieren können. Oft ist damit nicht nur der Konsumraum selbst gemeint, sondern die gesamte Einrichtung, welche auch die nötige Infrastruktur und das Personal einschließt. DKR sind räumlich meist in drei Abschnitte geteilt: Sie sind ihrer Funktion nach in *vor*, *während* und *nach* dem Konsum getrennt.

Neil Hunt nennt in seinem Bericht über Modelle von DKR drei Hauptformen. Es gibt integrative, spezialisierte und »informelle« DKR, wobei die allermeisten zur erstgenannten Gruppe gehören. Spezialisierte DKR werden für den reinen Konsum geschaffen und nicht direkt in das Netzwerk der Suchthilfe eingebunden. Die letztgenannte Form, die »informellen« DKR, gibt es nur in den Niederlanden. Es sind ausschließlich Räume für den inhalativen Konsum und werden von aktuell oder ehemals Drogenkonsumierenden betrieben. (Hunt 2006, S. 2–3)

In den letzten Jahren sind zudem mobile DKR entstanden. Diese können den spezialisierten DKR zugeordnet werden, bieten aber zusätzlich den Vorteil, dass sie jederzeit flexibel zu wechselnden Orten der Szene gebracht werden können. Dies sind umgebaute Busse oder Transporter, in welchen Substanzen unter Aufsicht und in hygienischer Umgebung konsumiert werden können. Die Konsummobile des Fixpunkt e.V. in Berlin beispielsweise bieten eine niedrighschwellige Option für Orte, an welchen der Betrieb einer permanenten Institution unmöglich ist.

Die Bautypologie von DKR existiert bisher im architektonischen Diskurs nicht. Eine thematische Klassifikation kann insofern nur über die

Abgrenzung von, bzw. die Gleichstellung mit ähnlichen funktionalen und inhaltlichen Aspekten anderer, bereits schärfer definierten architektonischen Typologien geschehen. Der Versuch dieser Typologisierung ist unter 4 beschrieben.

Eine wichtige Person im Kontext von DKR ist Cedric Charvet. Er koordiniert den DKR der sozialen Einrichtung AMOC¹³ in Amsterdam, arbeitet für das internationale Netzwerk der Drogenkonsumräume (INDCR) und ist außerdem externer Ansprechpartner für das europäische Forum für städtische Sicherheit (EFUS). Charvet ist davon überzeugt, dass das Konzept DKR nicht nur funktioniert, sondern absolut notwendig ist. Er beschreibt am Beispiel der Forschung des kanadischen Psychologen Bruce K. Alexander, inwiefern Sucht nicht allein von Drogen ausgelöst wird. (Leyland 2017, S. 66)

Alexander untermauerte in den 1970er Jahren mit dem Experiment »Rat Park« seine These, dass Ratten in einer gesunden Umgebung freiwillig Morphin *meiden*, obwohl sie an dessen Wirkung bereits gewöhnt waren. Die Tiere, die in einem sehr großzügigen Gehege mit genügend Futter, Artgenossen, Spielgelegenheiten und ausreichend Platz für Paarung und Aufzucht von Nachkommen gehalten wurden, konnten zwischen normalem Leitungswasser und mit Morphin versetztem Leitungswasser wählen. Sie entschieden sich meistens für das reine Wasser, wobei Ratten einer Vergleichsgruppe, die in Skinnerboxen gehalten wurden, eher das morphinhaltige Wasser tranken. Daraus folgte Alexander, dass gesunde Individuen in einem angenehmen Umfeld sehr wohl der Verführung von Drogen widerstehen können. Entgegen der

Meinung anderer Wissenschaftler, welche feststellten, dass alle Tiere wie auch Menschen sich für die Droge entscheiden, wenn daraus keine Nachteile für sie entstehen, sie nicht stigmatisiert werden und die Droge immer verfügbar ist, vertritt Alexander die These, dass man sie sehr wohl ablehnen kann, solange man nicht durch äußere Umstände dazu bewegt wird, sie zu konsumieren. (Alexander et al. 1981)

Diese und weitere Forschungsergebnisse bilden bis heute die wissenschaftliche Grundlage für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Durch ihre Erkenntnisse wird die Implementierung von Konsumräumen in Organisationen der Suchthilfe gerechtfertigt. Marginalisierten Gruppen ihren Raum zu geben, anstatt sie weiterhin zu kriminalisieren, kann ein erster Ansatz zur Lösung des Problems sein. Unterdrückung dagegen

bekämpft lediglich die Symptomatik der Gegebenheit.

Das INDCR pflegt eine ständig aktualisierte, interaktive Karte, die jeden einzelnen DKR und seine genaue Lage zeigt. Zusätzlich ist gekennzeichnet, um welche Art von Modell es sich handelt. Standorte, über deren mögliche Eröffnung aktuell verhandelt wird, sind ebenfalls abgebildet. Es ist zu sehen, dass sich Einrichtungen hauptsächlich in Mitteleuropa und Kanada befinden. Außerdem fällt auf, dass diejenigen Länder, welche auf eine langjährige Geschichte von DKR zurückblicken, die meisten Standorte haben. Grundsätzlich wird in dieser Karte zwischen den folgenden Modellen unterschieden:

- Drogenkonsumraum
- Overdose Prevention Site



Abb. 14: Eine interaktive Karte, in welcher weltweit alle Drogenkonsumräume eingezeichnet sind, wird vom INDCR regelmäßig aktualisiert. (INDCR 2021)

- (als akute Reaktion auf Krisensituationen)
- Consumption and Treatment Services Site (aus temporärer Overdose Prevention Site entstandene Konsum- und Behandlungseinrichtung)
- Mobiler Drogenkonsumraum
- Drogenkonsumraum in einem Gefängnis

Die meisten DKR befinden sich in Kanada, in den Niederlanden, in der Schweiz und in Deutschland. Aufgrund der hohen Zahl an Todesfällen wegen Fentanyl-Überdosen entstanden in Kanada innerhalb kurzer Zeit viele sog. Overdose Prevention Sites. Diese wurden von der Regierung geschaffen, um den ausartenden Verhältnissen schnellstmöglich entgegenzuwirken. Die Entstehungsgeschichte von DKR wird im nachfolgenden Kapitel ausführlicher dargelegt. Die Bedingungen, um einen DKR nutzen zu dürfen, sind fast überall gleich. Klient*innen müssen volljährig sein und sie müssen die Gesetze der Einrichtung respektieren. »Best Practice« bedeutet hier, so wenige Regeln wie möglich zu haben. Bei AMOC in Amsterdam, zum Beispiel, gibt es lediglich drei Erwartungen an das Verhalten der Nutzer*innen: Es muss zu jeder Zeit eine sichere, hygienische und stressfreie Umgebung vorherrschen (EHRA und Charvet 2019). Die genaue Dokumentation aller Konsumvorgänge in einem DKR stellt sicher, einen sehr guten Überblick über die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Nutzer*innengruppe zu behalten und hat außerdem große statistische Relevanz.

DKR verhindern Todesfälle.

Durch DKR kann die Ansteckungsrate von **HIV und Hepatitis-C** gesenkt werden.

DKR können **positive Auswirkungen auf die Straßenkriminalität** in Zusammenhang mit Suchtmitteln haben.

DKR **verringern Störungen** der öffentlichen Ordnung.

DKR sind **wirtschaftlich rentabel**.

DKR **vereinfachen den Zugang zur Suchthilfe** für Menschen, die Drogen nehmen.

DKR tragen zur **Entstigmatisierung** suchtkrankter Menschen bei.

Und, in keinem DKR der Welt ist je ein Mensch an einer Überdosis gestorben.



Um die Geschichte der DKR prägnant zu gliedern, können die Ereignisse in drei grundlegende »Wellen« zusammengefasst werden. Die erste Welle von stark präsentem Drogenkonsum fand in den 1980er Jahren vornehmlich in Mitteleuropa statt. Der Heroinkonsum schwappte mit amerikanischen Kriegsveteranen über Europa, die aus dem Vietnam nicht in ihre Heimat zurückkehrten, sondern stattdessen z.B. in die Niederlande auswanderten. In der Schweiz kam es daraufhin zu starker öffentlicher Verwahrlosung, die in Form von schockierenden Fotografien von der ganzen Welt wahrgenommen wurde. Am Platzspitz in Zürich zeigte sich die offene Szene, die allein dort aus ca. 30.000 Konsumierenden

bestand. Zu dieser Zeit gab es zum ersten Mal sehr plötzlich viele Tote aufgrund von Überdosierungen. Als man mit dem Mittel der Repression darauf reagierte und versuchte, die Szene zu vertreiben, bemerkte man schnell, dass dies nur noch schlimmere Folgen verursachen würde und erkannte, dass der pragmatische Ansatz die einzige Möglichkeit war: »Wenn Drogensucht eben als unausrottbare Spielart der menschlichen Natur existiert, kommt man mit Pragmatismus weiter als mit Dämonisierung.« (Klenk und Weissensteiner 1999)

Der erste DKR bot lediglich einen geschützten Ort für Menschen, die Drogen konsumieren. Er

Abb. 15: Heroinabhängige am Zürcher Platzspitz in den 1980er Jahren (Treffpunkt 2020) ©Keystone

3.2 DIE SCHADENSREDUZIERUNG

entstand 1986 in Bern. Diese »Kontaktläden« (auch »Fixerstübli«) waren vorerst nicht darauf ausgelegt, die Aufsicht vor, während oder nach dem Konsum zu übernehmen, sondern lediglich, um den Kontakt herzustellen. Dies geschah meist aus dem bloßen Bedarf heraus. Der großen Zahl an Menschen, die beispielsweise in Zürich oder vorher noch in den Niederlanden durch öffentlichen Konsum das Stadtbild prägte, wurde dadurch ein Raum geschaffen. In den 1980er Jahren waren diese Kontaktläden noch provisorische Versuchskonzepte, die auch noch außerhalb des gesetzlichen Rahmens operierten. Hier traf sich schnell die ganze Szene, zu welcher natürlich auch Menschen gehörten, die die Suchtmittel verkauften. Da dies immer wieder zu Ausschreitungen führte und auch die Sicherheit des Klientels sowie des Personals gefährdete, mussten die experimentellen Kontaktläden wieder schließen. (Schäffer et al. 2014, S. 4)

Außer den o. g. Ländern konnten während dieser ersten Welle der Entstehung von DKR auch in Deutschland, Luxemburg, Dänemark, Spanien, Kanada und Australien Einrichtungen ihre Türen für den beaufsichtigten Konsum von Suchtmitteln öffnen.

Die zweite Welle, die seit den 2010er Jahren bis heute wirkt, hatte die Eröffnung einiger Konsumräume in Frankreich, Norwegen, Portugal, Mexiko und Belgien zur Folge. In (naher) Zukunft könnten weitere Länder durch Gesetzesänderungen folgen. Im Gespräch sind auch Standorte in Mexiko, Rumänien, Island, Slowenien und Finnland. Großbritannien und Schottland haben Diskussionen über Öffnungen wegen des

Brexit vorerst pausiert.¹⁴

Ob heutzutage in einer Stadt ein DKR zur Verfügung steht, ist meist eine politische Frage. Für die Existenz bzw. Absenz von DKR in Städten, die in der Ausformung der Drogensituation miteinander verglichen werden können, sind »ausschließlich lokalpolitische Verhältnisse verantwortlich« (Springer 2003, S. 5). Umso wichtiger ist es, die Politik, genau wie die Polizei und Anrainer, von Beginn an in die Entwicklung von Konzepten miteinzubinden und bereits im Vorhinein umfassende Aufklärungsarbeit zu leisten.

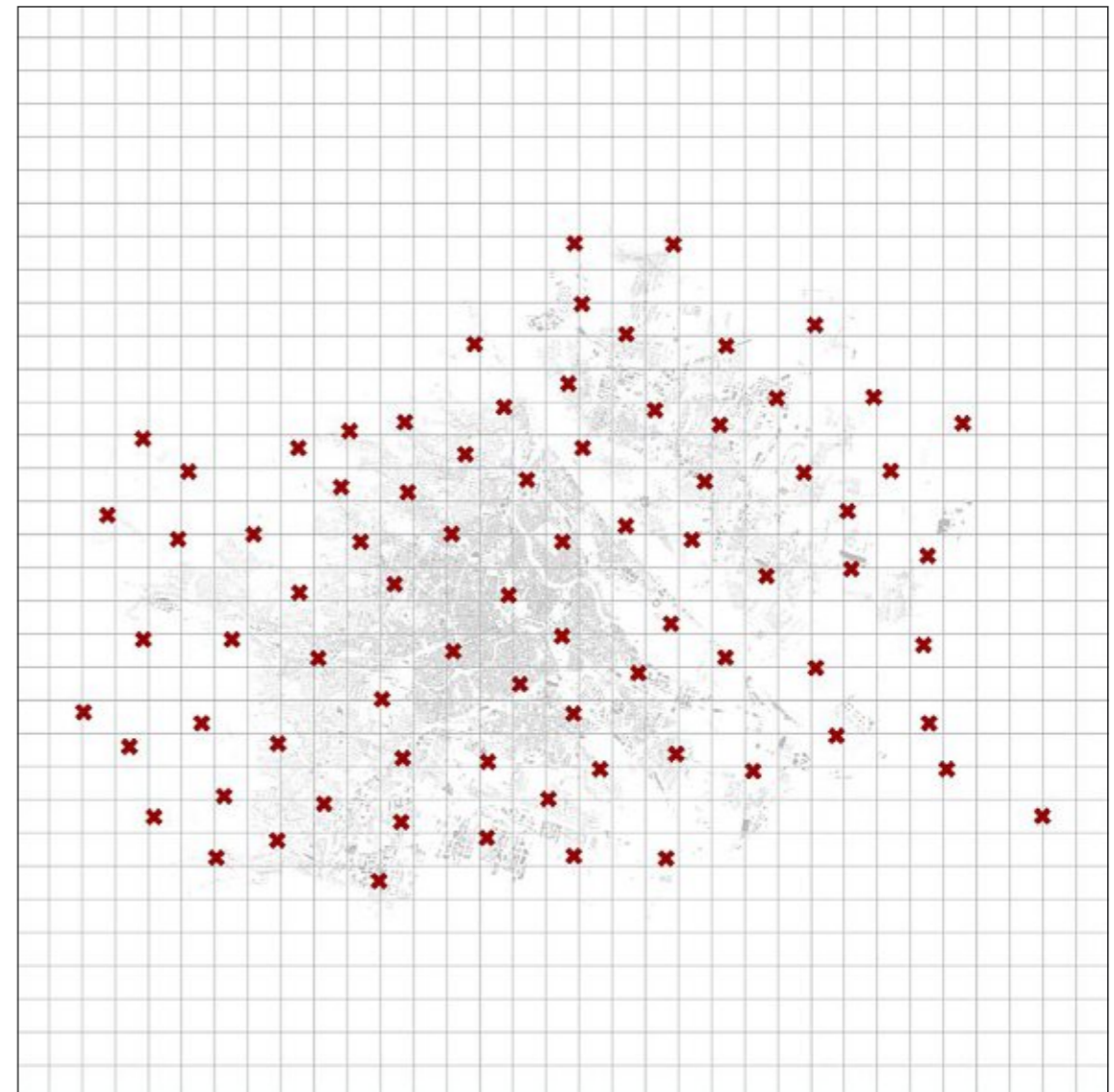


Abb. 16: Drogenbezogene Todesfälle in Wien im Jahr 2018
Jedes rote Kreuz (n=79) repräsentiert einen drogenbezogenen Todesfall. Die Position der Kreuze sagt nichts über den Ort des Todesfalls aus.
(Anzenberger 2019, S. 30)

¹⁴ Die meisten dieser Informationen stammen aus einem Vortrag, der von Cedric Charvet im Rahmen einer von der EHRA (Eurasian Harm Reduction Association) organisierten Konferenz gehalten wurde. (EHRA und Charvet 2019)

3.2.1 TODESFÄLLE

Schadensreduzierung (auch Schadensminimierung; engl.: harm reduction) ist ein strategischer Ansatz in der Sucht- und Drogenarbeit. Ziel ist es dabei, Verhältnisse zu schaffen, die möglichst viele Gefahren für Menschen, die Drogen konsumieren, zu vermeiden. Dazu gehört die Ansteckung mit verschiedenen Krankheiten, akute und chronische Verletzungen physischer sowie psychischer Natur und natürlich der Tod. Die Schadensreduzierung ist in den letzten Jahrzehnten zu einem der wichtigsten Elemente der akzeptierenden Drogenarbeit geworden. Es wird meist ein sehr pragmatisches Vorgehen angewandt, das vor, während aber auch nach gefährlichem Verhalten gewisse Risiken minimiert. Dazu gehört beispielsweise auch die Verteilung von Kondomen in Kreisen homosexueller Männer, um der Verbreitung des HI-Virus vorzubeugen.

Da die Gefahr für suchtkranke Menschen nicht nur vom Substanzkonsum bzw. vom Rausch selbst ausgeht, ist die Primärprävention allein nicht ausreichend. Es ist die zusätzliche Sekundärprävention notwendig, womit Probleme vermieden werden können, die aus dem Konsum hervorgehen. Solche sind beim i. v. Gebrauch von Opioiden durch Infektionen stark geschwollene Gliedmaßen, ansteckende Krankheiten und verstopfte Venen. Ein konkretes Beispiel der *harm reduction* in Wien ist der Spritzentausch im Suchtzentrum Jedmayer und in der Beratungsstelle Change.

Der Betrieb von DKR kann allein nie als Lösung des Problems fungieren. Vielmehr ist es als »Minimierung der ‚Problemfülle‘ insbesondere für

die Konsument*innen« (Springer 2003, S. 20) zu sehen. In der Suchthilfe gilt es primär, die wichtigsten Bedürfnisse wie eine Versicherung, die Ernährung, medizinische Versorgung, ein gesichertes finanzielles Einkommen und eine Unterkunft zu decken. Diese sind Teil der menschlichen Grundversorgung, deren Sicherstellung jedoch für Menschen, die mit einer Suchterkrankung zu kämpfen haben, zu einer großen Hürden werden kann.

DKR setzen bereits vorher an der Art und Weise des Gebrauchs an. Dadurch kommt es in weiterer Folge zu weniger Symptomen, die vom Konsum ausgelöst werden. Indem Konsument*innen ein Raum angeboten wird, welcher in medizinischer und gestalterischer Form geeignet ist, wird der Umfang zukünftiger Sozialarbeit reduziert.

Anhand von Abb. 16 lässt sich die Aussage treffen, dass drogenbezogene Todesfälle in Österreich noch immer ein großes Thema sind. Zwar geschehen die meisten Todesfälle pro 1000 Einwohner in Wien, jedoch sollte der Rest des Landes nicht außer Acht gelassen werden. Drogenmissbrauch ist immer ein vollgesellschaftliches Problem, das nicht nur lokal behandelt werden kann.

Es lässt sich zudem erkennen, dass seit 2004 die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle tendenziell steigt. Dass bei nahezu jedem dieser Fälle Opiode festgestellt wurden, zeigt Abb. 18: Der Missbrauch von Opioiden bedeutet eine große

Gefahr für Konsument*innen dieser Substanz. Selbst der Missbrauch von Alkohol, welcher gesellschaftlich akzeptiert und legal ist, dessen Abhängigkeitspotenzial und gesundheitliche Bedrohung jedoch gleichzeitig überaus bekannt ist, spielt bei drogenbezogenen Todesfällen nur eine untergeordnete Rolle. Es lässt sich feststellen, dass viele Todesfälle durch Opioid-Überdosierungen vermieden werden könnten, wenn die Applikation überwacht würde.

Natürlich sollte das primäre Ziel eine möglichst drogenfreie Gesellschaft sein. Der idealistische Ansatz der ganzheitlichen Drogenfreiheit wird aber mehrheitlich als Utopie bewertet. Auch

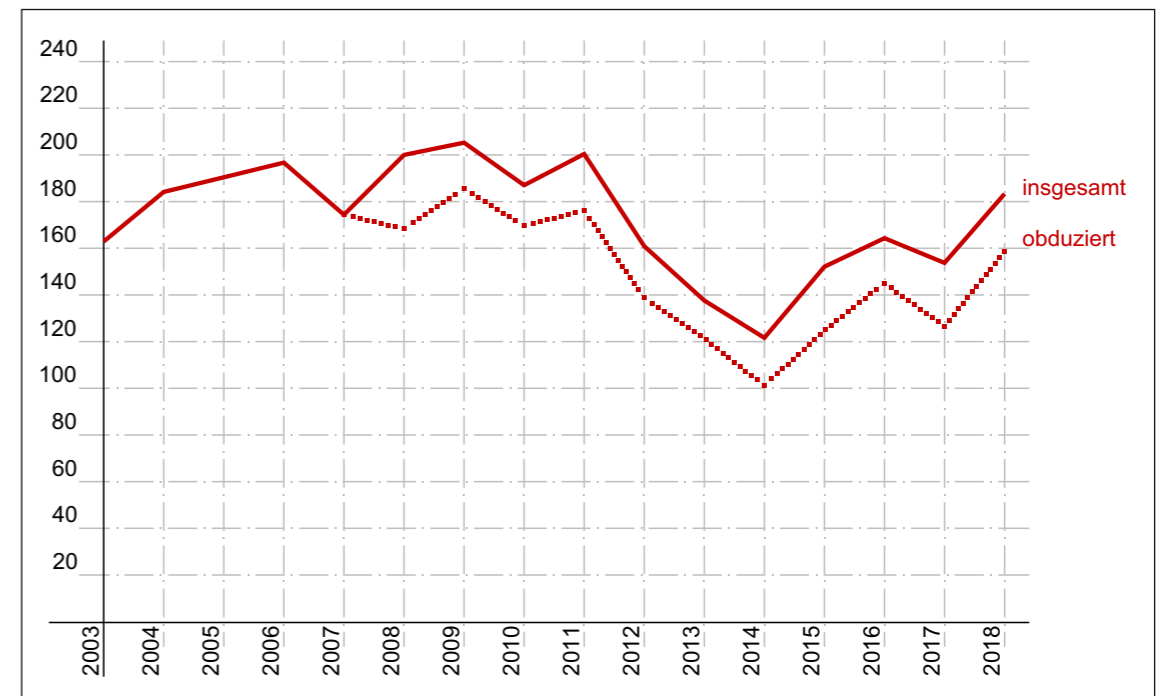


Abb. 17: Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle in Österreich im Zeitverlauf (Anzenberger 2019, S. 75).

Kofi Annan, ehemaliger UN-Generalsekretär und Mitglied der Weltkommission für Drogenpolitik sagte 2016: »Wir müssen uns mit der Regulierung und der öffentlichen Aufklärung befassen und nicht mit der totalen Unterdrückung von Drogen, von der wir wissen, dass sie nicht funktioniert.« (Weltkommission für Drogenpolitik 2018, S. 17)

Beim intravenösen Konsum von Opioiden verhält man sich – besonders im Falle von schwerer Abhängigkeit – genauso wie beim Konsum anderer Suchtmittel: zu wenig möchte man nicht haben. Daher orientiert man sich eher an der Obergrenze der gewohnten Dosierung. So kommt es recht häufig zu Überdosierungen (Toxikose), die unbehandelt tödlich enden können. Im Konsumraum der Birkenstube in Berlin kommt es ca. an jedem zehnten Öffnungstag zu einem Zwischenfall. Atemstillstände und Todesfälle können jedoch immer durch den Einsatz von geschultem Personal und medizinischer Soforthilfe (meist durch Verabreichung des Heroin-Antagonisten

Naloxon) vermieden werden. Ein Fläschchen mit einem Naloxon beinhaltenen Aerosol wird einmalig in ein Nasenloch gesprüht, wodurch die Wirkung von Opioiden für ca. 30 Minuten aufgehoben oder zumindest abgeschwächt wird. Rechtzeitig angewendet, kann das Leben retten. (Latasch et al. 1997)

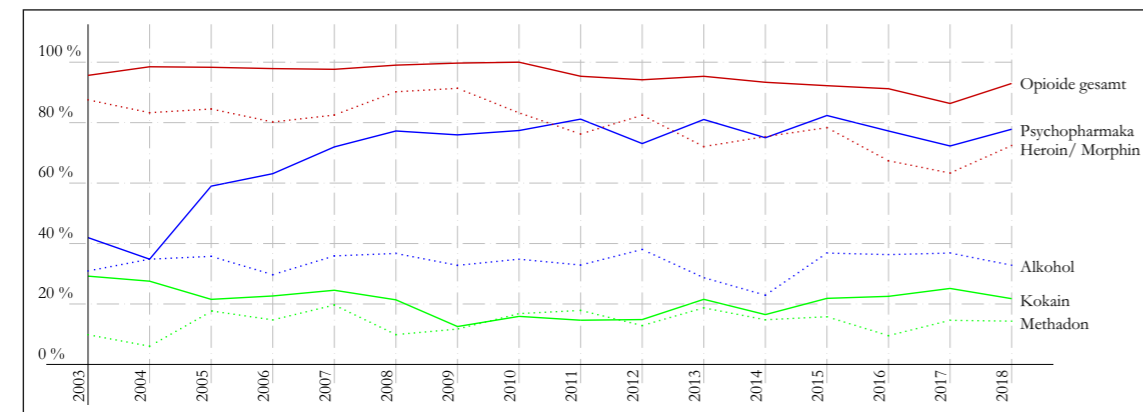


Abb. 18: Narcan®: Ein lebensrettendes Fläschchen, das den Wirkstoff Naloxon enthält.
©Governor Tom Wolf

Abb. 19: Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen in Österreich im Zeitverlauf (Anzenberger 2019, S. 12)

Eines der Sekundärprobleme, die mit dem Gebrauch von Opioiden einhergehen, ist die Übertragung von Krankheiten, die über nicht sterile Konsumutensilien wie Spritzen, Röhrchen o. ä. geschieht. Dabei sticht vor allem die intravenöse Applikation heraus. Konsumierende mit schwerer Abhängigkeit unterliegen meist einem starken Suchtdruck, was dazu führt, dass Spritzen doppelt oder sogar mehrfach verwendet werden, wenn sie keine unbenutzten Spritzen bei sich haben. Das Spritzentauschprogramm der Suchthilfe Wien, welches über die Einrichtungen Jedmayer und change angeboten wird, leistet bereits einen sehr guten Beitrag zur Schadensreduzierung in Bezug auf die Ansteckung mit Krankheiten wie AIDS oder Hepatitis-C. Die Rücklaufquote der ausgegebenen Spritzen-Sets betrug im Jahr 2018, genau wie im Jahr davor, 98,3% (Suchthilfe Wien 2018, S. 46).

Trotzdem unterliegt die Hochrisikogruppe der Opioidkonsumierenden einer höheren Ansteckungsgefahr. Drogen-Abusus wird in der Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich von der Gesundheit Österreich Beratungs GmbH als häufigster Ansteckungsweg geschätzt (siehe Abb. 19). Könnte ein DKR als Konsumort gewählt werden, wäre das Benutzen von sterilen Spritzen-Sets verpflichtend. Sowie die ausreichende Versorgung mit sämtlichen Konsumutensilien, als auch deren sichere Entsorgung übernimmt die Einrichtung. Vor jedem Konsumvorgang wird dem/ der Klient*in sämtliches Zubehör, das für eine schadensminimierende, i. v. Applikation von Opioiden nötig ist, ausgegeben. In

einem Raum für i. v. Substitutionstherapie erfolgt ohnehin die Aushändigung des jeweiligen Substitutionsmittels von medizinischem Fachpersonal.

Linkage to care

Außer Präventivmaßnahmen zur Vermeidung der Ansteckung mit Krankheiten ist auch das linkage-to-care-Prinzip eine positive Auswirkung des Betriebs eines DKR. Bereits infizierte Personen bekommen so niedrigschwelligen Zugang zu medizinischen Behandlungsangeboten. Durch ihre häufige Zugehörigkeit zur Gruppe drogenkonsumierender Menschen ist die i. v. Substitutionstherapie eine attraktive Möglichkeit für sie, die gleichzeitig den Zugang zu Betreuung und Beratung garantiert.

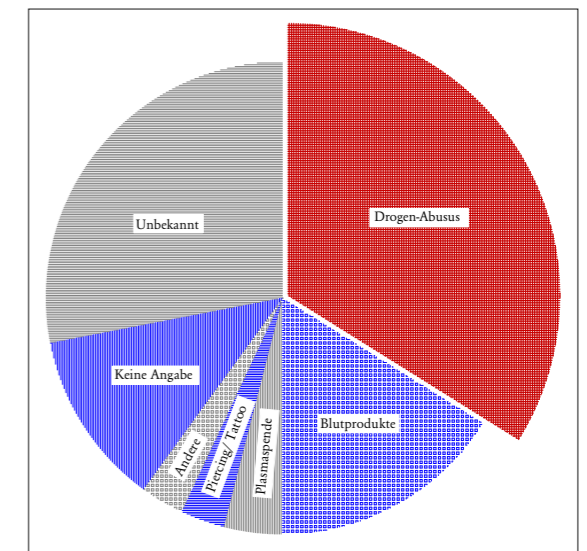


Abb. 20: Verteilung der vermuteten Hepatitis-C-Ansteckungswege (Schmutterer und Busch 2016, S. 23)

3.2.3 HANDEL MIT SUCHTMITTELN

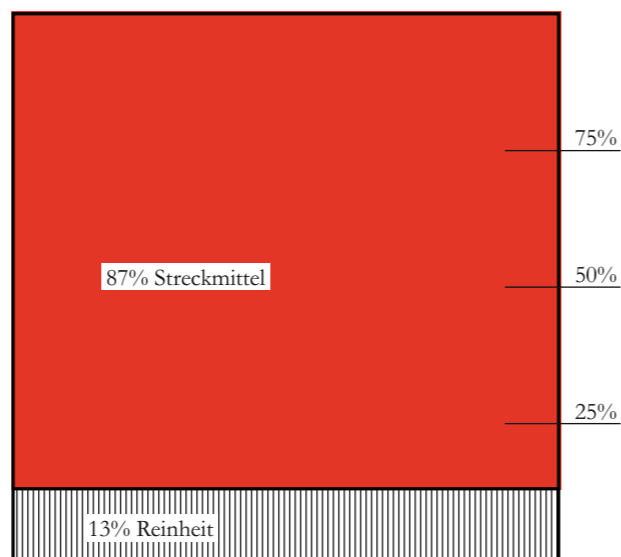
In den meisten Einrichtungen mit DKR ist durch gesetzliche Anpassungen eine Mitnahme und der Konsum von illegal beschafften Substanzen erlaubt, bzw. geduldet. So können Suchtmittel, welche auf dem Schwarzmarkt beschafft wurden, in der geschützten Umgebung der Institutionen konsumiert werden. Ein Raum für intravenöse Substitutionstherapie lässt diesen Prozess jedoch nicht zu, was zwar einerseits eine Schwelle für Klient*innen darstellt, andererseits aber die Ausgabe von chemisch reinen Substanzen durch medizinisches Fachpersonal impliziert. Diese Art des Betriebs würde bedeuten, dass der illegale Handel mit Suchtmitteln auf der Straße eingedämmt werden könnte. Dies wäre für das Stadtbild, politische Entscheidungsträger sowie für die Exekutive mit Sicherheit ein Fortschritt. Aktuell hat sich eine Art Medikamentenszene vor und im Gebäude der U-Bahnstation Gumpendorfer Straße etabliert. Hier findet ein Tauschhandel mit Substitutionsmitteln, Beruhigungs- und Schmerztabletten, sowie illegalen Drogen statt. Dieser Schwarzmarkt macht für seine geringe Größe einen beachtlichen Umsatz, was selbst nach kurzer Beobachtung klar wird. Mit Ausnahme der sich mehrmals am Tag wiederholenden Polizeipräsenz wird offen und lautstark über Preise verhandelt oder gar gestritten. Die Hauptumschlagplätze für Heroin liegen in der näheren Umgebung der Station und verlagern sich oft.¹⁵ Höchstwahrscheinlich funktioniert der Handel mit Heroin außer durch die Verteilung über »Runners« auf der Straße in vielen Fällen über Hausbesuche im Privaten.

Braunes Heroin aus dem Straßenhandel hat in

Wien meist eine sehr geringe Reinheit. Im Median kam diese im Jahr 2018 auf gerade einmal 13% (Abb. 20). Das ist recht wenig, weshalb viele Konsument*innen eine große Menge der Mischsubstanz verwenden müssen.

Die Gefahr des Schwarzmarkthandels mit Suchtmitteln liegt in den großen Schwankungen der Reinheit. So kann dieselbe Menge plötzlich eine sehr viel höhere Konzentration von reinem Heroin beinhalten. Ein Schuss, dessen Wirkung man bisher gut vertragen hat, kann unregelmäßig stark sein und somit auch eine letale Dosis.

Abb. 21: Darstellung zur Reinheit von Heroin im Straßenverkauf, 2018 (Löbau et al. 2019)



3.2.4 ZUGANG ZUR SUCHTHILFE

Wie oben (unter linkage to care) bereits angeschnitten, ist die Suchthilfe auf die Bereitschaft von Klient*innen, freiwillig die Betreuungs- und Beratungsangebote wahrzunehmen, angewiesen. Da Menschen mit psychischen Verhaltensstörungen und Opioidabhängigkeit diese Hilfe kaum von sich aus annehmen, ist es ausgesprochen wichtig, sie dort abzuholen, wo sie sind. Das ist in vielen Fällen der Prozess des Konsums.

In vielen Fällen bekommen Menschen schon im Jugendalter Kontakt zu bewusstseinsverändernden Substanzen. Als »Einstiegsdroge« gilt oftmals das leicht zugängliche und fast überall verfügbare Cannabis, was – gemessen an der gesellschaftlichen Akzeptanz – mittlerweile nahe an Alkohol herankommt. In Jugendkulturen wird grundsätzlich viel ausprobiert. So schmelzen in Gruppen, je nach sozialem Umfeld und Festigkeit des Charakters, die eigens gesetzten Grenzen dahin. Diese Grenzen haben vorher den Gebrauch und vor allem den Missbrauch von gewissen Stoffen ausgeschlossen. Der Sucht generierende Aspekt beim Gebrauch solcher Substanzen wird in der Dynamik mancher Freundeskreise oft verharmlost, wodurch der Respekt bzw. die Vorsicht davor und somit die Hemmschwelle sinkt. Was man sich früher niemals hätte vorstellen können, ist, retrospektiv betrachtet, normal. Natürlich geschieht dieser Prozess nicht plötzlich. Genauso wenig kann behauptet werden, dass sich schwerstabhängige Opioidkonsumierende zu einem speziellen Zeitpunkt für die Droge entschieden haben. Die Beweggründe bis zu diesem risikoreichen Stadium sind schwer greifbar; hängen allerdings meist mit psychischen Störungen

zusammen.¹⁶ Posttraumatische Belastungsstörungen können beispielsweise die Entwicklung einer Abhängigkeit begründen. »Suchtmittelkonsum oder Alkoholismus fallen in die Kategorie der Vermeidungssymptome, da Betroffene die Substanzen nehmen, um Erinnerungen auszublenken oder Ängste zu unterdrücken.« (Dual Diagnosis 2020, S. 2)

Die Problematik der Situation von Menschen mit missbräuchlichem Drogenkonsum (speziell Opioidkonsum) liegt teilweise an der Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Die nötige Aufmerksamkeit, um eine Entwicklung von prekären Konsummustern früh zu erkennen und daran zu arbeiten, wird ihnen selten zuteil. Umso wichtiger ist es, spätestens am ultimativen Limit ihrer Drogenkarriere die Schwelle zur Hilfe so niedrig zu gestalten, wie nur möglich. Akzeptierende Suchthilfearbeit funktioniert genau gegenteilig zur sozial spürbaren Ablehnung von substanzabhängigen Menschen. Dort, wo der marginalisierten Gruppe der Raum gegeben wird, das zu tun, was man ohnehin tun muss, kann man sich aufgehoben fühlen. Und nur dort kann auch das nötige Vertrauen entstehen, um Hilfe anzunehmen. Ich persönlich sehe daher den Betrieb eines Raums für i. v. Substitutionstherapie als bedeutender Teil der Basis von Beratung, Betreuung und psychotherapeutischer Behandlung von opioidabhängigen Menschen.

¹⁵ Laut Aussage eines Heroinkonsumenten, der für ein Gespräch bereitstand.

¹⁶ Siehe 2.1, unter »Wie?« Missbrauchserfahrungen in der Kindheit stellen sehr oft eine traumatische Vorbelastung dar, die in vielen Fällen zu Substanzabhängigkeit führt.

4 VERGLEICH



In meiner Arbeit nutze ich die Verbindung von unterschiedlichen Architekturtypologien durch ihre Gemeinsamkeiten, um die bisher sehr ungenaue typologische Silhouette von DKR zu schärfen und für einen eigenen Entwurf genauer zu definieren. Bei der Recherche zu diesem Vorgang stieß ich immer wieder auf verschiedene Versuche, diese Art von Architektur zu kategorisieren. Präzedenzkategorien wie das Gefängnis oder das Krankenhaus tauchten in mehreren Arbeiten auf. Um die Einordnung von DKR von einer anderen Seite zu beleuchten und hierbei den Fokus auf die Akzeptanz zu verschieben, möchte ich die Typologie zwischen dem Krankenhaus und dem Wiener Kaffeehaus platzieren. Es muss angemerkt werden, dass der Begriff »Typologie« in der Architektur nicht einheitlich definiert werden kann. Man bezeichnet damit gewisse Baustile, physische Eigenschaften oder Funktionen von Gebäuden. Zudem hat sich die Verwendung des Wortes über die Jahrhunderte geändert. Beispielsweise wurde »Typ« Anfang des 19. Jahrhunderts eher als die »für eine bestimmte historische Epoche charakteristische [] Formensprache« (Kühn 2014, S. 45) benutzt. Ursprünglich kommt das Wort allerdings aus dem Griechischen. Hier beschrieb es »im Kontext der Bildhauerei bestimmte Reliefformen« und wurde daher auch später im Buchdruck (vgl. *Typographie*) verwendet (ebd., S. 11). Im Englischen dagegen benennt man mit dem Ausdruck »building type« fast immer die Funktion eines Gebäudes. Für meine eigene Arbeit möchte ich das Wort

Typologisierung als Synonym für eine taxonomische Einordnung verwenden, da ich letztendlich Merkmale verschiedenster Art gegeneinander überstelle.

Die hier verwendete Methodik für eine Zuordnung von anderen Gebäudenutzungen stützt sich auf die Erkenntnis von Hannah Leyland, welche in ihrer Masterarbeit über den DKR In-Site in Vancouver schreibt, dass ein erfolgreicher Betrieb die Bedürfnisse in den drei folgenden Bereichen decken sollte:

1. Dem physischen Bereich, welcher die materielle, (innen-)architektonische Gestaltung inklusive der Einrichtung beschreibt,
2. dem psychosozialen Bereich, auf welchem soziale Netzwerke der Nutzer*innen basieren und in dem sich Individuen einem Gefüge zugehörig fühlen können sowie
3. der Bereich des Personals, das die Administration, Hilfestellung für Klient*innen und Mitarbeiter*innen und die Kommunikationsarbeit nach außen hin übernimmt.

Diese drei Bereiche sollten bei der Planung eines DKR gleichermaßen bedacht werden. Vereinfacht könnte man diese auch (1) Raum, (2) Nutzer*innen und (3) Angestellte nennen, was deren Komplexität und interferierende Vorgänge jedoch ignoriert. (Leyland 2017, S. 98)

Um nun Hinweise auf ähnliche Anforderungen, Nutzungsschwerpunkte und strukturgebende Besonderheiten der Typologie Drogenkonsum-

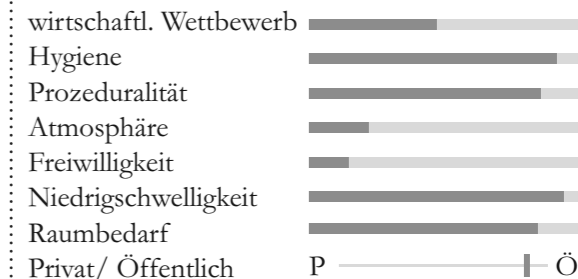
raum zu finden, vergleiche ich die nachfolgend klarer definierten Gebäudeformen Krankenhaus und Wiener Kaffeehaus bezüglich einiger Schwerpunkte und versuche, diesen ihre architektonischen Merkmale zuzuordnen.

Obwohl die beiden Gebäudenutzungen auf den ersten Blick thematisch sehr weit voneinander entfernt zu sein scheinen, erschließen sich bei genauerer Untersuchung doch einige Parallelen. In manchen Charakteristika zeigen sich dagegen sehr große Unterschiede, wie beispielsweise in der absoluten Notwendigkeit ihrer Existenz. In diesen Fällen lässt sich der DKR zwischen den beiden einordnen. Das Krankenhaus spielt aufgrund des breiten medizinischen Angebots für alle Bewohner*innen einer Stadt, Region o. ä. mit Sicherheit die wichtigste Rolle. Für das Stillen der grundlegenden physiologischen Bedürfnisse ist sie unverzichtbar. Dagegen ist die Existenz eines Kaffeehauses eher zweitrangig; sie befriedigt soziale bzw. Individualbedürfnisse. Ein DKR deckt einerseits die Basisbedürfnisse der Nutzer*innengruppe. Dazu gehören körperliche Grundhygiene, Nahrungsaufnahme, Wärme und Schlaf, aber auch der Konsum derjenigen Substanzen, von welchen eine Abhängigkeit vorliegt.

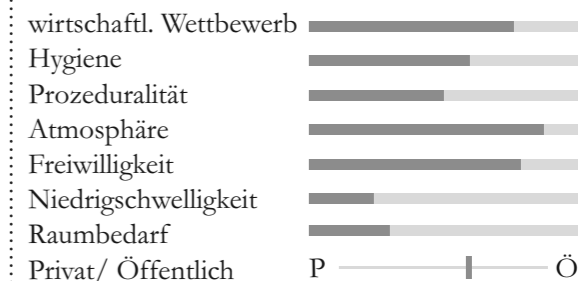
Andererseits bietet ein DKR mit den damit verbundenen Räumlichkeiten einer Einrichtung auch die passende Umgebung für sozialen Austausch, was kein physiologisches Grundbedürfnis des Menschen ist. Insofern können DKR im Kontext ihrer Eigenschaften zur Bedürfnisbefriedigung als Mischform aus Klinik und Kaffeehaus argumentiert werden.

Rechts ist die Bewertung der Wichtigkeit verschiedener Eigenschaften der drei Bauformen

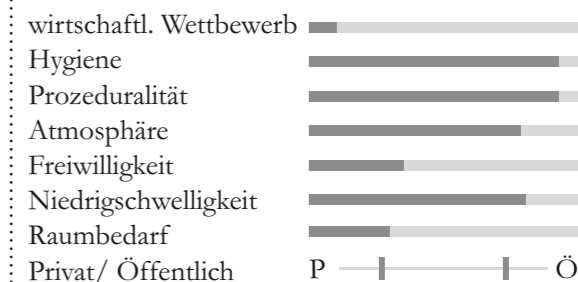
Krankenhaus



Kaffeehaus

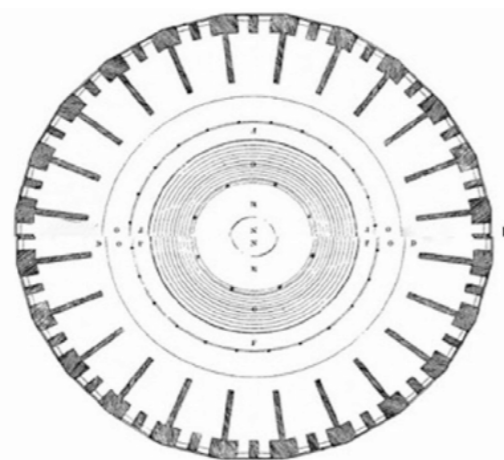


DKR



nach meinem persönlichen Ermessen abgebildet. Hier zeigt sich, dass sich Krankenhäuser, besonders bezüglich ihrer technischen Ausstattung und ihres institutionellen Charakters, mit DKR ähneln. Dagegen sind Raumgefühl, Atmosphäre und der grundlegende Anspruch an Attraktivität Gemeinsamkeiten, welche sie sich mit Kaffeehäusern teilen.

Nachfolgend wird zunächst über einen besonderen Gesundheitsbau die Brücke zum Typologievergleich von DKR mit Kaffeehaus und Klinik geschlagen. Der Wiener Narrenturm eignet sich dafür gut, da seine Gestalt einer Strafanstalt sehr nahe kommt. Mit Gefängnissen werden DKR verglichen, da hier Schadensreduktion und Überwachung ebenfalls sehr wichtige Themen darstellen. Gleichzeitig stellt der Narrenturm als psychologische Heilanstalt eine Unterform der Klinikbauten dar. Eine architektonische Beschreibung dieser und der von Kaffeehäusern folgt danach, um eine Einordnung von DKR zu



ermöglichen und daraus Designentscheidungen ableiten zu können.

Leyland diskutiert in ihrer Arbeit über einen DKR in Vancouver die funktionalen Überschneidungen des Bautypus mit Gefängnissen. »Für Drogenkonsumräume ist Überwachung es-



Abb. 22: Benthams Entwurf des Panopticon im Grundriss
©François Victor Tochon

Abb. 23: Fotografie des Panopticons
©Jeremy Bentham

senziell, um zu beobachten, ob ein Patient überdosiert.« (Leyland 2017, S. 55) In diesem Zusammenhang nennt sie das Beispiel *Panopticon* von Jeremy Bentham. Der Entwurf des Philosophen zeichnet ein Ordnungsprinzip, in welchem eine einzige Person über ein hierarchisches Schneeballsystem der Überwachung den Überblick über sehr viele Menschen hat.

Weitaus später wurde der Begriff *Panoptismus* (gr. *panoptes*: »das alles Sehende«), Bezug nehmend auf Bentham, von Foucault eingeführt, um die Massenkongruenz der Menschen in einer Überwachungsgesellschaft zu benennen.

Das Panopticon ist ein nie fertiggestellter Gefängnisbau, der auch für Fabriken funktionieren sollte. Die Gefangenen sind in einzelne Zellen mit starken Trennwänden gesperrt, welche ringförmig um einen Überwachungsturm angelegt sind. Diese haben auf beiden Seiten ein Fenster; eines, durch welches der Wärter vom Turm aus in jede Zelle sehen kann und eines nach außen, das die Zellen von hinten beleuchtet. So können die Gefangenen den Überwacher im dunklen Turm nicht sehen und wissen mitunter nicht, ob und wann sie überwacht werden. Vom Mittelpunkt aus jedoch, ist jede/ jeder Inhaftierte vor dem beleuchtenden Fenster gut observierbar. Dieses Prinzip beschreibt Foucault folgendermaßen: »Er wird gesehen, aber er sieht nicht; er ist das Objekt von Information, aber niemals das Subjekt in einer Kommunikation.«

Interessanterweise wurde ein ganz besonderer »Gesundheitsbau«, der Narrenturm in Wien,

unter Kaiser Joseph II. gebaut, dessen kreisförmiger Grundriss mit strahlenförmig angeordneten Zellen stark an den Entwurf Benthams erinnern. Das heute das Pathologisch-anatomische Bundesmuseum beherbergende Gebäude wurde 1784 als »weltweit erster Spezialbau zur Bewahrung und ärztlichen Versorgung von psychisch Kranken« (beyondarts 2020) eröffnet. Man könnte annehmen, dass Josef II. sich das architektonische Ordnungsprinzip von dem britischen Philosophen abgeschaut hatte, allerdings veröffentlichte jener seine Zeichnungen erst sieben Jahre nach Fertigstellung des Wiener Narrenturms. Viel wahrscheinlicher ist es, dass Joseph II. über seine Verbindungen zum russischen Prinzen Potemkin gewissen Einfluss auf Bentham hatte und dessen soziologische Überlegungen zu Überwachung dadurch indirekt vom Kaiser mitgeprägt wurden. (Medvecka 2017).

Im Narrenturm sind 139 Räume auf fünf Geschossen für die Patient*innen um einen durch die Personalräume zweigeteilten Innenhof angeordnet. Sie werden von kreisförmigen Gängen erschlossen, in welchen sich für ruhig befindene Patient*innen aufhalten durften. Obwohl das Gebäude weltweit die erste »Einrichtung« war, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt wurden, behandelt wurden, ist es zweifelhaft, wie zuträglich die Bauart der geistigen Gesundheit der Patient*innen war. Wie die Ähnlichkeit zum effizienten Überwachungsentwurf des Panopticon zeigt, hatte die absolute Kontrolle höchste Priorität. Der Gefängnischarakter wirkt auch heute noch stark, obwohl das Gebäude nun als Museum genutzt wird. Nur we-

nige »Wärter« waren nötig, um sehr viele »Insassen« beobachten zu können. (beyondarts 2020)

Es liegt, diesem Aspekt bezüglich, nahe, DKR mit Gefängnissen zu vergleichen, da für beide Gebäudeformen der Überblick sehr wichtig ist. Raumanordnung und -gestalt sind für die Gewährleistung des Überblicks und zur Vermittlung von Autorität gegenüber Gefangener optimiert. Es sollte allerdings insofern differenziert werden, als Gefängnisse für die *aktive Überwachung* funktionieren müssen. Gefangene werden durch Freiheitsentzug bestraft und der Wille zur Flucht ist eine natürliche Reaktion. Daher kann angenommen werden, dass hier mehr Aufmerksamkeit auf die Verhinderung des Ausbruchs gelegt wird. In DKR gilt die Aufmerksamkeit dagegen allein der Erhaltung der Gesundheit, bzw. direkter noch, dem Bewusstsein der Klient*innen.

Um die unterschiedlichen Überwachungsformen zu benennen, schlage ich folgende Begriffe vor: *aktive* vs. *assistierende* Überwachung.

Wir sehen, dass der Vergleich von DKR mit Gefängnissen nur bedingt funktioniert. Zwar spielt die Überwachung jeweils eine besondere Rolle, jedoch unterscheidet sich die Intention grundlegend. Menschen, die Drogen injizieren, sollten nicht dafür bestraft werden, sondern, ganz im Gegenteil, sollten den nötigen Raum und Sicherheit zur Verfügung gestellt bekommen. Daher möchte ich hier den ausgefalleneren Vergleich mit dem typischen Wiener Kaffeehaus wagen. Diese Gegenüberstellung erscheint weitaus passender, weil anstatt freiheitseinschränkender Maßnahmen positive Gesichtspunkte, wie das Service-Angebot, im Vordergrund stehen.

*Create all the happiness you are able to create;
remove all the misery you are able to remove.*

*Every day will allow you,
– will invite you to add something
to the pleasure of others,
– or to diminish something of their pains.*

– Jeremy Bentham

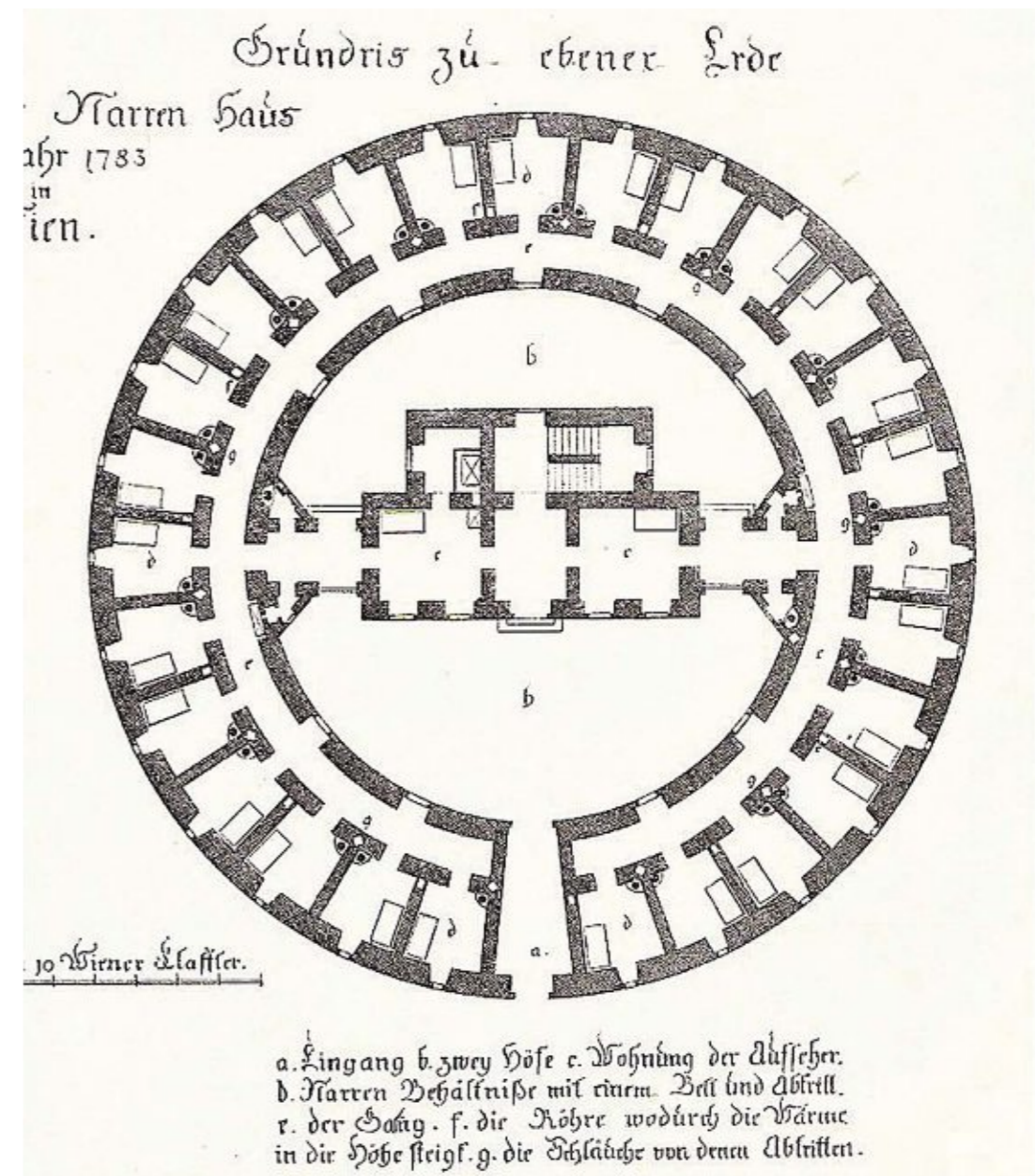


Abb. 24: Erdgeschossgrundriss des Wiener »Narrenturms« Der weltweit erste Spezialbau zur »Bewahrung und ärztlichen Versorgung« von psychisch Kranken, 1783
©gemeinfrei

4.1 DAS KRANKENHAUS



Eine Bautypologie, die geschichtlich schon immer eine zentrale Rolle gespielt hat, ist das Krankenhaus, bzw. der Gesundheitsbau. Da die Gesundheit gemeinhin als das wichtigste Gut gilt, wird der Klinik, sowie den dort arbeitenden Mediziner*innen, eine ebenso große Bedeutung zuteil. Der hohe finanzielle Aufwand, welcher in diese Gebäude fließt, bestätigt dies ebenfalls. Außerdem stellen Krankenhäuser fast überall monumentale Strukturen im städtischen Gefüge dar. Ihre technischen Ausstattungen, durchdachten Infrastrukturen und mächtigen Kubaturen prägen das Bild einer jeden Metropole mit. Natürlich steht der Mensch im Mittelpunkt der medizinischen Forschung und Behandlung. Demnach hat sich auch die Architektur um den menschlichen Körper herum entwickelt. Im Krankenhausbau verdeutlicht sich dies zur

Gänze: Von den frühzeitlichen Lazaretten über Bauensembles im Pavillonstil zu 30-geschossigen Megastrukturen in den USA und China – der Hauptfokus solcher Entwurfsaufgaben war immer die Zuträglichkeit für unsere Gesundheit. Mitte des 20. Jh. prägte LeCorbusier mit dem »Modulor« den Diskurs über Raumbildung weiter (Le Corbusier 1954). Er versuchte die Relationen des menschlichen Körpers mit der Natur zu begreifen und wandte die Proportionslehre auf die Gestaltung des gebauten Raums an. Gleichzeitig wuchs das Interesse der Wissenschaft am menschlichen Geist. Heute ist klar, dass Physis und Psyche für unser Wohlergehen gleich wichtig sind; dass sie sogar grundsätzlich gemeinsam behandelt werden sollten. Obwohl sich unter dem Dach des Jedmayer medizinische Behandlungsräume befinden und

ein großer Teil der Suchthilfearbeit auf diesem Gebiet stattfindet, kann es nicht als klassischer Gesundheitsbau definiert werden. Diese Einordnung würde der Einrichtung nicht gerecht werden, da dies die unverzichtbare Erlaubnis des Konsums illegaler Substanzen außer Acht lassen würde. Für die Implementierung eines DKR sollte der Spezifizierung der Anforderungen daher umso mehr Gewicht gegeben werden. Leyland vergleicht die Gemeinschaft der Menschen, die Drogen injizieren (den Nutzer*innen), mit einem »neuen Körper, der es Wert ist, definiert zu werden« (Leyland 2017, S. 57). Wir designen den Raum deshalb nicht mehr nur nach Körpermaßen und -proportionen wie LeCorbusier, sondern außerdem mit Rücksicht auf seine Wirkung auf den Geist. Natürlich ist das nichts Neues. Architektur war immer Gefühl vermittelnd. Allerdings dürfen und sollten Gebäude sowie Innenräume spezieller für eine gewisse Nutzer*innengruppe gestaltet werden. Gerade, wenn diese besondere Bedürfnisse hat, die sich von der Norm unterscheiden.

An Beispielen zeitgenössischer Healthcare-Architektur ist der Trend erkennbar, die Beziehung der Patient*innen mit ihrer Familie in den Vordergrund zu stellen. Inwiefern soziale Unterstützung das Wohlbefinden und damit den Heilungsprozess unterstützen kann, wird unter Kapitel 6 genauer beschrieben. Das dänische Büro Nord Architects hat sich auf Entwurf und Ausführung von Gesundheitsbauten

spezialisiert. Am Projekt »healthcare center for cancer patients in Copenhagen« ist der soziale Ansatz gut ablesbar. Die einzelnen Häuser des Zentrums für Krebspatienten erinnern vielmehr an eine Siedlung als an eine Klinik und vermitteln dabei das Gefühl vom Zuhause-Sein. Nord Architects kommunizieren ihre konzeptionelle Entwurfsrichtung wie folgt:

»Research shows that architecture in itself can be healing and have a positive influence on peoples' recovery. The key is to have a human scale in the architecture and create physical surroundings with a homey atmosphere.«

Das diese scheinbar getrennten Häuser verbindende Element ist das Dach, welches sich als gefaltete Landschaft über das gesamte Ensemble legt und die Struktur eint (Abb. 26).

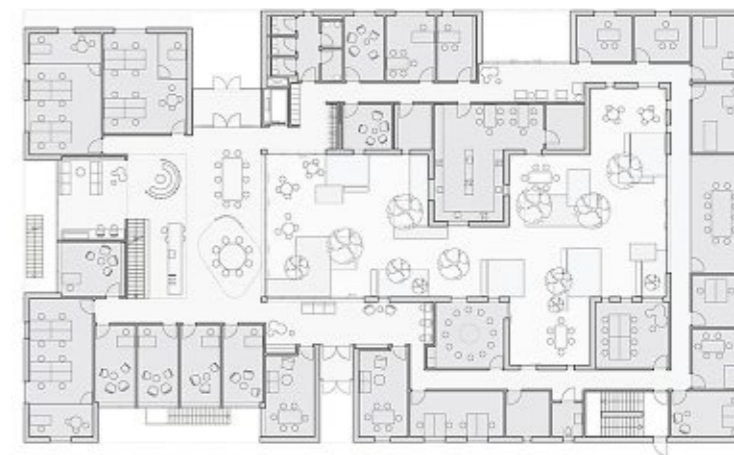




Abb. 27: Luftaufnahme der Dachstruktur
©Nord Architects

Wie es bei der Gestaltung von DKR auf das Gleichgewicht zwischen Funktionalität und Behaglichkeit ankommt, so muss auch im Krankenhausbau das Hauptaugenmerk auf den Spagat zwischen medizinischer Behandlung des Körpers und Förderung der angenehmen Atmosphäre gelegt werden. Ich denke, dass gerade dies die schwierigste Aufgabe im Entwurfsprozess ist. In kaum einer anderen Bautypologie ist die Ausgewogenheit zwischen zwei so unterschiedlichen Eigenschaften derart wichtig. Allein bei Gefängnissen wird die Dialektik noch schärfer formuliert. Die Strafe des Freiheitsentzugs soll zwar spürbar und vor allem kontrollierbar sein, jedoch ohne die Würde der Gefangenen zu verletzen.

Zu einer thematisch verwandten Gattung, die sich aber wesentlich anders ausdrückt, gehören Bauten, die aktuell aufgrund der Corona-Pandemie entstehen. Sie wurden reaktionär entworfen, um eine Problematik zu bewältigen, mit welcher es bisher kaum Erfahrungswerte gab. Die Pandemie hat große Auswirkungen auf die gesamte Weltbevölkerung und betrifft alle Lebensbereiche. Dadurch ergibt sich ein enormer Bedarf an innovativen Lösungen, um möglichst schnelle Anpassungen vornehmen zu können. Das zeigt sich natürlich auch in der Architektur. Gerade in dieser Branche ist der prioritäre Faktor Zeit zwar eine bekannte Komponente, jedoch normalerweise nicht in solch extremer Dimension. Anhand von zwei Beispielen für Gesundheitsbauten lässt sich gut verdeutlichen, was möglich ist, wenn der Bedarf gegeben ist: Das Huoshenshan-Krankenhaus und die temporären Strukturen der Corona-Teststraßen.

Im Caidian-Stadtteil von Wuhan in China wurde zu Beginn der Pandemie innerhalb von nur zehn Tagen ein voll funktionsfähiges Krankenhaus mit 1000 Betten zur Behandlung von Corona-Patient*innen errichtet. Als klar wurde, dass das Virus sich rasant ausbreitet und kaum zu kontrollieren ist, reagierte die chinesische Regierung schnell und ließ das Projekt mit nie dagewesener Effizienz durchführen. (Müller 2020)

In der Vergangenheit finden sich viele Beispiele für bauliche Strukturen, die aufgrund des Bedarfs an gesundheitsorientierter Architektur entstanden sind. Viele Sanatorien wurden etwa als Reaktion auf Krankheitswellen, wie die Tuberkulose, gebaut. Die neue Sachlichkeit in der Kunst und die Ablehnung der Ornamentik, die zum Beispiel am Bauhaus sehr konkret formuliert wurde, waren sicher auch Entwicklungen, die zum Teil aus dieser Not heraus entstanden. Gebäude mussten kontrollierbarer und klarer strukturiert werden. Auch der soziale Wohnungsbau in Wien wurde unter dem Motto »Licht, Luft, Sonne« eingeführt. Die Gesundheit war schon sehr lange ein Thema, das Innovationen in der Architektur hervorbrachte und auch heute noch beschäftigt sich die Branche intensiv mit der körperlichen und geistigen Verfassung des Menschen. Die Auswirkung von Raum auf unsere Gesundheit wird dabei vor allem von der psychologischen Forschung immer mehr verstanden. Zukünftig halte ich noch direktere Übersetzungen neuer Erkenntnisse in architektonische Lösungen für sehr wahrscheinlich.

Bei Klinikbauten verschwimmt die Grenze zwischen ihrer reaktionären und ihrer präventiven Funktion. Das Huoshenshan-Krankenhaus und



Abb. 28: Luftaufnahme des Huoshenshan-Krankenbauses
 ©Getty

die Corona-Teststraßen sind zwar Beispiele mit vorwiegend reaktionärem Charakter, sie sind aber gleichzeitig Versuchsräume, aus welchen viele Erkenntnisse für nachfolgende Bauten mit eher vorbeugenden Eigenschaften gezogen werden können.

Manche DKR sind ebenfalls aus epidemieähnlichen Zuständen erwachsen. In Kanada war dies besonders drastisch (Leyland 2017, S. 58). Vergleichsweise wenige akute drogenbezogene Pro-

bleme, wie die Zahl an Todesfällen, bedeuten für die Stadt Wien, dass der Handlungsbedarf nicht in demselben Maß gegeben ist wie in Kanada. Ein DKR könnte aber trotzdem positiv auf das Suchtverhalten von Menschen, die Drogen injizieren, wirken.

Programmatistische Eigenschaften von Krankenhäusern:

- Fachliche Expertise des Personals
- aktive Überwachung
- Prozeduralität
- hoher Anspruch an Hygiene
- meist staatlich finanziert
- abhängig vom Gesundheitssystem
- Anonymität und Schweigepflicht
- Nutzung des Raums ist eher unfreiwillig
- Architektur kann Einfluss auf die Gesundheit haben

Besonderheiten der Einrichtung und des Ablaufs von Krankenhäusern:

- Krankenhausbetten
- medizintechnische Geräte
- glatte Oberflächen
- sehr helles, kühles Licht
- ständige Überwachung und Untersuchung
- abhängig vom Gesundheitssystem
- Patient*in ist geduldet, so lange es nötig ist
- öffentlicher Raum, kaum Intimität

4.2 DAS KAFFEEHAUS

Um das Wiener Kaffeehaus, bzw. die Wiener Kaffeehauskultur zu verstehen, muss man in der Geschichte weiter vorn beginnen. Das Kaffeehaus als neues Gastronomiekonzept entstand im 17. Jh. vor dem Hintergrund der bereits existierenden Restaurants.¹⁷ Schon viel früher, in der römischen Antike, wurden Speisen und Getränke in öffentlichen Gaststätten ausgegeben. Sie waren für alle Schichten der Bevölkerung geöffnet und damit per Definition niedrigschwellig. Solche Betriebe waren nie ausschließlich für die Wiederherstellung des leiblichen Wohls zuständig, sondern boten immer auch den Raum für gesellschaftliche Zusammenkunft. Meist wurde an einem langen Tisch gemeinsam gegessen, geplaudert und Neuigkeiten besprochen. Die Gasträume waren von Beginn an auch Orte für soziale Ereignisse und Austausch. Um den Grad an Privatheit außerdem räumlich steuern zu können, wurden die sogenannten *Séparées*¹⁸ geschaffen, welche sich auch noch heute in vielen Wiener Kaffeehäusern finden.

Durch den Kontakt mit der orientalischen Kultur während und nach der zweiten Türkenbelagerung kam der Kaffee nach Österreich. Historiker halten es für wahrscheinlich, dass ein Armenier, der für den Wiener Hof spionierte, das Heißgetränk in der Hauptstadt brühte und bekannt machte (Fachgruppe Wien der Kaffeehäuser 2019, S. 2). Seitdem haben sich die traditionsreichen Räume als wesentlicher Teil der österreichischen Kultur etabliert, was sogar im Jahr 2011 zur Aufnahme als immaterielles UNESCO-Weltkulturerbe geführt hat.

Dazu haben verschiedene Phänomene beigetragen: Die geschmackvolle, wertige und sehr bedachte Architektur und Einrichtung klassischer Kaffeehäuser machte sie ebenso bekannt wie die vielen Autoren, die sie während der Wiener Moderne als Hauptarbeitsplatz für ihr künstlerisches Schaffen nutzten. Diese Sonderrolle in der Gastronomie entstand vorwiegend aus der ungewohnten Atmosphäre. Es war und ist erlaubt, mit nur einem bestellten Getränk sehr lange sitzen zu bleiben, ohne vom Personal zu weiterem Konsum aufgefordert oder gar zum Verlassen des Cafés gebeten zu werden. Manche Kaffeehausliterat*innen haben ihr Stammcafé sogar als ausgedehntes Wohnzimmer genutzt und dort den Großteil ihres Tages allein oder diskutierend mit anderen Intellektuellen verbracht. Warum man den Aufenthalt in einem Wiener Kaffeehaus als angenehm empfindet, gründet sich wahrscheinlich auf die architektonische Beschaffenheit der Räume, das unaufdringliche Serviceangebot und das Selbstverständnis als Ort der freiwilligen Interaktion.

Meinem Verständnis nach hat sich hier etwas erhalten, das dem Kapitalismus nicht vollständig erlegen und nicht rein wirtschaftlich orientiert ist. Kaffeehäuser leben von ihrem Charme, der ihnen als Verortung der Alltagskultur zugesprochen wird. Diese und mehrere andere Eigenschaften teilen sie sich mit niedrigschwellig sozialen Einrichtungen. Obwohl der Vergleich eines Drogenkonsumraums mit einem Kaffeehaus auf den ersten Blick völlig absurd erscheinen mag, finden sich, bei genauerer Betrachtung, doch erstaunlich viele Parallelen. Vor allem in



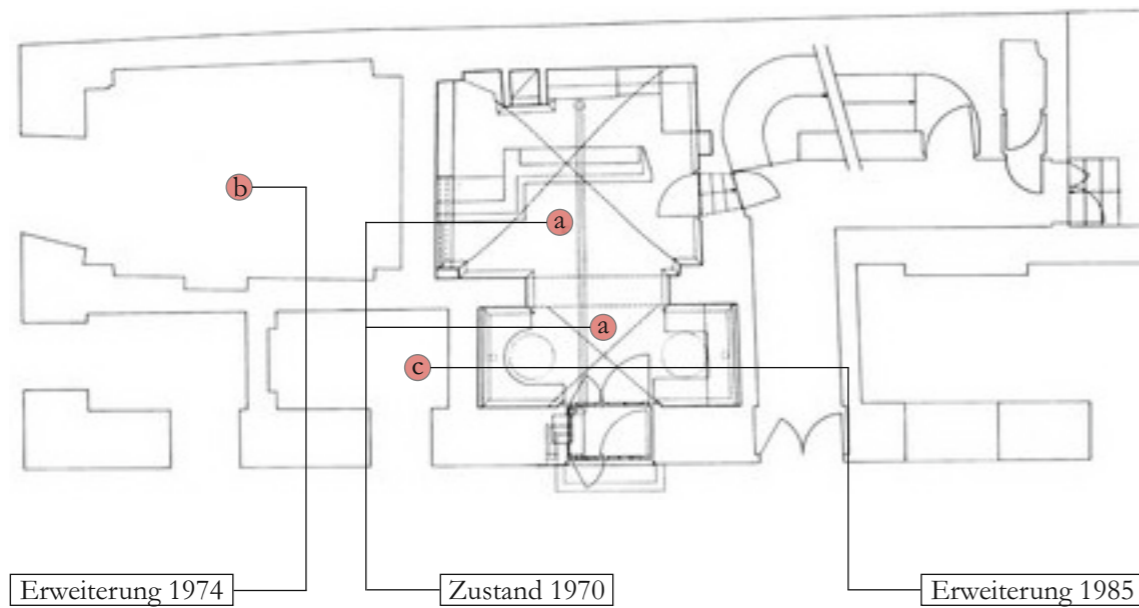
ihrer Architektur und im strukturellen Betrieb zeigen sich charakteristische Gemeinsamkeiten. Das »Kleine Café« am Franziskanerplatz und das »Gasthaus Pöschl« (ehemals »Immervoll«) in der Weihburggasse sind gute Beispiele für die Veranschaulichung dieser These. Beide Kaffeehäuser liegen im 1. Wiener Gemeindebezirk und wurden durch mindestens eine bauliche Veränderung stark von dem bekannten Architekt Hermann Czech geprägt.

In seiner Ursprungsausführung bestand das »Kleine Café« lediglich aus zwei sich gegenüberliegenden Sitznischen und einem Stehbereich an der Theke. 1974 kam der erhöht liegende Raum (b) hinzu und 1985 wurden die Toiletten (c) dazugeschalten.

Zu den wichtigsten Einrichtungsgegenständen eines typischen Wiener Kaffeehauses gehören die bekannten Bugholzstühle, die kleinen (Marmor-)Tischchen, die schwach aber warm leuch-

¹⁷ Das Wort Restaurant kommt von franz. *restaurer*, was mit »Wiederherstellung der körperlichen Kräfte« übersetzt werden kann (DWDS 2020).

¹⁸ franz. *chambre séparée*: abgetrennter Raum



tenden Lampen und die Spiegel. Gerade Hermann Czech verwendete letztere besonders gern in seinen Entwürfen von Kleinräumen wie dem »Kleinen Café« oder dem »Immervoll«. All diese Elemente waren nebst anderen architektonischen Entscheidungen sehr bewusst gewählt. In einem Drogenkonsumraum spielen interessanterweise dieselben Einrichtungsgegenstände eine zentrale Rolle. Die wohl wichtigste Aufgabe bei der Planung eines DKR ist es wohl, die Balance zu finden zwischen Wohlfühlatmosphäre und medizinisch-psychologischer Beobachtung. Dabei helfen Spiegel, über welche man auch von hinten Klient*innen in die Augen sehen kann.

Auch hier sind kleine Tischchen unbedingt notwendig, auf welche der Arm für die Injektion aufgelegt wird. Gedimmtes Licht hilft dabei, das Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln und eine Person ist dafür zuständig, den gesamten Raum zu überblicken. Im »Immervoll« war es das Schankpersonal; im DKR ist es medizinisches Aufsichtspersonal. Für beide Konzepte gilt: Hier gibt es eine Person, die bei Bedarf hilft. Möchte man noch etwas bestellen, muss lediglich Augenkontakt hergestellt werden und man fällt dem Schankpersonal auf. Würde beim Konsum versehentlich überdosiert, dann wird dies ebenfalls wahrgenommen und Hilfe angeboten.



Abb. 30: Grundriss des »Kleinen Cafés«
©Hermann Czech, 1970

Abb. 31: Das Gasthaus Pöschl, ehemals »Immervoll«
©Gasthaus Pöschl

Programmatische Eigenschaften von Kaffeehäusern:

- ungezwungene Stimmung
- passive Beobachtung
- Aufenthalt ist kaum an Zeit gebunden
- Zelebrieren des Konsums
- privat finanziert, dem Wettbewerb unterlegen
- Möglichkeit zur Attraktivitätssteigerung
- offene Kommunikation
- Nutzung ist eher freiwillig
- Architektur ist konzeptunterstützende Komponente

Besonderheiten der Einrichtung und des Ablaufs von Kaffeehäusern:

- Stühle
- kleine Tische
- Spiegel an den Wänden
- gedimmtes Licht
- Hilfe/ Service bei Bedarf
- Gast »besitzt« den Raum für eine gewisse Zeit
- zwischen privatem und öffentlichem Raum (»third space«)



»Architektur soll nicht belästigen. Der Kaffeehausgast muss nichts davon bemerken; es könnte immer so gewesen sein.«

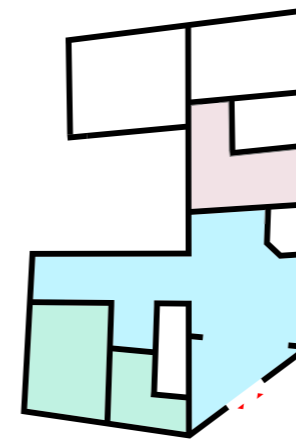
– Hermann Czech

Abb. 32: Der 1974 hinzugekommene Erweiterungsraum des kleinen Cafés: Hier sitzende Gäste sind auf derselben Augenhöhe mit stehenden Gästen im dahinter liegenden Raum.
©Martin Nicholas Kunz

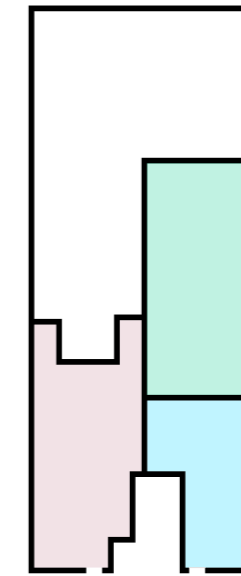
5 VORBILDER

Als zweiter Teil der architektonischen Analyse von DKR sollen nun drei Vorbilder untersucht werden. Natürlich gibt es, wie für jede andere Gebäudeform, nicht »die einzig richtige Lösung«. In unterschiedlichen Ländern wurden verschiedene Ansätze konzipiert und entsprechend der jeweiligen Voraussetzungen umgesetzt. Bei den ausgewählten Beispielen handelt es sich um drei integrative Lösungen, die jeweils Konsumräume, Beratung, medizinische Behandlungsmöglichkeiten und verschiedenste andere Formen der Sozialarbeit anbieten. Die Auswahl der Beispiele

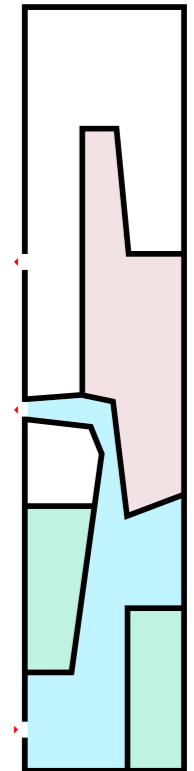
erfolgte aufgrund von zwei Kriterien: Die Verfügbarkeit von Informationen zum Projekt und der persönliche Eindruck über die Qualität der Umsetzung. Leider wurde mir aufgrund der Corona-Pandemie der Besuch verschiedener DKR nicht erlaubt, weshalb ich lediglich die Birkenstube persönlich besichtigen konnte. Die Informationen über die anderen Beispiele stammen hauptsächlich aus Fachliteratur oder Artikeln. Nachfolgend wird die Birkenstube in Berlin-Moabit, das InSite in Vancouver und das H17 in Kopenhagen untersucht.



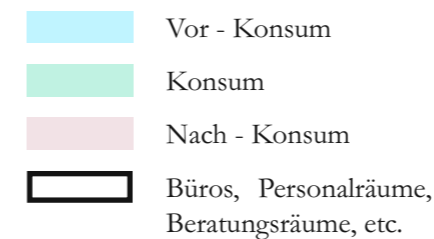
Birkenstube, Berlin



InSite, Vancouver



H17, Kopenhagen



Das Raumprogramm von DKR orientiert sich meist recht streng an der Funktionstrennung, da je nach Nutzung sehr unterschiedliche Anforderungen an die Beschaffenheit der Räume gestellt werden. Außerdem ist es stressvermeidend, wenn Menschen vor und nach dem Konsum getrennt sind. In Abb. 33-35 ist die Raumaufteilung der genannten drei Beispiele nach Funk-

tion farblich gekennzeichnet. Es fällt auf, dass es im InSite möglich ist, alle drei Raumkategorien nacheinander zu durchschreiten, ohne umdrehen zu müssen. Hier funktioniert der Grundriss nach prozeduraler Einteilung sehr gut.



Auch Wright (2019) schlägt in ihrer Arbeit über die Entwurfspraxis bei DKR unter anderem einen Grundriss vor, der sich streng am Ablauf eines Besuchs in einer Einrichtung orientiert. Der Anmeldungs- und Wartebereich (1) ist klar vom Konsumraum (3) und dem Erholungsbereich (8) abgetrennt. In dieser Reihenfolge werden die Räume auch genutzt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Trennung von Ein- und Ausgang. Da sich die Nutzer*innen vor und nach dem Konsum in sehr unterschiedlichen Zuständen befinden, ist es sinnvoll, sie auch räumlich zu trennen. Dies wirkt stressreduzierend.

Die Logik des Raumprogramms basiert dabei auf folgenden Regeln: Die größte Fläche ist dem Konsumraum vorbehalten. Dieser wird von zwei Türen erschlossen. Die eine dient dem Betreten vom Vorbereitungsbereich aus und die andere öffnet sich hin zum Nachbereitungsbereich. Die Öffnungsrichtung der Türblätter gibt diese Bewegungsrichtung ebenfalls vor.

Letztendlich zielt die Anordnung der Räume darauf ab, dass der Betrieb möglichst effizient und flüssig funktioniert. Diejenigen Menschen, welche das Gebäude hauptsächlich nutzen, sind Konsumierende. Das Raumgefüge ist so angeordnet, dass diese nie umkehren müssen, sondern sich Schritt für Schritt von Eingang bis zum Ausgang bewegen. Es soll sich zwar niemand gehetzt fühlen aber dennoch ist es für die eben angesprochene Effizienz sehr wichtig, dass es zu keinen großen Wartezeiten oder Ansammlungen kommt.

Abb. 37: Grundrissvorschlag für einen DKR in Amerika, Maßstabslos
(Wright 2019, S. 47)

5.1 DIE BIRKENSTUBE IN BERLIN



Die Birkenstube ist eine Kontakt- und Anlaufstelle für volljährige, drogenkonsumierende Frauen und Männer in Berlin-Moabit. In dieser Einrichtung wird Beratung von Sozialarbeiter*innen und medizinischem Fachpersonal zu Fragen und Problemen des Drogenkonsums angeboten. Außerdem befindet sich hier jeweils ein Raum für inhalativen Konsum und ein Raum für injizierenden Konsum. Diese können werktags von 10.30-16.30 Uhr genutzt werden. Zur Zeit

meiner Besichtigung war der Rauchraum aufgrund der COVID-19-Vorschriften geschlossen. Um die Abstandsregelungen einzuhalten und trotzdem Drogenkonsum zu ermöglichen, wurde kurze Zeit später im Raum für i.v. Konsum von sechs auf drei Plätze und im Raum für inhalativen Konsum von sieben auf drei reduziert.

Da sich die Birkenstube seit über 15 Jahren etabliert hat und für Berlin-Mitte eine unverzicht-

bare Anlaufstelle geworden ist, stellten sich die Besichtigung und die damit verbundenen Gespräche mit dem Betreiber C. Hennis als wichtige Informationsquelle heraus. Der routinierte Umgang mit Klient*innen durch ein eingespieltes Team zeigte mir, wie selbstverständlich die Abläufe in der Einrichtung stattfinden. Sowohl für das Personal, als für auch User*innen ist der Betrieb Teil des Alltags. Die Anzahl der täglichen i. v. Konsumvorgänge bewegt sich zwischen etwa 80 und 120, stieg jedoch in den letzten Jahren tendenziell an (Abb. 38). Im Jahr 2018 zeigt sich eine besonders hohe Auslastung der Einrichtung, was laut Herrn Hennis zu hoher Wahrscheinlichkeit an der Flüchtlingswelle lag.

In der Birkenstube wird seit 2004 ein Konsumraum betrieben. An vier bis maximal sieben Plätzen können mitgebrachte Substanzen intravenös konsumiert werden. Die Räumlichkeiten sind aufgrund des unmittelbaren Bedarfs entstanden, was erklärt, dass eine architektonische und gestalterische Vorausplanung unmöglich war. Mangelnde Bereitstellung finanzieller Mittel für ein adäquates Design der Räume führte zu einer eher provisorischen Einrichtung, welche in dieser Art jedoch gut funktioniert. Der Betreiber konnte über die Jahre lernen, welche Elemente für einen DKR unverzichtbar sind und skizzierte mir ein Bild des »perfekten Konsumraums«, das sich aus seiner eigenen langjährigen Erfahrung ergab. Seine Skizze ist dem Anhang beigelegt. Die Birkenstube befindet sich im Hochparterre eines spitzwinkligen Eckhauses in einem Blockrand von Moabit. Hier sind alle für einen effizienten Betrieb nötigen Flächen auf insgesamt

Ort: Birkenstraße 51, 10559 Berlin, Deutschland
Gesamtfläche: ca. 200m ²
Plätze für i. v. Konsum: 6
Plätze für inhalativen Konsum: 7
Architektonisches Konzept: Ausbau bereits bestehender Räumlichkeiten für die Nutzung als Drogenkonsumraum.
Farbgestaltung: Colour Blocking: Fußbodenfarbe nach Funktion getrennt (Konsumraum 1 blau, Konsumraum 2 rot, Anmeldung/ Behandlungsraum gelb, Eingang, Lounge und Büroflächen rot), untere Wandteile in blassem Gelbton
Beleuchtung: Neon-Beleuchtung für Grundhelligkeit; Wandbeleuchtung für Konsumplätze
Architekt: unbekannt

ca. 200m² angeordnet. Linker Hand des Eingangsbereichs befinden sich Anmeldung und die beiden Konsumräume, wobei die Büroräume und ein Lager im hinteren Gebäudeteil liegen. Dazwischen dient eine nischenartige Lounge als

Erholungsraum für Klient*innen, was den Vorteil hat, dass Mitarbeiter*innen jederzeit direkten Kontakt aufnehmen können. Die Konsumräume sind mit einzelnen, nicht fest verbauten Edelstahl-tischen ausgestattet. Die Wände sind in Bereichen mit höherem Hygieneanspruch gefliest, wie es in vielen deutschen DKR der Fall ist. Pro-

blematisch ist laut Betreiber die Farbe des Fußbodenbelags des Konsumraums 2, welcher für den i. v. Gebrauch verwendet wird. Blutspritzer sind auf der rot melierten Oberfläche nur schwer zu erkennen. C. Hennis gab mir im E-Mail-Kontakt die Auskunft, dass er sich jetzt für Gelb entscheiden würde.

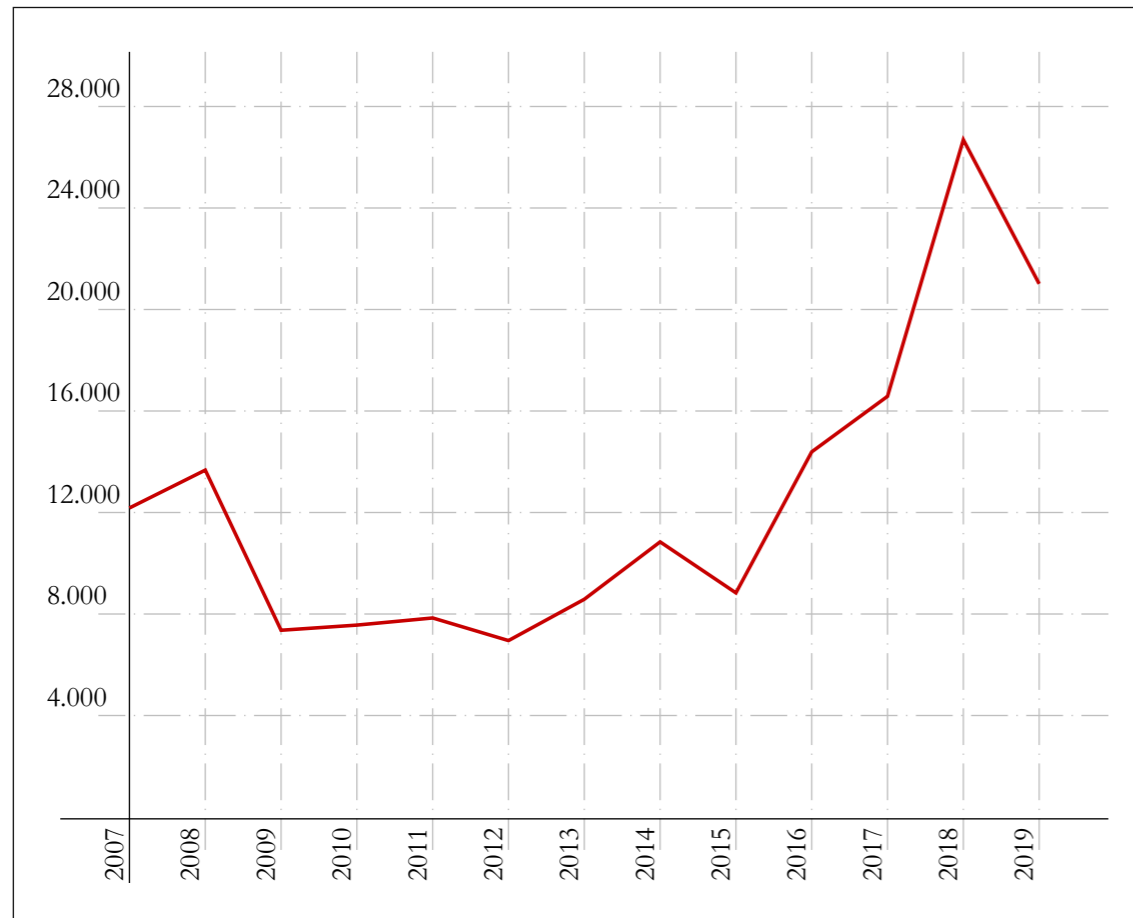


Abb. 39: Anzahl der jährlichen Konsumvorgänge in der Birkenstube im Zeitverlauf (Daten bereitgestellt von vista)



- Spiegel für die Injektion in die Halsvene und zur Beobachtung von hinten
- Rot melierter Linoleumfußboden
- Frei stehende Edelstahltische
- Manufactum Estoril RAL 5014
- Geflieste Wände

Abb. 40: Konsumplätze in der Birkenstube ©vista

5.2 DAS INSITE IN VANCOUVER



Ein sehr gutes Beispiel der integralen Umsetzung eines DKR für die außergewöhnlich große Drogenszene von Vancouver ist das InSite. Über viele Jahre hinweg wurden wissenschaftliche Studien zur Drogensituation in Vancouver angefertigt, welche beweisen, dass sich diese seit Eröffnung von InSite im Jahr 2003 eindeutig verbessert hat. Beispielsweise sank die Zahl an Todesfällen durch Überdosierungen in der Nachbarschaft der Einrichtung signifikant, wobei der Rückgang im Rest der Stadt weitaus geringer blieb (Marshall et al. 2011).

Die Betreiber der Einrichtung setzen auf großzügige Konsumplätze, eine dunkle Decke und ei-

nen dunklen Fußboden. Letzterer vermittelt Halt und stellt einen klaren Kontrast zu den hellsten Flächen der Konsumtische dar. Gedimmtes Licht lässt die Atmosphäre des großen Konsumraums sehr ruhig, fast schon besinnlich wirken. Der erste Eindruck erinnert eher an einen Friseursalon als an eine Einrichtung, in welcher Heroin gespritzt wird. An der Gestaltung ist zu erkennen, dass ein reibungsloser Ablauf ohne lange Wartezeiten höchste Priorität hat. Des Weiteren kann InSite auch während der Corona-Pandemie mit derselben Kapazität arbeiten wie davor. Der Abstand zwischen Drogengebrauchenden an den Konsumplätzen beträgt ca. 2m. Der großflächige

Grundriss hat außerdem den Vorteil, dass es im Falle von chaotischen Situationen leichter fällt, Ordnung zu wahren, bzw. Stress zu reduzieren. Überzeugend ist auch die Anordnung der Räume, die von Klient*innen genutzt werden. Wie zu Beginn des Kapitels dargestellt, bewegt man sich als Nutzer*in vom »vor-Konsum«-Bereich über den Konsumraum selbst bis zum »nach-Konsum«-Bereich, ohne einen Raum zweimal betreten zu müssen. So wird die Konfrontation zwischen wartenden und bereits berauschten Menschen effizient vermieden.

Mit ihrer Abschlussarbeit »Third Space« macht Leyland einen erweiternden Entwurf für das InSite, in welchem sie Nachbargebäude mit einbezieht und damit mehr Flächen generiert, die die drei Hauptbereiche (physisch, psychosozial, personell; vgl. 4) komplettieren (Leyland 2017, S. 98). Der Entwurf, der auch einen Rauchraum vorschlägt, wurde bisher jedoch nicht realisiert.

Bei der Benutzung der Einrichtung wird Klient*innen alles Nötige erklärt und medizinische Hilfsmittel (Tupfer, Desinfektionsmittel, Kolben, Nadeln, Filter, Venenstauer, Einweglöffel, etc.) angeboten. Über Lautsprecher abgespielte Musik soll zusätzlich entspannend wirken (ebd., S. 34).

Ort:

139 E Hastings St, Vancouver, BC V6A 1N5, Kanada

Gesamtfläche:

ca. 580m²

Plätze für i. v. Konsum:

13

Plätze für inhalativen Konsum:

-

Architektonisches Konzept:

Industrie-Atmosphäre mit hohen Decken und großen Freiflächen; effizienter *flow* als Grundvoraussetzung für Sicherheit

Farbgestaltung:

Farblose Wand- und Deckengestaltung; Verwendung dunkler Grautöne für Boden und Decke

Beleuchtung:

dämmerige Lichtsituation ohne Grundbeleuchtung; Spots in Lichtschiene nur über Konsumplätzen und Beobachtungsplatz

Architekt:

Sean McEwen

Der Grundriss des InSite ist grundsätzlich entlang der Längsmittelachse des Gebäudes zweigeteilt. Auf der einen Seite befinden sich Anmeldung/Aufnahme und der Konsumraum, während der Erholungsbereich auf der anderen Seite liegt. Personal- und Behandlungsräume, welche den Konsumierenden nicht zugänglich sind, wurden in den hinteren Bereich gelegt. Etwa ein Fünftel der Fläche macht der überwachte Injektionsraum aus. Der Aufenthaltsraum ist für Menschen gedacht, welche sich nach ihrem Konsumvorgang kurz bei einer Tasse Kaffee ausruhen möchten,

ist etwa nur halb so groß wie der Konsumraum. Da sämtliche Büros für die Verwaltung der Einrichtung ebenfalls im selben Gebäude liegen, nehmen diese und andere wichtige infrastrukturelle Räume allein ca. die Hälfte der Fläche des Grundrisses ein. Es fällt auf, dass hier kaum Flure benötigt werden. Beinahe alle Räume sind so zueinander arrangiert, dass die Erschließung ohne enge Gang-Situationen auskommt. Allein im dem Personal vorbehaltenen Bereich wurden Flure geschaffen. Alle Nutzer*innen des DKR erleben dies jedoch nicht.

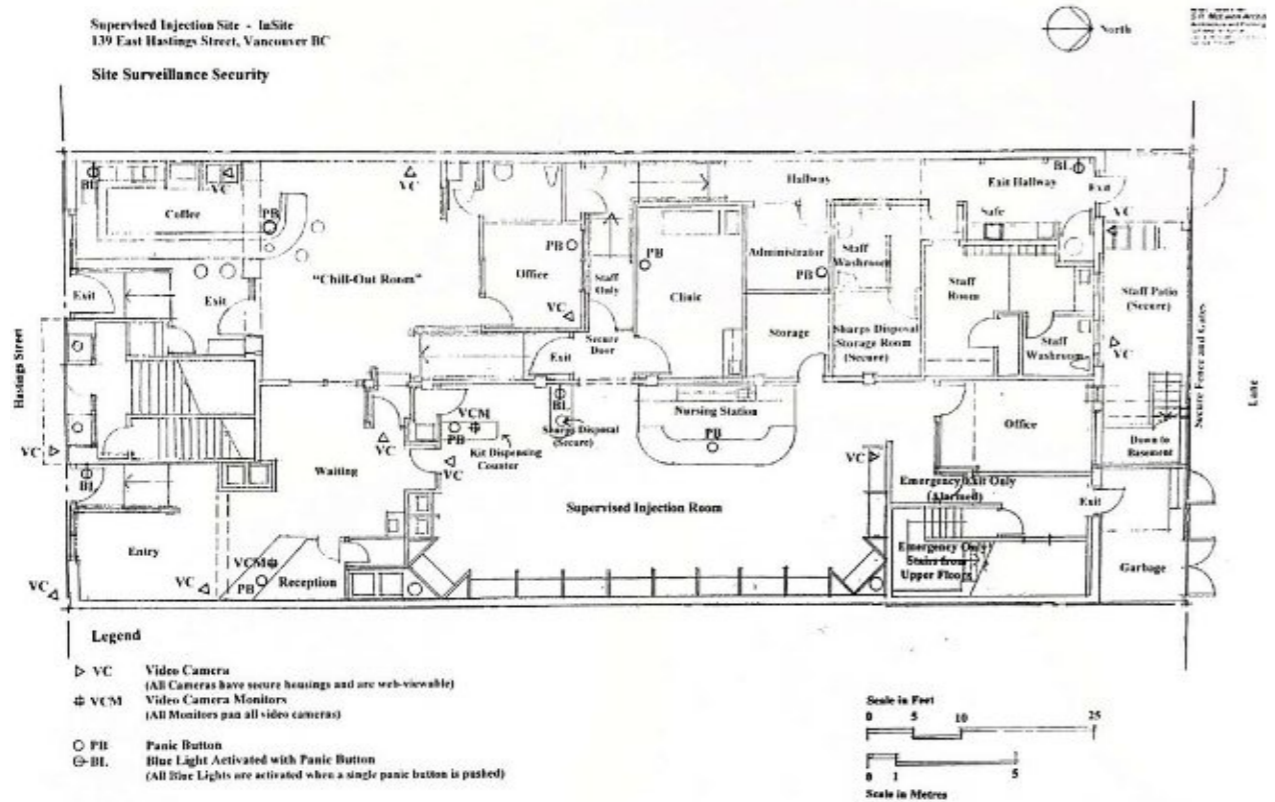


Abb. 42: Grundriss des InSite
 ©Sean McEwen (2003)



Abb. 43: Die Fassade des InSite mit Eingang (rechts) und Ausgang (links)
 ©Travis Lupick

5.3 DAS H17 IN KOPENHAGEN



Eine Zusammenarbeit der Stadt Kopenhagen mit der örtlichen Polizeibehörde ermöglichte im Jahr 2012 nach einer entsprechenden Gesetzesänderung den Betrieb eines DKR. Vor diesem legalen Hintergrund konnte 2006 das H17 entstehen. Das ehemalige Schlachthaus im Stadtteil Vesterbro wurde von PLH Arkitekter zu einer offenen, hellen und sehr übersichtlichen Konsumeinrichtung umgebaut. Hier und im nahe gelegene Heim für wohnungslose Männer werden Drogendelikte nicht polizeilich verfolgt (Thiesen 2017, S. 7–8).

Das Projekt ist das wahrscheinlich größte seiner

Art. Mit Baukosten von ca. 3,6 Millionen Euro steht es auch als Beispiel für den hohen Wert der Suchthilfe für das Land Dänemark. Konzeptuelle Gedanken des Entwurfes waren Offenheit und Transparenz. Dass sich Mitarbeiter*innen zu jeder Zeit gegenseitig sehen können, garantiert ein breiter Mittelgang, der durch Oberlichter erhellt wird sowie der konsequente Einsatz von Glaswänden. Um die bedrückende Stimmung eines Korridors zu vermeiden, ist der Gang mehrfach geknickt, woraus auch sehr unterschiedliche Breiten resultieren. So nimmt man die lange Flucht nicht wahr und erfährt den Flur eher als

Raum mit Aufenthaltsqualität bzw. Begegnungszone. Für ein Gebäude der Sozialarbeit ist das H17 in jeglicher Hinsicht eine Besonderheit. Eine Raumhöhe, an welche man bei Spekulationsobjekten des momentanen Wohnungsbaus beispielsweise gar nicht zu denken wagt, darf hier in vollen Zügen genossen werden. Dass das Gebäude einmal für industrielle Zwecke genutzt wurde, kommt der jetzigen Funktion als Einrichtung mit DKR zugute. Die hohe Decke mit den großen Oberlichtern macht das H17 zu einem sehr ruhigen, fast erhabenen Ort.

Die Farbgestaltung orientiert sich an der Raumfunktion nach dem Nutzungsablauf. Kühle, blasse Blau- und Grüntöne wirken beruhigend in Gebäudeteilen, in welchen man sich vor dem Konsum aufhält, wobei die nach dem Konsum genutzten Räume von wärmeren, emotionaleren Orange-, Rot- und Lilatönen beherrscht werden.



Ort:
Halmtorvet 17, 1700 København, Dänemark

Gesamtfläche:
ca. 1000m²

Plätze für i. v. Konsum:
12

Plätze für inhalativen Konsum:
12

Architektonisches Konzept:
Beibehaltung der industriellen Großzügigkeit zur Konfliktvermeidung, Offenheit;
Nudging:
Durchsichtigkeit schafft Klarheit

Farbgestaltung:
Vor-Konsum: flächige Abwechslung von kühlen, stillen Blau- und Grüntönen
Nach-Konsum: flächige Abwechslung von wärmeren, angenehmen Orange- bis Lilatönen

Beleuchtung:
Indirekte Beleuchtung, viel natürliches Licht;
Akzente durch farbige Flächenbeleuchtung

Architekt:
PLH Arkitekter

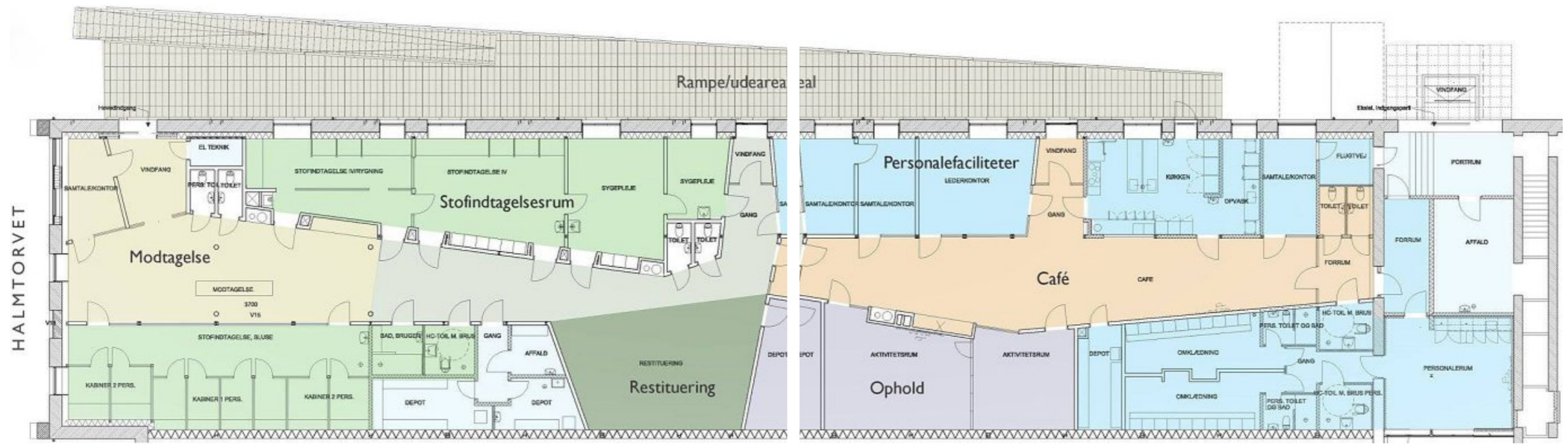


Abb. 46: Grundriss des H17
 ©PLH Arkitekter

Wie in Kapitel 4 bereits erläutert, kann man die Raumtypologie der DKR zumindest teilweise in den klinischen Kontext einordnen. Zum Bau von Kliniken und zum Einfluss von Raumgestaltung auf die körperliche und geistige Gesundheit gibt es bereits viele wissenschaftliche Erkenntnisse. Architektonische Gestaltungsansätze beruhen noch nicht lange auf wissenschaftlicher Forschung. Zwar hat die Forschung, vor allem im Bereich neuer Materialien und Technologien, das Fach Architektur schon immer beeinflusst, jedoch war sie selten konzeptgebende Grundlage.

Das Konzept oder die Idee eines Entwurfs folgt in der Regel einer Besonderheit der Designaufgabe selbst. Etwa findet die Architektin oder der Architekt ein poetisches Charakteristikum am Ort, den *genius loci*. Oder die zukünftige Funktion des zu entwerfenden Gebäudes bestimmt dessen Gestaltungsprinzip. In den meisten Fällen überzeugt jedenfalls ein Konzept, das in seiner Art und Weise eine gewisse Poetik verkörpert. Ich denke, diese Poetik gibt einen Hinweis darauf, dass die/ der Entwerfende mit *Gefühl* gehandelt hat. Das wiederum wirkt sich auf die Wahrnehmung der Nutzer*innen oder der Betrachter*innen aus. Inwiefern Emotionen für gute architektonische Konzepte eine Rolle spielen, könnte selbst ein ganzes Buch füllen. Insofern soll das hier nicht weiter diskutiert werden. Ich möchte jedenfalls feststellen, dass auch wissenschaftliche Erkenntnisse als logische Handlungsprinzipien Grundlage für einen architektonischen Entwurf sein können.

Die psychologische Forschung an sich ist noch

eine recht junge Disziplin. Umso verständlicher ist es auch, dass die Überschneidung der Architektur mit der Psychologie, die Architekturpsychologie, bisher vergleichsweise wenig erforscht, geschweige denn in der Praxis angewandt wurde. Wie gerade erwähnt, ist die *Healthcare-Architektur* ein sehr beliebtes Forschungsfeld, da in den meisten Fällen auch wirtschaftliches Interesse eine Rolle spielt. Ein Teil der Psychologie, der für meine Aufgabe von Bedeutung sein kann, ist die Arbeit von Roger S. Ulrich, welcher das Behaglichkeitsgefühl in Abhängigkeit von Innenraumgestaltung setzt (*Effects of Interior Design on Wellness*). Ulrich stellt fest, dass technisch effiziente Krankenhäuser oft »hart« wirken und sie dadurch einerseits weniger gut von Patient*innen angenommen werden und andererseits sogar negative Auswirkungen auf deren Gesundheit haben können. Außer der bloßen »funktionalen Effizienz« sollten Einrichtungen, in welchen die gesundheitliche Behandlung von Menschen im Vordergrund steht, ebenfalls »psychologisch unterstützend« sein (Ulrich 1991, S. 97). Mit dem Terminus *supportive Design* benennt er diejenige Gestaltungsstrategie, mittels derer die klinische Umgebung ihre Härte verliert und dadurch positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Patient*innen bekommt. Zusammengefasst könnte man sagen: *Supportive Design* reduziert Stress und erhöht so die Behaglichkeit. Als Handlungsempfehlung nennt Ulrich weiters folgende drei Elemente, die für Wohlbefinden sorgen können:

1. sense of control (Kontrollgefühl)
2. positive distraction (positive Ablenkung)
3. social support (soziale Unterstützung)

Ein Milieu, das nach diesen Gesichtspunkten gestaltet wird, kann die Voraussetzung für mehr Wohlbefinden schaffen. Diese Annahme haben Andrade und Devlin in einer Studie zur Stressreduktion im Krankenhaus weiter erforscht. Es wurde überprüft, ob die von Ulrich aufgestellte These anhand konkreter Grundrissformen und Einrichtungsgegenstände belegt werden kann. Sie führten Tests durch, innerhalb welcher 217 Studierende verschiedene innenraumgestalterische Elemente bewerteten, die eines oder mehrere der o. g. Wahrnehmungsphänomene repräsentierten. Zu den sog. Stimulusmaterialien gehörten beispielsweise:

- Schlafsofa für Freunde und Familie/ Internet (soziale Unterstützung);
- Pflanzen/ Naturgemälde (positive Ablenkung);
- öffentbare Fenster/ einstellbare Beleuchtung und Temperatur (Kontrollgefühl)

Es konnte bewiesen werden, dass deutlich weniger Stress wahrgenommen wird, wenn Stimulusmaterialien aus allen drei Gruppen vorhanden waren. (Andrade und Devlin 2015) Um diese Erkenntnisse im Rahmen einer sozialen Einrichtung mit DKR für Designfragen zu nutzen, sollten vorerst die Elemente Kontrollgefühl, positive Ablenkung und soziale Unterstützung auf diese Raumtypologie übertragen werden.

Soziale Unterstützung, beispielsweise, besteht im Kontext der DKR bereits in gewissem Maße durch das vorhandene Betreuungsangebot. Außerdem muss erwähnt werden, dass die Auf-

enthaltsdauer nicht mit der Behandlung in einer Klinik vergleichbar ist. Im InSite verbringen Klient*innen normalerweise nur ca. eine Stunde (Leyland 2017, S. 22).

Positive Ablenkung ist primär im unbeschäftigten Zustand wichtig. Ein die Aufmerksamkeit auf sich ziehendes Element im Wartebereich, zum Beispiel, könnte positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben. Das erscheint umso wichtiger, wenn man bedenkt, dass Menschen grundsätzlich unter starkem Suchtdruck leiden, wenn sie einen Konsumraum nutzen. Gestalterische Elemente mit Bezug zu Natur könnten den Fokus auf sich ziehen.

Das Gefühl, die Kontrolle über etwas zu haben, gibt Struktur und befriedigt den Ordnungssinn, welcher Halt gibt und Selbstvertrauen schafft. Gerade Menschen, die Drogen injizieren, haben tagtäglich mit Stigmatisierung durch die wertende Gesellschaft zu kämpfen. Dies führt oft zu Resignation und dem Gefühl von Kontrollverlust. Hier können schon einfache Erfolgserlebnisse im Alltag helfen. Teile der Umgebung selbstständig steuern zu können, vermittelt ein Gegenwicht zur Machtlosigkeit, die suchtkranke Menschen gegenüber der Substanz fühlen, von welcher sie abhängig sind. Lichtstimmung (Beleuchtungsstärke, Lichtfarbe), Akustik, Haptik und Geruch sind einfach steuerbare Eigenschaften, die im Rahmen der Umgebung eines DKR die subjektiv empfundene Behaglichkeit enorm erhöhen können.

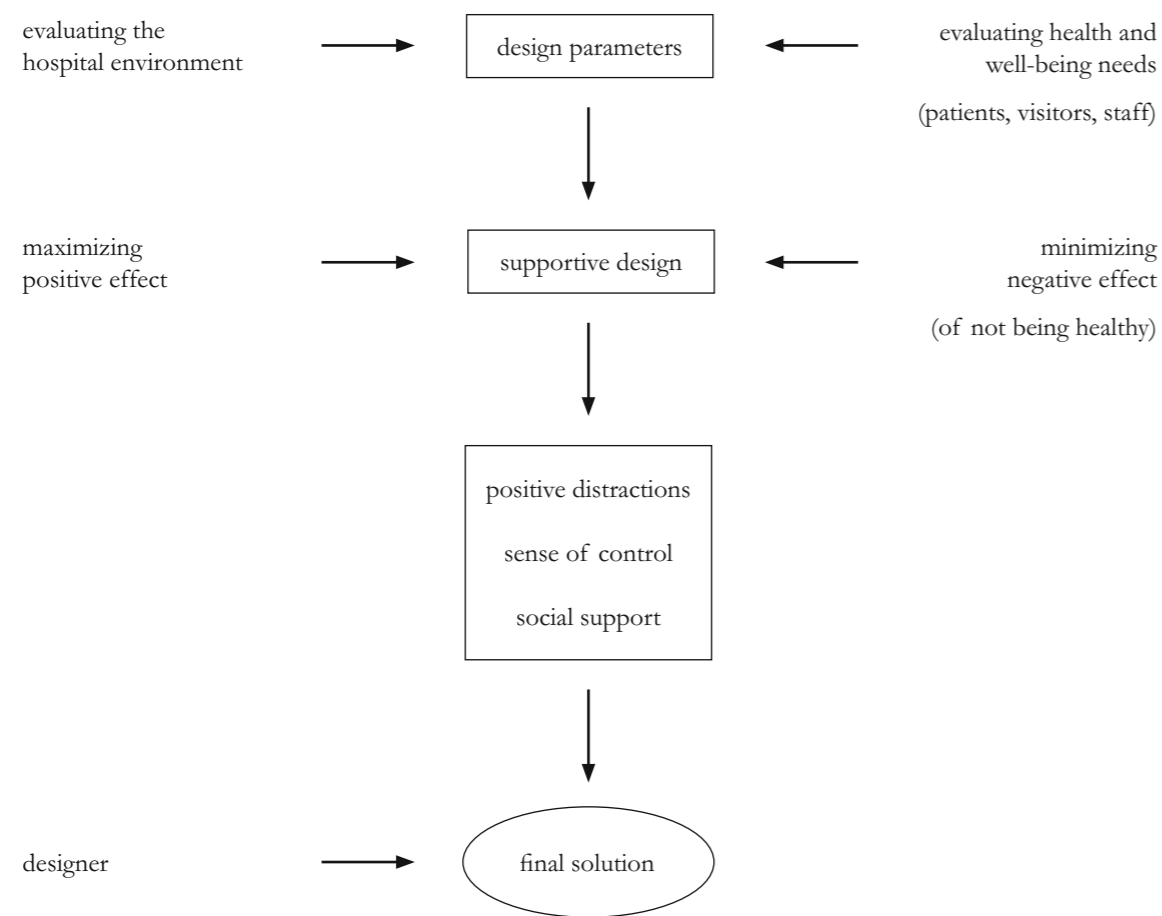


Abb. 47: Der Prozess des supportive design (unterstützendes Design)
(Minucciani und Sağlar Onay 2020, S. 80)

Supportive Design und Inclusive Design

Das nebenstehende Schema zeigt am Beispiel einer Krankenhausumgebung den Prozess, der von Gestaltenden anzuwenden ist, um ein möglichst gutes Ergebnis in Bezug auf Wohlbefinden zu erreichen. Es sollte zunächst analysiert werden, welche Designeinflüsse sich negativ auswirken. Diese sollten minimiert werden, wobei die positiven Effekte maximiert werden sollten (Abb. 47). Für suchtkranke Menschen bedeutet dies beispielsweise, dass Unsicherheit hervorruft Umstände verringert werden sollten. Genauso ist es wichtig, das subjektive Gefühl der Stigmatisierung zu vermeiden. Im Gegensatz dazu zählen Sicherheit und Geborgenheit zu den positiven Einflüssen, die mit den Medien positive Ablenkung, Kontrollgefühl und soziale Unterstützung transportiert werden können.

Ein von diesem Modell abgeleiteter Prozess zur Herstellung von Wohlbefinden für Innenräume ist der von Minucciani und Sağlar Onay vorgeschlagene des inklusiven Designs. Dieser ist mehr auf Nutzer*innengruppen statt auf Individuen ausgelegt und versucht mit allgemeineren Untersuchungen Tendenzen in Verhalten und Bedürfnissen zu definieren. Indem zuallererst die spezielle Situation der Gruppe beschrieben wird, stellen sich Anforderungen heraus, die für den Entwurf von Räumen für genau diese Menschen gelten. Aus diesen Erkenntnissen können Gestaltungskriterien gewonnen werden, welche großen Einfluss auf den Entwurf haben. Natürlich bilden die Kriterien nicht die gesamte Basis eines architektonischen Entwurfs. Das Konzept darf ebenfalls intuitive Entscheidungen mit einschließen und baut weiters auf städtebaulichen, infrastrukturellen, technischen, rechtlichen, und vielen weiteren

Gegebenheiten auf. Wenn herausgefunden wurde, inwiefern die beobachteten Nutzer*innengruppen sich von anderen unterscheiden und Ideen für den inklusiven Gestaltungsprozess entwickelt wurden, können Alternativen gesucht werden, die ebenfalls andere Gruppen berücksichtigen. Dabei ist es weiterhin wichtig, dass Entscheidungen getroffen werden, die das Verhalten von Menschen nicht einschränken, sondern eher fördern. Die Aktivität sollte im Vordergrund stehen, jedoch muss dies freiwillig geschehen. Die vorsichtige Aufforderung durch das Angebot zur Teilnahme sollte ausreichend sein, um viele Menschen zu integrieren. Die Gestaltung eines Raums ist jedoch nur dann erfolgreich, wenn sie sich bewährt hat. Diejenigen, die den Hauptnutzungsanspruch an den designten Raum haben, sollten die Vorschläge evaluieren und erneut Alternativen empfehlen. Punkte, die bisher nicht bedacht wurden, fallen so eher auf und der Entwurf kann korrigiert werden. In mehreren Iterationen des inklusiven Designprozesses kann das Ergebnis so perfektioniert werden. (Abb. 50)

Diese Strategie habe ich selbst für die Entwürfe der DKR angewendet. Die eingehende Analyse der Situation zum Opioidkonsum und die Definition der Nutzer*innen mit all ihren Besonderheiten war essenzieller Bestandteil der Arbeit. Nur so konnten von Anfang an schwerwiegende Fehler vermieden werden. Dass ein Raum für den i. v. Konsum von Drogen beispielsweise so attraktiv wie möglich für Konsumierende sein sollte, gleichzeitig allerdings eine hohe Effizienz im Betrieb aufweisen muss, hätte sich mir nicht erschlossen, wenn die eingehende Analyse nicht stattgefunden hätte. Absprachen vor und nach Entwurfsentscheidungen mit Martin, einem suchtkranken Menschen, der durch seine Erfahrung sehr gut einschätzen kann, ob mein Vorschlag funktionieren würde, hatten mit Sicherheit Auswirkungen auf die Qualität der Konzepte.

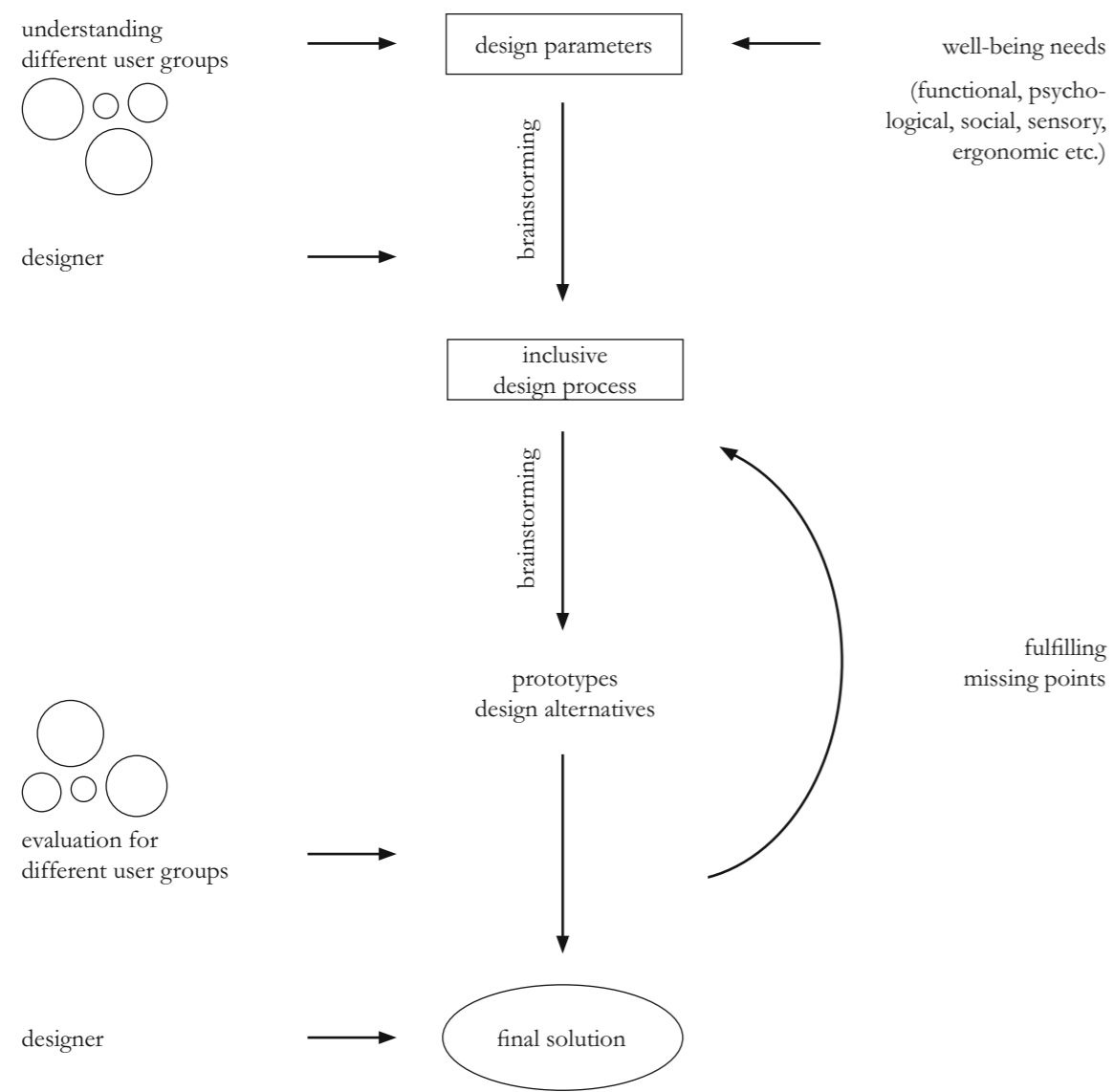


Abb. 48: Der Prozess des inclusive design
(Minucciani und Sağlar Onay 2020, S. 87)

7 ELF GESTALTUNGSPRINZIPIEN

- 1. Der DKR sollte so niedrigschwellig und für die Nutzer*innengruppe so attraktiv wie möglich sein.**
Um eine angenehme Raumatmosphäre zu schaffen, können Ergebnisse aus der Forschung zu *unterstützendem Design (supportive design)*, der Farbwahrnehmung aber auch intuitive Gestaltungstechniken angewandt werden.
- 2. Der DKR sollte für die Behandlung von Klient*innen durch selbstapplizierte i. v. Substitutionstherapie oder für die Nutzung als Raum für den Konsum mitgebrachter Drogen gestaltet werden.**
Für das selbstständige Spritzen einer Substanz in einer hygienischen Umgebung ist die Installation von Konsumtischen notwendig. Deren Oberfläche sollte antibakteriell sein und einen integrierten Spritzenabwurf in ein dafür vorgesehenes Gefäß haben.
- 3. Der DKR sollte als weitere schadensreduzierende Maßnahme in das bestehende Konzept der Suchthilfe Wien gGmbH implementiert werden.**
Als weiteres Element zum sozialen Angebot (Beratung, Betreuung, Wohnen) und zum Sprizentausch kann der DKR eine vervollständigende schadensreduzierende Maßnahme der akzeptierenden Drogenarbeit sein, die pragmatische und vor allem direkte Hilfe leistet.
- 4. Der DKR sollte allen Anforderungen aus medizinischer Sicht gerecht werden, dabei aber durch seine raumgestalterische Wirkung Wohlbefinden hervorrufen.**
Der Zustand der Räume, sowie alle operativen Vorgänge können mittels medizinisch geschultem Personal hygienisch gehalten werden. Die Mitarbeiter*innen überblicken die Konsumvorgänge des ganzen Raumes und greifen bei Bedarf ein. Die Stelle für i. v. Substitutionstherapie ist so ein sicherer Ort, welcher ein beruhigendes Raumgefühl hervorruft.
- 5. Der DKR sollte mindestens sechs einzelne Plätze für den intravenösen Konsum von Opioiden anbieten.**
Genügend Konsumtische in ausreichender Größe mit Trennwänden, die das Gefühl von Privatsphäre vermitteln, ermöglichen den effizienten Betrieb des Konsumraums. Einzelne Stühle, die zwar gut im klinischen Kontext verwendbar aber trotzdem bequem sind, fördern die Behaglichkeit der Konsumplätze.
- 6. Der DKR sollte barrierefrei sein und für bedürftigen Menschen gut erreichbar und nutzbar sein.**
Mindestens ein Konsumplatz ist für die Benutzung mit einem Rollstuhl geeignet. In sämtlichen

Räumen ist ausreichend Bewegungsfläche vorhanden, damit stressbedingter Klaustrophobie vorgebeugt werden kann. Auch Menschen, die sich in einem Rauschzustand befinden, sollte keine Gefahr durch die Raumgestaltung drohen.

- 7. Der DKR sollte allen räumlichen und technischen Anforderungen für die genaue Dokumentation und Datenbereitstellung für statistische Analysen zur drogenbezogenen Forschung gerecht werden.**
Der prozedurale Ablauf der Raumnutzung schließt die vorausgehende Anmeldung am Empfang in einem Warteraum mit ein. Hier können sehr viele (anonyme) Daten gesammelt werden. Diese können automatisch in das bereits seit 2006 bestehende DOKLI (*Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe*) eingepflegt werden.
- 8. Der DKR sollte in Sachen Aufteilung, Raumprogramm, Möblierung und Materialwahl eine möglichst sichere und einfach zu instandhaltende Umgebung darstellen.**
Wie auch der Besuch selbst in »vor«, »während« und »nach« dem Konsum aufgeteilt ist, können die dafür vorgesehenen Räume diesem prozeduralen Ablauf in ihrer Funktion und Wirkung auf die Nutzer*innen folgen. Leicht abwischbare und desinfizierbare Oberflächen konterkarieren den Bakterienwachstum und abgerundete Ecken oder Winkel erleichtern die Reinigung. Die Verwendung von Fliesen sollte wegen möglicher Ansammlung von Bakterien in Fugen vermieden werden.
- 9. Der DKR in Kombination mit seinen Nebenräumen sollte möglichst flüssig benutzbar sein.**
Es wird viel Wert darauf gelegt, keine Sackgassen in der Raumabfolge zu entwerfen. Logische Sichtbezüge und gestalterisch hervorgehobene Einrichtungselemente von spezifischer Funktion schaffen Klarheit und begünstigen die Dynamik.
- 10. Der DKR sollte für alle sich darin befindenden Menschen und Menschen in dessen Umgebung möglichst sicher sein.**
Konfliktvermeidung, Schutz des Personals und Rauschzustände berücksichtigendes Design sind die wichtigsten Gestaltungsgrundlagen.
- 11. Der DKR sollte mit dem Fokus auf die Parameter Material und Licht entworfen werden.**

8 DRUCKRAUM



8.1 DIE RÄUMLICHE UMSTRUKTURIERUNG



Der breite Gang des H17 in Kopenhagen vermittelt Ruhe. Die frei im Raum stehenden Rezeption bricht mit der traditionellen Ordnung der Anmeldung in Arztpraxen. Hier ist steht viel Bewegungsfläche für den Stressabbau zur Verfügung.

Abb. 50: Rezeption/Wartebereich des H17 in Kopenhagen
©EllisEllis

Die am ehesten umsetzbare Strategie für die Integration eines DKR in das bestehende Netz der Wiener Suchthilfearbeit ist wahrscheinlich, einen oder mehrere wenig genutzte Räumlichkeiten so umzustrukturieren, damit sie für dieses Konzept funktionieren. Leider kann und darf die Suchthilfe Wien derzeit nicht ohne Weiteres bestehende Räume umwidmen, da es ohnehin nicht genügend Platz gibt. Das österreichische Gesetz lässt den Betrieb solcher Einrichtungen außerdem nicht zu. Da meiner eigenen Einschätzung und der fachlichen Expertise vieler Expert*innen zufolge das Konzept DKR in jeglicher Hinsicht Sinn macht, ist eine zukünftige Änderung der Rechtslage nicht ausgeschlossen. Insofern sind auch Planungen in dieser Richtung sinnvoll. Im Dialog mit der Suchthilfe Wien ist so die Idee entstanden, den exemplarischen, architektonischen Entwurf für einen Raum für i. v. Substitutionstherapie zu erarbeiten. Dieser sollte einerseits so konkret wie möglich sein, damit die Machbarkeit realistisch einschätzbar wird, und andererseits so flexibel wie nötig, um das Konzept in Räumen verschiedener Einrichtungen der Suchthilfe Wien umsetzen zu können.

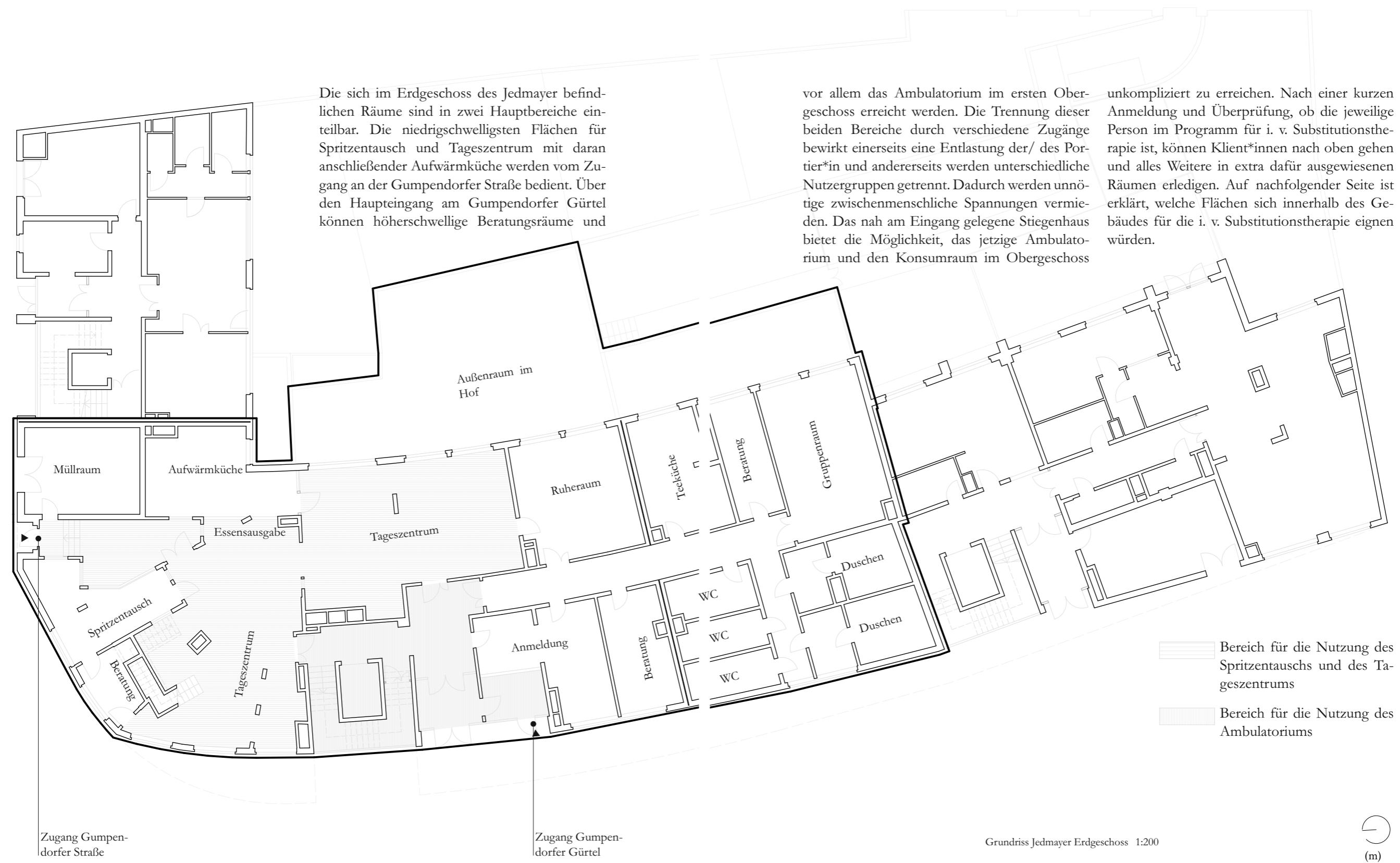
Auf den folgenden Seiten möchte ich ein Beispiel für die Umstrukturierung dreier Räume im ersten Obergeschoss des Jedmeyers zeigen, das so umgesetzt werden könnte, wenn es eine Ausweichoption für die aktuellen Raumnutzungen gäbe.

Es ist anzumerken, dass der konkrete Entwurf nicht in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe Wien gGmbH entstanden ist. Zwar gibt es Interesse an der Konzeption von Modellen für DKR in Wien, jedoch sind die folgenden Ideen für die räumliche Umnutzung lediglich für akademische Zwecke anzusehen. Sollte der gesetzliche Rahmen für die Realisierung eines solchen Projekts geschaffen werden, bin ich natürlich offen für eine Zusammenarbeit.



In Vancouver setzt man auf gedimmtes Licht zur Beruhigung der Klient*innen.

Abb. 51: Konsumplatz des InSite in Vancouver
©Jay Black



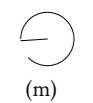
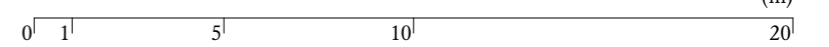
Die sich im Erdgeschoss des Jedmayer befindlichen Räume sind in zwei Hauptbereiche einteilbar. Die niedrigschwelligsten Flächen für Spritzentausch und Tageszentrum mit daran anschließender Aufwärmküche werden vom Zugang an der Gumpendorfer Straße bedient. Über den Haupteingang am Gumpendorfer Gürtel können höherschwellige Beratungsräume und

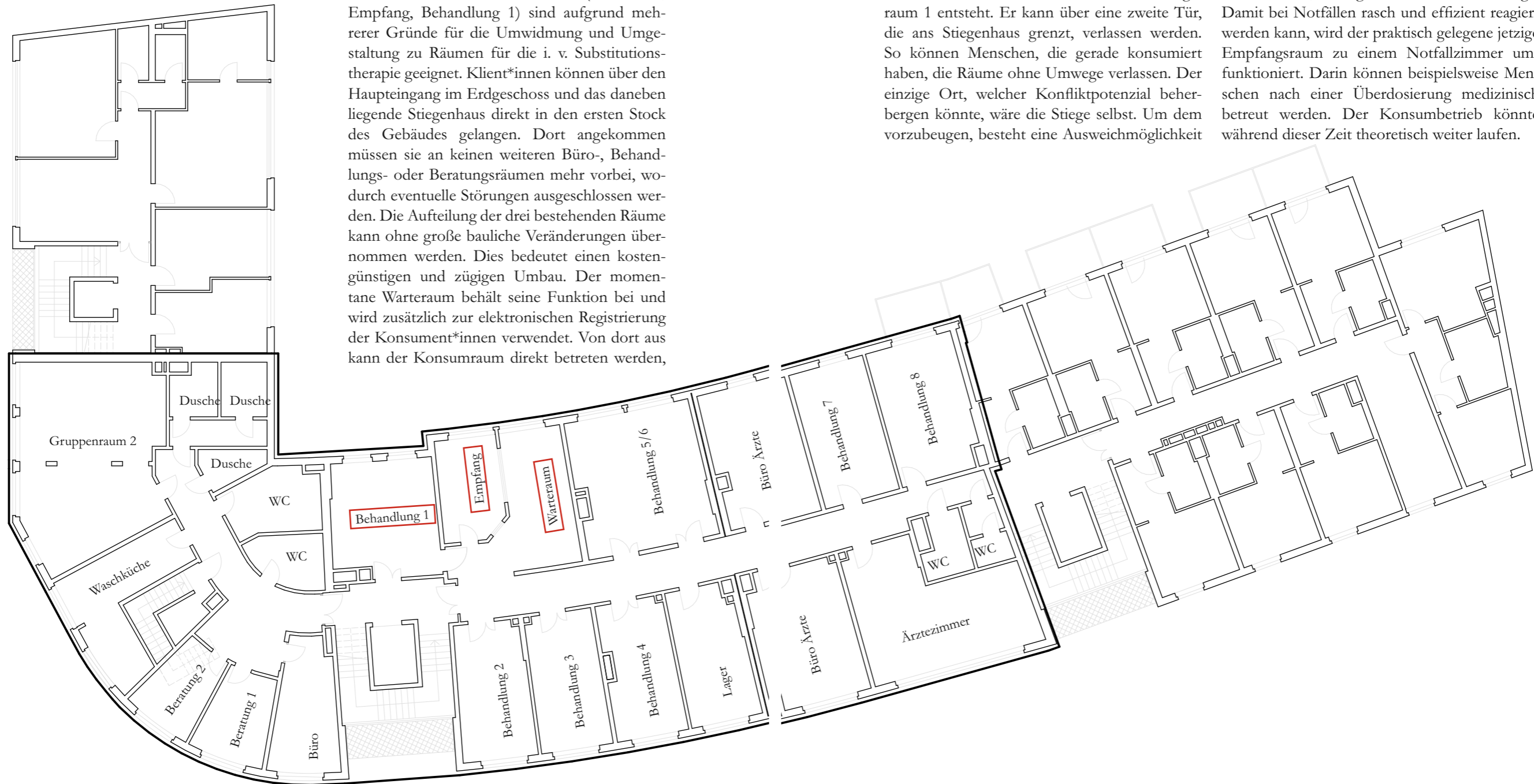
vor allem das Ambulatorium im ersten Obergeschoss erreicht werden. Die Trennung dieser beiden Bereiche durch verschiedene Zugänge bewirkt einerseits eine Entlastung der/ des Portier*in und andererseits werden unterschiedliche Nutzergruppen getrennt. Dadurch werden unnötige zwischenmenschliche Spannungen vermieden. Das nah am Eingang gelegene Stiegenhaus bietet die Möglichkeit, das jetzige Ambulatorium und den Konsumraum im Obergeschoss

unkompliziert zu erreichen. Nach einer kurzen Anmeldung und Überprüfung, ob die jeweilige Person im Programm für i. v. Substitutionstherapie ist, können Klient*innen nach oben gehen und alles Weitere in extra dafür ausgewiesenen Räumen erledigen. Auf nachfolgender Seite ist erklärt, welche Flächen sich innerhalb des Gebäudes für die i. v. Substitutionstherapie eignen würden.

- Bereich für die Nutzung des Spritzentauschs und des Tageszentrums
- Bereich für die Nutzung des Ambulatoriums

Grundriss Jedmayer Erdgeschoss 1:200



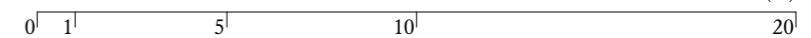


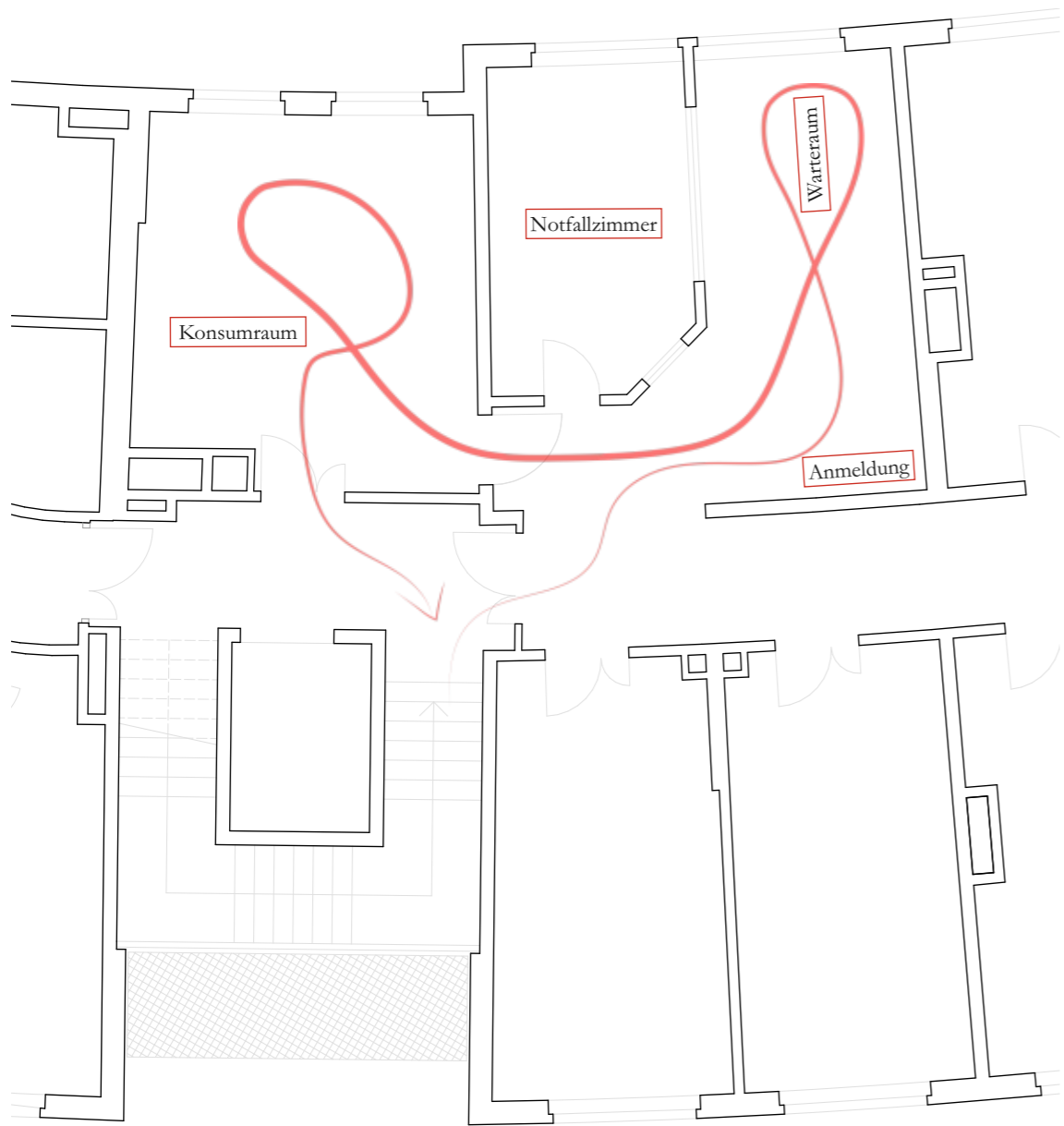
Die im Plan rot markierten Räume (Wartezimmer, Empfang, Behandlung 1) sind aufgrund mehrerer Gründe für die Umwidmung und Umgestaltung zu Räumen für die i. v. Substitutions-therapie geeignet. Klient*innen können über den Haupteingang im Erdgeschoss und das daneben liegende Stiegenhaus direkt in den ersten Stock des Gebäudes gelangen. Dort angekommen müssen sie an keinen weiteren Büro-, Behandlungs- oder Beratungsräumen mehr vorbei, wodurch eventuelle Störungen ausgeschlossen werden. Die Aufteilung der drei bestehenden Räume kann ohne große bauliche Veränderungen übernommen werden. Dies bedeutet einen kostengünstigen und zügigen Umbau. Der momentane Wartezimmer behält seine Funktion bei und wird zusätzlich zur elektronischen Registrierung der Konsument*innen verwendet. Von dort aus kann der Konsumraum direkt betreten werden,

welcher aus dem momentanen Behandlungsraum 1 entsteht. Er kann über eine zweite Tür, die ans Stiegenhaus grenzt, verlassen werden. So können Menschen, die gerade konsumiert haben, die Räume ohne Umwege verlassen. Der einzige Ort, welcher Konfliktpotenzial beherbergen könnte, wäre die Stiege selbst. Um dem vorzubeugen, besteht eine Ausweichmöglichkeit

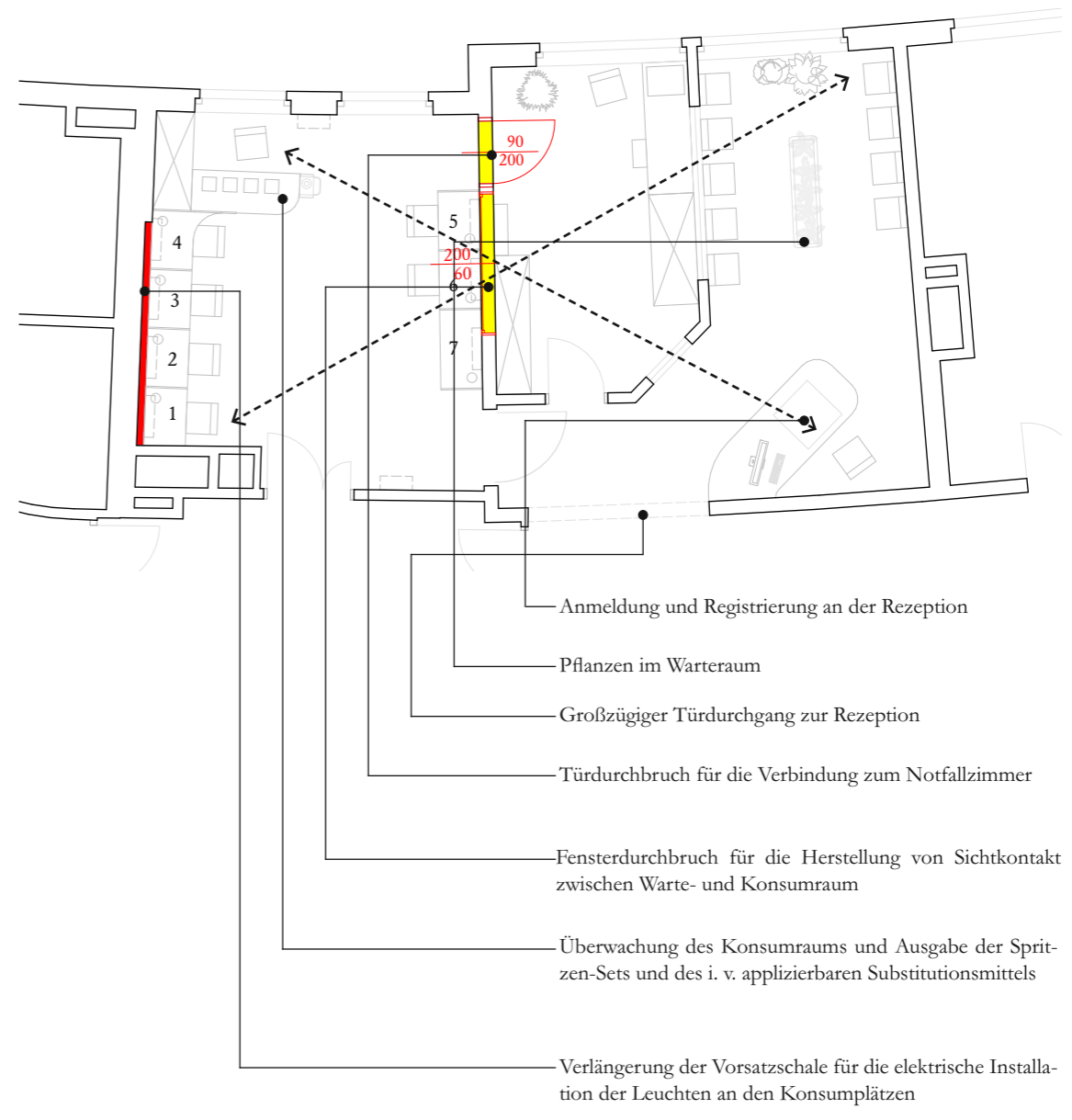
über die neue, im Tageszentrum endende Stiege. Damit bei Notfällen rasch und effizient reagiert werden kann, wird der praktisch gelegene jetzige Empfangsraum zu einem Notfallzimmer umfunktioniert. Darin können beispielsweise Menschen nach einer Überdosierung medizinisch betreut werden. Der Konsumbetrieb könnte während dieser Zeit theoretisch weiter laufen.

Grundriss Jedmayer 1. Obergeschoss 1:200





Grundriss Jedmayer 1. Obergeschoss (Schema) 1:100
 0 10 25 50 100 (cm)



Grundriss Jedmayer 1. Obergeschoss (Umbau) 1:100
 0 10 25 50 100 (cm)

8.2 DIE ARCHITEKTONISCHE RAUMGESTALTUNG

Das Set und das Setting haben ausschlaggebenden Einfluss auf die Wirkung eines Rausches. Der Begriff Set bezeichnet die persönliche Verfassung im Moment des Konsums, wobei das Setting das beeinflussende Umfeld beschreibt. Die Forschung vermutet einen Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit einer Überdosierung und der Gewöhnung an die Umgebung, in welcher konsumiert wird. Hinweise auf diese Annahme fand man beispielsweise in einer Studie in einer Universitätsklinik von Barcelona. Mit dieser Studie konnte ein wesentlicher Zusammenhang zwischen dem Ort des Konsums von Opioiden und der Gefahr von lebensbedrohlichen Auswirkungen nachgewiesen werden. Eine auffällig hohe Zahl von Menschen, die aufgrund einer Überdosierung von Heroin im Krankenhaus behandelt wurden, gab an, diese Dosis in einer ungewohnten Umgebung konsumiert zu haben. (Gutiérrez-Cebollada et al. 1994) Dabei könnte argumentiert werden, dass Menschen in einer neuen Umgebung eventuell eine größere Menge konsumieren, als sie es im ge-

wohnten Umfeld tun. Ein Experiment mit Ratten hat jedoch zusätzlich bestätigt, dass das Setting, in welchem die Substanz verabreicht wird, entscheidend sein kann. In diesem Versuch wurden Ratten mit Heroin konditioniert (und dadurch davon abhängig gemacht), um ihnen in weiterer Folge eine knapp tödliche Dosis zu verabreichen. Dabei war die Überlebensrate derjenigen Gruppe Tiere, welche diese Dosis in ihrer gewohnten Umgebung bekam, signifikant höher als die Überlebensrate von Ratten in einer fremden Umgebung. Dadurch kann vermutet werden, dass fehlendes Wohlbefinden zum Zeitpunkt des Konsums die Toleranz bezüglich der Droge einschränkt. (Siegel 2001)

Auch deshalb sollte die architektonische Raumgestaltung eines Konsumraums möglichst angenehm wirken. In dem hier gezeigten Entwurf gehe ich von einem realistischen Bestandsraum von ca. 25m² Fläche aus und bringe darin sieben Konsumplätze unter. Die größten Entwurfskriterien sind dabei außer den Raumorganisations-

grundlagen die verwendeten Materialien, Licht und Farbe. Mithilfe der positiven Eigenschaften dieser Gestaltungswahl soll Stress vermieden und das Wohlbefinden der Klient*innen gefördert werden. Ein Eindruck der verwendeten Oberflächenkombination ist auf Abb. 52 zu sehen. Mittels nur kleiner baulicher Veränderungen kann aus den drei Bestandsräumen im Obergeschoss des Jedmayer eine funktionierende Konsumgelegenheit geschaffen werden. Die drei hauptgenutzten Räume können nacheinander durchschritten werden. Ein optimaler Überblick, welcher sowohl für die Sicherheit der Nutzer*in-

nen als auch des Personals essenziell ist, wird durch zwei Wanddurchbrüche geschaffen. Eine zusätzliche Tür ermöglicht ein effizientes Eingreifen im Fall einer Überdosierung. Die/ der betroffene Patient*in kann so schnell in das Notfallzimmer verlagert werden. Der zweite Durchbruch schafft Platz für ein Fenster, das den Blick durch alle drei Räume zulässt. Schneller Blickkontakt ist in manchen Fällen unverzichtbar. So können kleinere Zwischenfälle allein durch Sichtkontakt vermieden, bzw. können Stresssituationen schon früh von beiden Seiten erkannt werden.

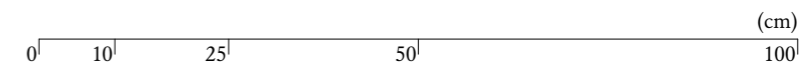
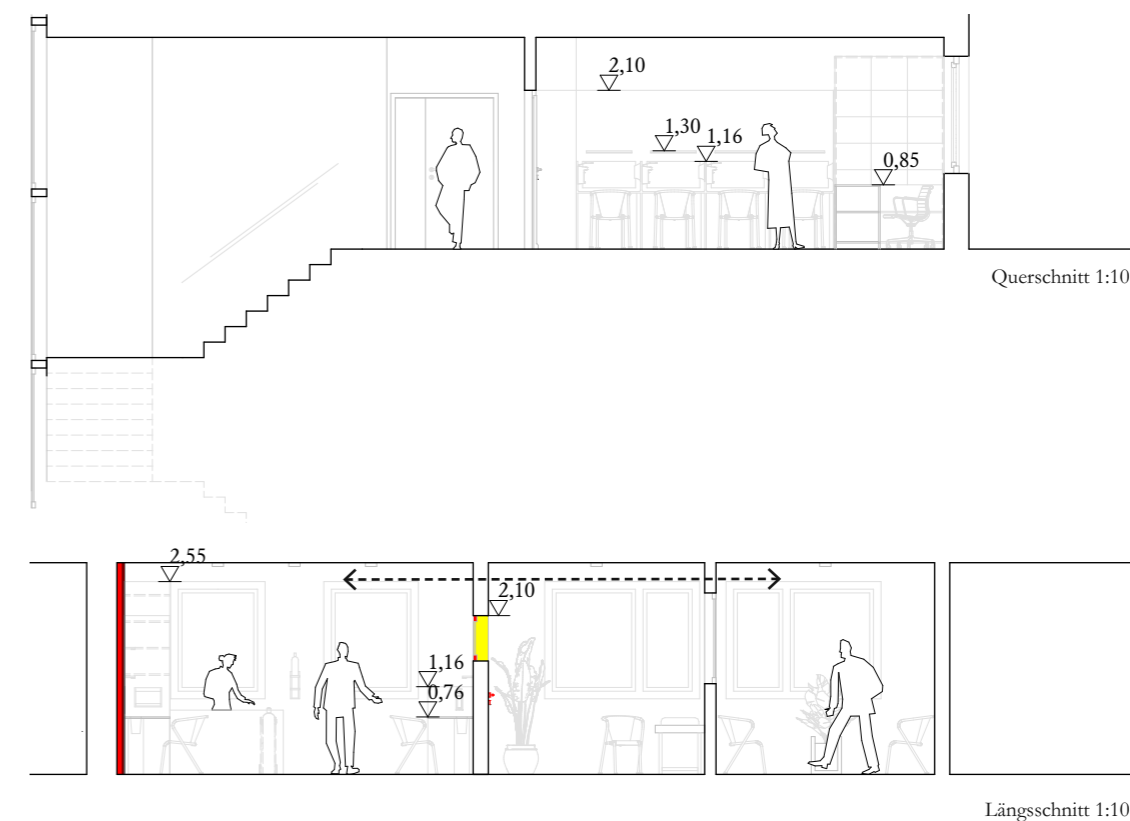


Abb. 52: Materialkombination und die Wirkung mit Licht

8.3 DIE RAUMGESTALTERISCHEN ELEMENTE

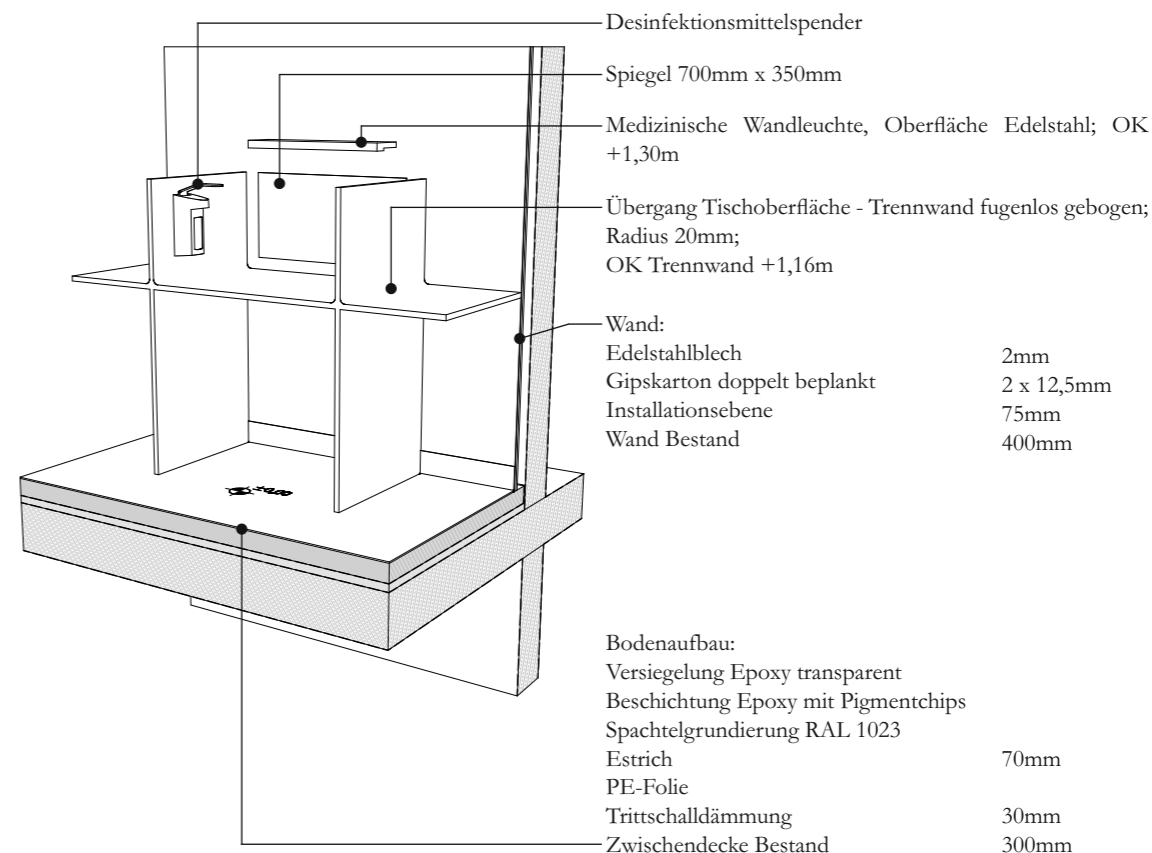
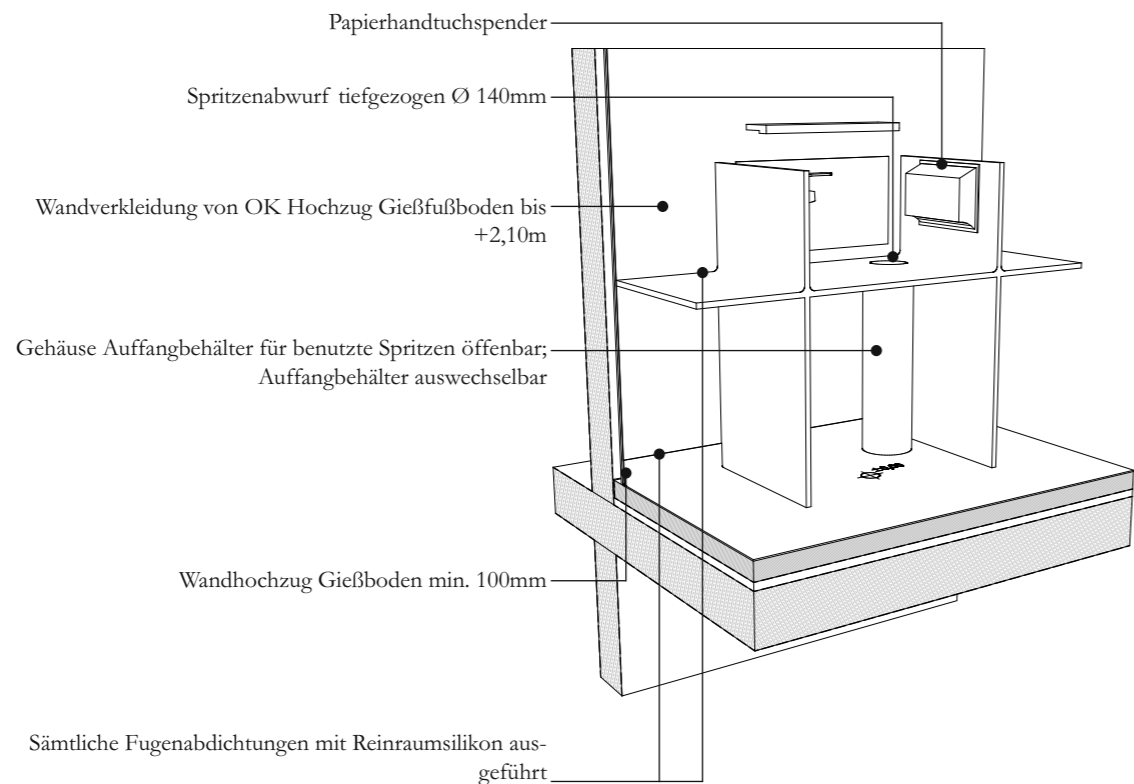
PLÄTZE

In diesem Entwurf für einen Raum für i. v. Substitutionstherapie finden sechs Menschen gleichzeitig Platz. Es stehen sich zwei Reihen von Konsumplätzen als durchgängige Tische gegenüber. Die Blickrichtung ist wie in den meisten DKR in Richtung Wand, bzw. Spiegel. Dieser dient vor allem der sicheren Injektion in die Halsschlagader

der Klient*innen. Die Plätze können im Abstand von 83cm besetzt werden und werden nach jedem Konsumvorgang von der benutzenden Person selbst desinfiziert. Sämtliche Verbindungen und Abdichtungen sollten für den medizinischen Gebrauch geeignet sein. Ein warm-gelber Epoxy-Gussfußboden ist insofern nützlich, da er fugenlos eingebracht werden kann und äußerst leicht zu reinigen ist. Verschmutzungen heben

sich gut ab. Der Anschluss zur Wand sollte ebenfalls keine Möglichkeit für die Ansammlung von Schmutz oder Bakterien bieten. Damit keine Feuchtigkeit in Wand- oder Bodenbauteile eindringen kann, sollte ein Hochzug von mindestens 10cm vorgesehen werden. Die speziell anzufertigenden Konsumtische und Trennwände sollten möglichst aus einem Stück hergestellt werden. Ein Loch für den Spritzenab-

wurf sollte tiefgezogen, sämtliche Knicke gekantet und Stückelungen übergangslos geschweißt werden.



TISCHE

Als Konsumtische schlage ich Konstruktionen vor, die möglichst fugenlos mit Edelstahlplatten verkleidet werden. Kantenradien von 40mm garantieren die einfache Reinigung der Ecken. Ein Konsumplatz ist 83cm breit, bietet je eine selbst steuerbare Beleuchtungseinheit für medizinische Verwendungen oberhalb eines Spiegels, einen Desinfektionsmittelspender und einen Papierhandtuchspender. Ein integrierter Spritzenab-

wurf stellt sicher, dass verwendete und kontaminierte Konsumutensilien sofort und sicher entsorgt werden können. An sechs der sieben Plätze befinden sich eigens ausgesuchte Stühle, die auf nachfolgender Seite beschrieben werden. Mindestens ein Platz sollte barrierefrei nutzbar sein. Mithilfe des im Stiegenhaus vorhandenen Aufzugs ist der DKR auch für körperlich beeinträchtigte Menschen zugänglich.

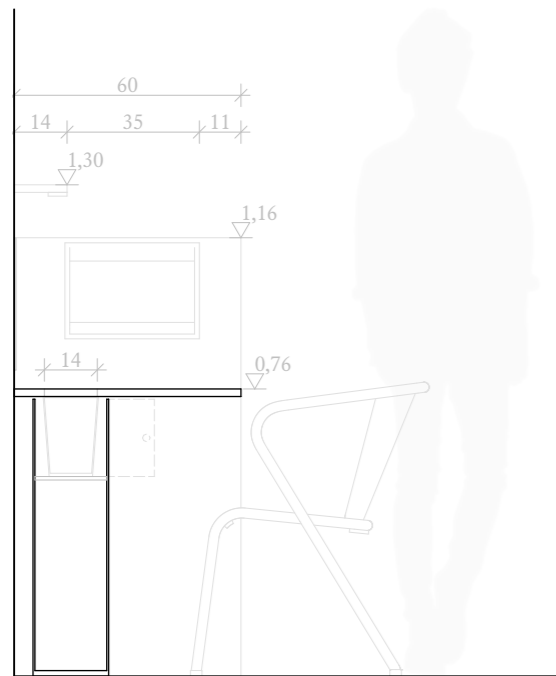


Abb. 55: Querschnitt durch einen Konsumplatz, Maßstab 1:20

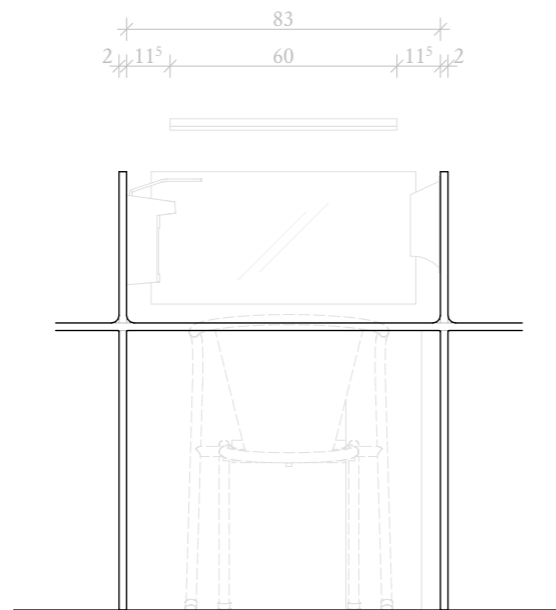


Abb. 56: Längsschnitt durch einen Konsumplatz, Maßstab 1:20

STÜHLE

Der portugiesische Designklassiker »Estoril« eignet sich bestens als langlebige Sitzgelegenheit für die Konsumplätze. Der Stuhl ist stapelbar und sehr stabil. Seine aus wenigen einzelnen Aluminiumrohren gebogene Form, welche mit zwei Platten als Sitzfläche und Rückenlehne belegt ist, erleichtert die Reinigung. Die kratzfeste Pulverbeschichtung verträgt auch schärfere medizinische Reinigungsmittel und große mechanische Belastungen. Da das Design des Stuhls keine Winkel, stumpfe Stöße oder Kanten hat, ist er für Menschen mit verminderter Reaktionsfähigkeit gut geeignet. Rutschfeste, austauschbare

Kunststoff-Füßchen garantieren einen sicheren Stand. Damit sich Verunreinigungen, respektive Blutspritzer, gut abheben können, sollte eine helle Farbe gewählt werden. Ein pastelliges Türkisgrün bildet als Komplementärfarbe einen starken Kontrast hinter dem dunklen Rot des Blutes. Die Farbwahl ist jedoch nicht nur auf diesen pragmatischen Grund zurückzuführen. Die Farbe Grün wirkt auf Menschen eher beruhigend (Mayer de Groot et al. 2018, S. 12).

Der Stuhl ist für rund € 100,- z.B. bei Manufactum erhältlich. Diese Wahl basiert auf einer persönlichen Empfehlung von Herrn Hennis.

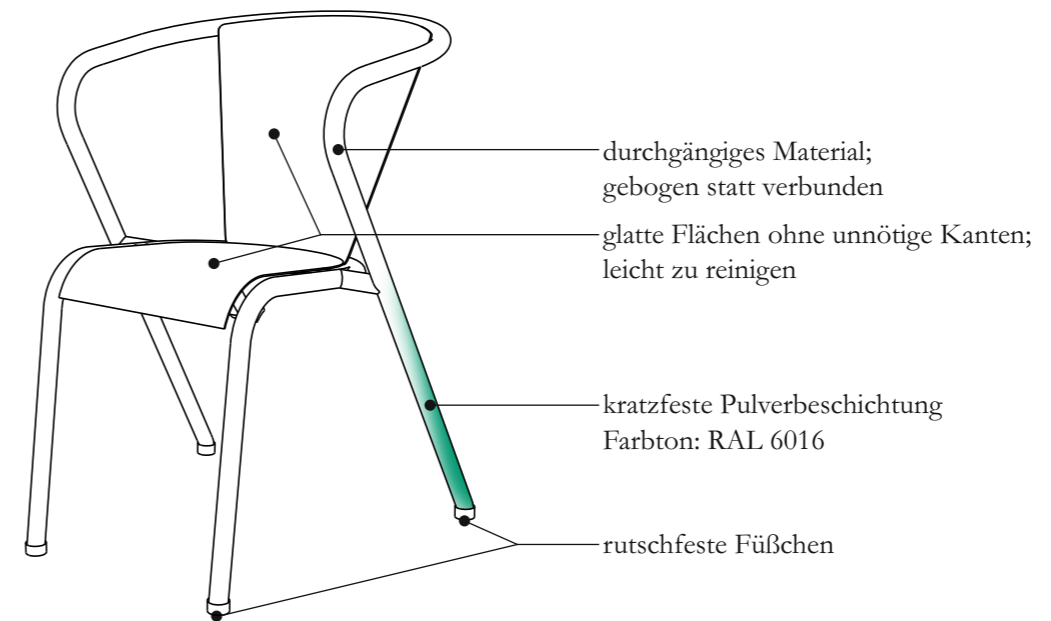


Abb. 57: Stuhl »Estoril« von Manufactum

ÜBERWACHUNG

Für den sicheren Betrieb eines DKR ist die Anwesenheit von ausreichend Personal zu den Öffnungszeiten nötig. Das vorgeschlagene Beispiel verlangt die gleichzeitige Besetzung von drei Posten. Eine Person übernimmt die Anmeldung der Konsumvorgänge und organisatorische Aufgaben. Sie pflegt alle Daten in elektronischer

Form in das Dokumentationssystem ein. Eine weitere Person mit medizinischer Ausbildung steht jederzeit für mögliche Zwischenfälle bereit. Da im Jedmayer ohnehin Ärztinnen und Ärzte angestellt sind und diese auch im selben Geschoss arbeiten, ist es nicht zwingend notwendig, weitere medizinische Fachangestellte für die i. v. Substitutionstherapie einzustellen. Sozialarbeiter*innen, die für die richtige Behandlung



Abb. 58: Ein Konsumplatz

von Menschen bei Überdosierungen ausgebildet wurden, sind ausreichend. Eine dritte Person hält sich stets im Konsumraum auf und beobachtet die Konsumierenden. Sollte sie einen Zwischenfall feststellen, kann sie mit einem Knopf den Alarm auslösen. Dadurch werden die anderen beiden Mitarbeiter*innen informiert und können vorerst Sichtkontakt über die Fenster in den Trennwänden herstellen oder gleich zu Hilfe kommen. Durch das Auslösen des Alarmknopfes wird das Licht hochgedimmt und ein deutliches aber nicht erschreckendes akustisches Signal ertönt. So kann extrem zeitnah reagiert werden. Der täglich überprüfte Notfallwagen hält sämtliche Geräte und Substanzen bereit, die zur erfolgreichen Behandlung bei Überdosierungen nötig sind. Dazu zählt ein Oximeter,

um den Sauerstoffgehalt des Blutes zu messen, Beatmungsbeutel, Rachentuben und eine Sauerstoffflasche bei Atemdepressionen und Naloxon als Nasenspray, damit die Wirkung von Heroin möglichst umgekehrt, bzw. gehemmt werden kann. Im Rahmen der i. v. Substitutionstherapie sollte es allerdings zu weitaus weniger Zwischenfällen kommen, da jede/r Klient*in eine speziell angepasste Dosis ausgehändigt bekommt. Diese wird erst nach Feststellung des Bedarfs durch Gespräche mit medizinisch-psychologischem Personal sowie mit Personal der Sozialarbeit definiert und kann laufend geändert werden. Da es sich um chemisch reine Substanzen handelt, kann es nicht zu Verunreinigungen durch Streckmittel des Schwarzmarkts kommen.



Abb. 59: Die Übersicht vom Überwachungsplatz aus. Kunst an den Wänden trägt zum Wohlbefinden bei und stimuliert positive Ablenkung
Malereien: ©Emma Kling



Abb. 60: Der Konsumraum kann von einer Ecke des Raumes gänzlich überblickt werden.

KOSTENSCHÄTZUNG

Kategorie	Posten	Menge	Geschätzte Kosten	Geschätzte Gesamtkosten
Abbruch	Fußboden Bestand (in m ²)	65	90,00 €	5.850 €
Abbruch	Wanddurchbruch Fenster	1	800,00 €	800 €
Abbruch	Wanddurchbruch Tür	1	800,00 €	800 €
Neubau	Einbringung neuer Estrich (in m ²)	65	10,00 €	650 €
Neubau	Ausgleich Fußboden, Spachtelung (in m ²)	65	20,00 €	1.300 €
Neubau	Verlegen Epoxyboden (Annahme, in m ²)	65	210,00 €	13.650 €
Neubau	Fenster 200x60cm Fixverglasung ESG doppelt inkl. Einbau	1	2.000,00 €	2.000 €
Neubau	Tür 90x200cm Röhrenspan hellgrau lackiert inkl. Einbau	1	1.400,00 €	1.400 €
Neubau	Verlängerung VSS 70mm auf ca. 4 Lfm.	1	600,00 €	600 €
Malerei	Malerarbeiten (in m ²)	140	15,00 €	2.100 €
Tischler	Tischleranfertigung Schränke	3	1.800,00 €	5.400 €
Tischler	Tischleranfertigung Schreibtische	2	1.500,00 €	3.000 €
Konsumtische	Nirosta Spezialanfertigung	7	4.000,00 €	28.000 €
Elektro	Elektroarbeiten mit Dali-Steuerung (Annahme)	1	11.000,00 €	11.000 €
Sanitär	Anschluss Sanitär	1	600,00 €	600 €
Sanitär	Washstation Edelstahl mit Sensorarmatur	1	800,00 €	800 €
Einrichtung	Estoril von Manufactum	12	110,00 €	1.320 €
Einrichtung	Stuhl Konsumraum Score Ergo 2300 Cleanroom	2	580,00 €	1.160 €
Einrichtung	Stuhl Anmeldung Score Medical 6101	1	295,00 €	295 €
Einrichtung	Untersuchungshocker P91 ALG3	1	255,00 €	255 €
Einrichtung	Kanülenabwurfbehälter 7,7L	20	7,00 €	140 €
Einrichtung	Desinfektionsmittelspender Allpax 1000ml	10	110,00 €	1.100 €
Einrichtung	Papierhandtuchspender Allpax	10	30,00 €	300 €
Einrichtung	Spiegel 70x35cm	7	70,00 €	490 €
Einrichtung	Sauerstoffflasche 10L (Notfallwagen)	1	500,00 €	500 €
Einrichtung	Naloxon (Notfallwagen)	50	7,00 €	350 €
Einrichtung	Wagen medizinisch (Notfallwagen)	1	2.300,00 €	2.300 €
Einrichtung	Untersuchungsliege stationär	1	1.200,00 €	1.200 €
Einrichtung	Wandleuchte Waldmann Zera Bath 20W	7	540,00 €	3.780 €
Dokumentation	Computer, Bildschirm, Tastatur, Maus	1	2.000,00 €	2.000 €
Reinigung	Feinreinigung (in m ²)	65	10,00 €	650 €
Sonstiges	Einbauarbeiten, Änderungen, usw. (pauschal)	1	5.000,00 €	5.000 €
Summe			38.659,00 €	98.790,00 €

Mit nebenstehender Tabelle können die Umbaukosten der drei Räume grob abgeschätzt werden. Da nicht allzu viele bauliche Maßnahmen erforderlich sind, halten sich die Kosten in einem adäquaten Rahmen. Über die Existenz eines Referenzprojekts mit der Spezialanfertigung solcher Edelstahlmöbel ist mir nichts bekannt. Daher ist diese Position geschätzt und könnte erheblich variieren. Die Einbringung des Gießfußbodens ist ebenfalls eine Annahme. Die Materialkosten nehmen bei dieser Position einen sehr großen Anteil ein und die genaue Menge kann nur von Fachpersonal abgeschätzt werden.

Zum Vergleich: Ein neues Konsummobil soll laut dem Verein Fixpunkt in Berlin ca. 80.000€ kosten (Attenberger 2018). Dabei muss jedoch im Vorfeld ein geeigneter Transporter gekauft und daraufhin von einem speziellen Unternehmen umgebaut werden.

PFEILER VIER

9 PFEILER VIER

Mit folgendem Entwurf möchte ich einen möglichst niedrigschwelligen Vorschlag für einen DKR geben, welcher höchstwahrscheinlich sehr kosteneffizient betrieben werden könnte und gleichzeitig die grundlegenden Designkriterien für die Gestalt eines DKR erfüllt. Zu diesem Zweck habe ich mich in unmittelbarer Nähe des Suchthilfezentrums und damit der Nähe der Szene auf die Suche nach einem leer stehenden Objekt begeben. In dieser Umgebung gibt es keine Bauplätze, welche für einen Neubau geeignet sein könnten. Unter den vielen Leerständen im 15. Bezirk befindet sich eventuell die eine oder andere geeignete Option, wobei hier unbedingt daran gedacht werden sollte, dass die Entfernung zu sozialen Einrichtungen nicht zu groß ist. Zudem ist der sensible Umgang mit Anrainer*innen in den dicht besiedelten Bezirken Rudolfsheim und Mariahilf von zentraler Bedeutung.

Objekte der Wiener Infrastruktur unterliegen dieser Schwierigkeit nicht direkt. Bauten, die Gleise des öffentlichen Verkehrs tragen, stehen meist frei auf gesonderten Flächen. So auch der Pfeiler Vier unter dem Gleiskörper der U6, welcher nach dem Entwurf von Otto Wagner im Jahr 1898 errichtet wurde. Er bildet eines von mehreren Auflagern für die sog. »Brücke über die Zeile« und ist weniger als 200m vom Jedmayer entfernt.

Dieser nach außen hin eher kubische, teilweise mit Jugendstil-Verzierungen geschmückte Bau beherbergt ein hohes Tonnengewölbe in seinem Inneren. Dieses Gewölbe steht selbst wiederum auf drei kleineren Tonnengewölben, die in Längsrichtung des Pfeilers angeordnet sind.

Wie bereits erläutert, sollte ein DKR einerseits

sämtliche Anforderungen eines allgemeinen, medizinischen Behandlungsraumes erfüllen, gleichsam jedoch möglichst attraktiv auf mögliche Klient*innen wirken. Hierfür ist sowohl die äußere Wirkung des Gebäudes, als auch das atmosphärische Raumgefühl bedeutend.

Diese Empfindungen können maßgeblich durch den sensiblen Einsatz passender Materialien, Farben und Licht beeinflusst werden. Der Charakter eines Kaffeehauses, bzw. das Mittel der einfachen Gastronomie, soll in diesem Projekt seinen eigenen Platz in Form eines Cafés bekommen.

Mit diesem Entwurf möchte ich einen Raum der Gruppe »spezialisierte DKR« (siehe Kapitel 3) vorschlagen. Das bedeutet, er soll ausschließlich dem überwachten Konsum von Drogen dienen. Es gibt daher kein direktes Beratungsangebot oder andere Dienstleistungen der Sozialarbeit innerhalb des Hauses. Dafür bietet ein solcher Raum die niedrigschwelligste aller Formen von DKR. Alle Menschen, die in sicherer, würdiger und angenehmer Umgebung intravenös Drogen konsumieren möchten, sollen Zugang bekommen. Der Ablauf eines Regelbesuchs im Pfeiler Vier soll folgendermaßen aussehen:

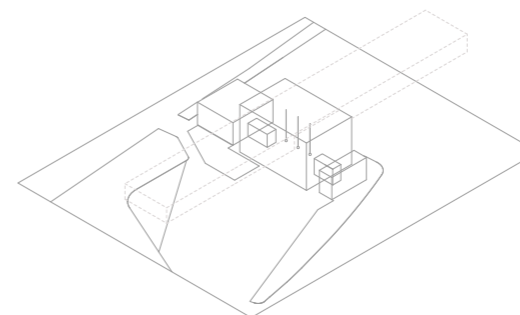
1. Zugang über Eingang 1
2. Anmeldung an der Rezeption
3. Identifikation mittels anonymem Codewort
4. Auskunft über den Konsum (Substanz + Konsumform)
5. Ausgabe aller nötigen Hilfsmittel
6. Überwachter Konsum
7. Überwachte Erholung im Café



Abb. 61: Ansicht des Pfeiler 4 vom Sechsbauser Gürtel aus



Der Pfeiler liegt sehr exponiert inmitten der Kreuzung der Wienzeile mit dem Gürtel.



Der Brückenpfeiler befindet sich inmitten des Wiener Gürtels zwischen zwei stark befahrenen Straßen – dem dreispurig in Richtung Norden verlaufenden Gumpendorfer Gürtel und, auf der anderen Seite, dem vierspurigen Sechshauser Gürtel für den Verkehr in Gegenrichtung. Die so wichtige Hauptverkehrsader, die sich um Wien herum schlingt und die »inneren Bezirke« von den Ende des 19. Jahrhunderts eingemeindeten Bezirken (bis dahin noch Vororte) abtrennt, macht einen großen Teil des städtebaulichen Charakters der Stadt aus. Eine infrastrukturelle Besonderheit, deren Verlauf dem ehemaligen Linienwall folgt, steht heute exemplarisch für die leicht derbe Art der Wienerinnen und Wiener. Entlang der Straße mit zähem Verkehrsfluss siedelten sich schon seit jeher Etablissements der Vergnügungsbranche an. Es ist der Ort der Nachtlokale und Bordelle – eine etwas derbere Passage, welche der edlen Anmut des kaiserlich geprägten Wiens eine authentische Kultur der Lust entgegensetzt. Hier ist es lauter, schmutziger und ein kleines bisschen gefährlicher als im Rest der Stadt.

Das Gebäude gehört gerade noch zum sechsten Wiener Gemeindebezirk; es selbst bildet die Außengrenze zu Rudolfsheim-Fünfhaus, einem Bezirk, der von Diversität geprägt ist. Leicht nördlich von der Kreuzung des Gürtels mit der Wienzeile steht der Pfeiler als Solitär unter dem Stahlfachwerk der U-Bahnlinie 6. Obwohl er, eindeutig erkennbar an der geschmückten Westfassade, stadtauswärts gerichtet ist, führt kein richtiger Weg zu seinem Eingang. Die Erschließung rund herum ist verwirrend, weshalb das Gebäude auch kaum als nutzbarer Raum wahrgenommen wird. Die bloße Stützfunktion für die Stadtbahngleise wird kaum angezweifelt. Für die Wiener Linien ist er aktuell nur Lagerraum für diverse Geräte, die zur Instandhaltung der Infrastruktur dienen.

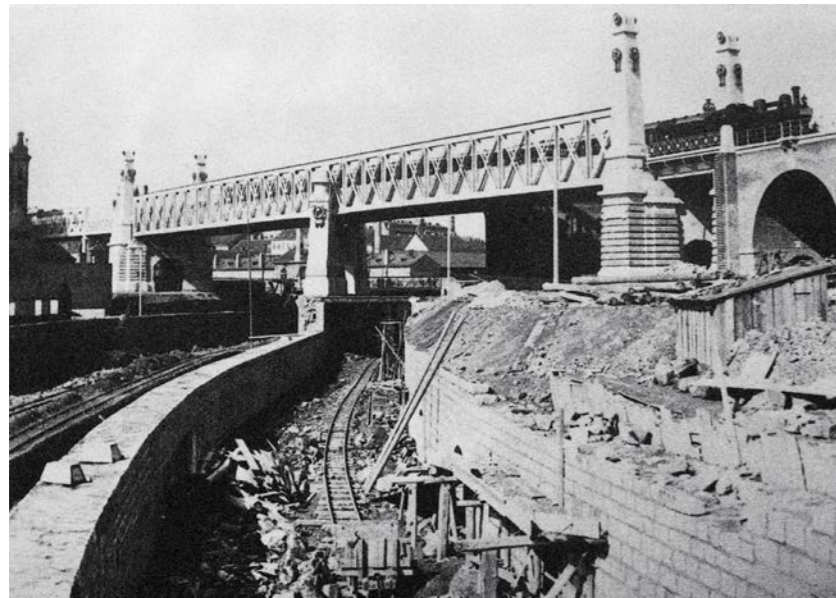
Städtebaulich kann er als Verbindung des Gleiskörpers mit der Stadtfläche angesehen werden. Aus der Sicht eines vorbeigehenden Menschen bildet er den ersten Schritt der Auflösung der nördlichen, lang gestreckten Unterbauung der Gleise, die sich in Richtung der Wienzeile weiter fortsetzt. Von der »Stadtwildnis Gaudenzdorfer Gürtel« kommend wirkt er wie der kleine Bruder des Pfeiler Eins, der weitaus imposanter mit hoch über das Stahlfachwerk hinaus ragenden Steintürmen optisch die Kreuzung beherrscht. Angrenzende Blockrandbebauung stellt sich dem frei stehenden Brückenpfeiler mit großer Dichte gegenüber. In östlicher Richtung lockert sich das Gefüge stark auf und bietet mit viel Grünfläche vor der nächsten Straßen- und U-Bahnstation Margaretengürtel eine wichtige Abwechslung zur engen Bebauung des 15. Bezirks.

Übersichtsplan 1:2000

0 10 50 100 200 (m)



(m)



spiel Berlin 1882, wie ein solches Projekt aussehen kann (Stadtbahn (o. V.) 1882). Mit dem Bau der Infrastruktur wurde letztlich jedoch erst im Jahr 1892 begonnen. Nachträglich wurde der damals schon bekannte Architekt Otto Wagner dazu berufen, »als künstlerischer Beirat im Auftrag der Commission für Verkehrsanlagen in Wien die einheitliche architektonische Ausgestaltung der Hochbauten und Brücken der Stadtbahn

Die Entstehung der Wiener Stadtbahn und damit auch des Pfeilers Vier wurde im Rahmen eines Wettbewerbs im Jahr 1873 unter Kaiser Franz Joseph I. groß diskutiert. Die im selben Jahr stattfindende Weltausstellung war Grund genug, den Bau einer innerstädtisch verlaufenden, getakelten Bahn in Erwägung zu ziehen. Die Stadt Wien wollte sich für diesen Anlass als Großstadt präsentieren. Bekanntlich war die Weltausstellung jedoch weder wirtschaftlich ein großer Erfolg, noch wirkte sie sich sonderlich positiv auf das Image der Stadt aus (Pemsel 1989). Der noch in der ersten Woche des Großereignisses stattfindende *Gründerkrach*¹⁹ tat sein Übriges zur Prioritätenverschiebung weg vom Ausbau des öffentlichen Verkehrs in Wien.

Nach Überwindung der Krise zeigte das Bei-

zu übernehmen« (Austria Forum 2021). Er wollte es jedoch nicht bei seinem Amt als künstlerischer Beirat belassen und prägte durch seine weitgehende Übernahme das Projekt so in allen Bereichen.

Sämtliche Designentscheidungen, die das öffentlich wahrnehmbare Bild der Stadtbahn prägten, gingen durch Otto Wagners Büro, was man aktuell als *Corporate Identity* beschreiben könnte. Alle Stationsgebäude, Brücken und Viadukte und sogar die Wagen wurden von ihm gestaltet. Das heutzutage so bekannte »Otto-Wagner-Grün« war allerdings interessanterweise nicht seine Entscheidung – die Farbe wurde erst in den 1950er Jahren auf die von ihm entworfenen Siegeskränze, Geländer und Stahlkonstruktionen aufgetragen. Ursprünglich handelte es sich hierbei um

einen Weiß- bzw. hellen Beigeton. (BDA 2021) Man stelle sich die Stadt vor, wenn sämtliche momentan grünen Metallteile in weiß erstrahlen würden.

Wie die gesamte Gürtellinie wurde auch die Brücke über die Zeile ursprünglich für die Dampfstadtbahn gebaut. Da Wagner die Betonung der waagrechten Linie so wichtig war, wurde das Stahltragwerk der Brücke horizontal ausgeführt. Da die Fahrspur der Bahn allerdings leicht bergab geht, entwarf er die Konstruktion in abgestuften Teilstücken, welche jeweils waagrecht

verlaufen. (Röll 1923)

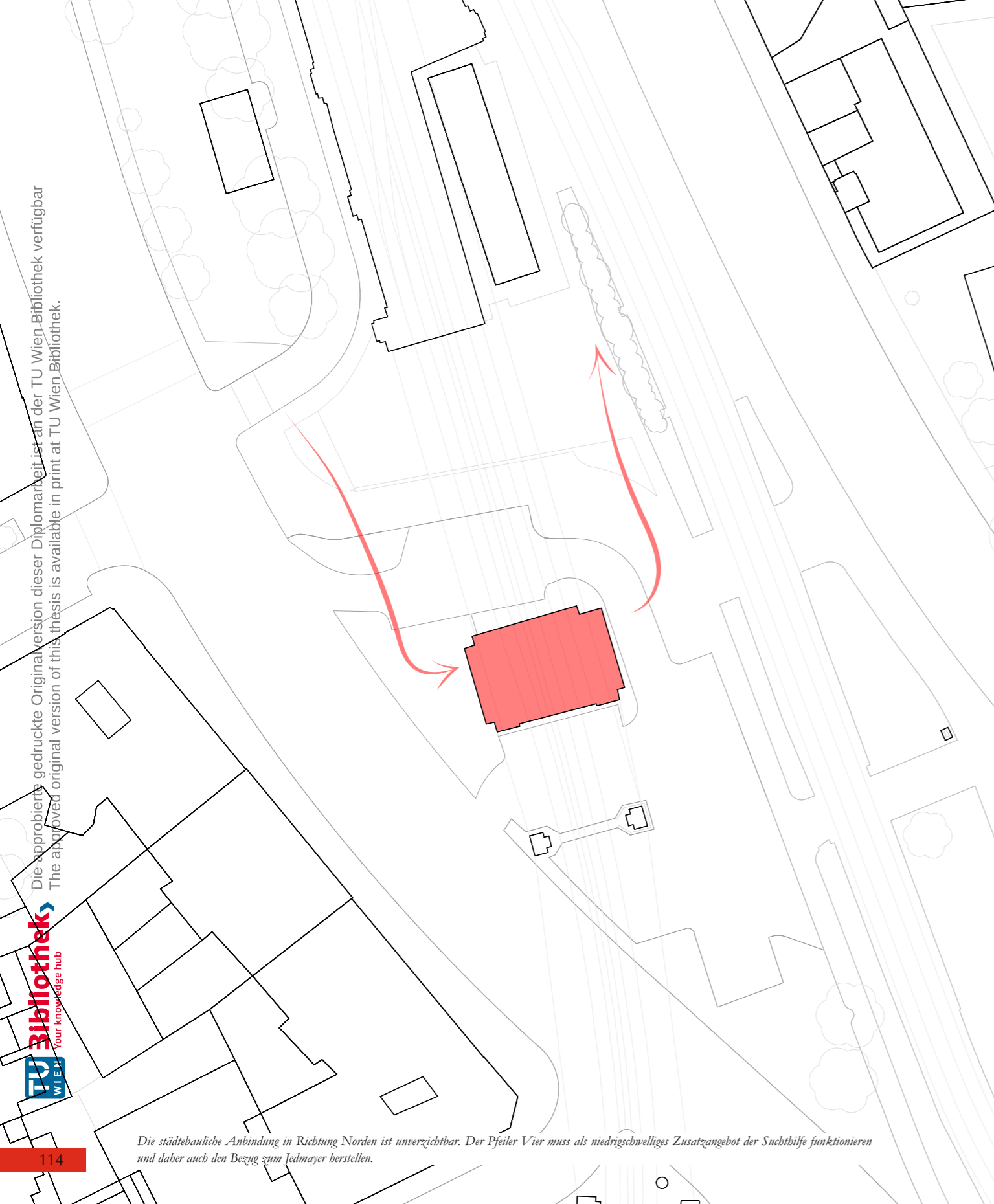


Abb. 62: Otto-Wagner-Brücke über das Wiental im Bau, 1898
©Friedrich Strauß

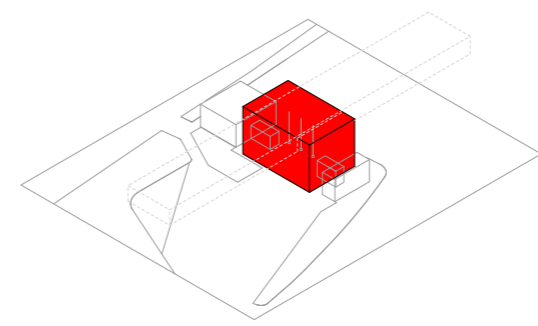
Abb. 63: Die historische Stadtbahn um 1918 am Josefstädter Gürtel
©Wiener Linien

¹⁹ Börsenkrach vom 9. Mai 1873, der auf die Wiener Gründerzeit folgte

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.



9.2 DER BESTAND

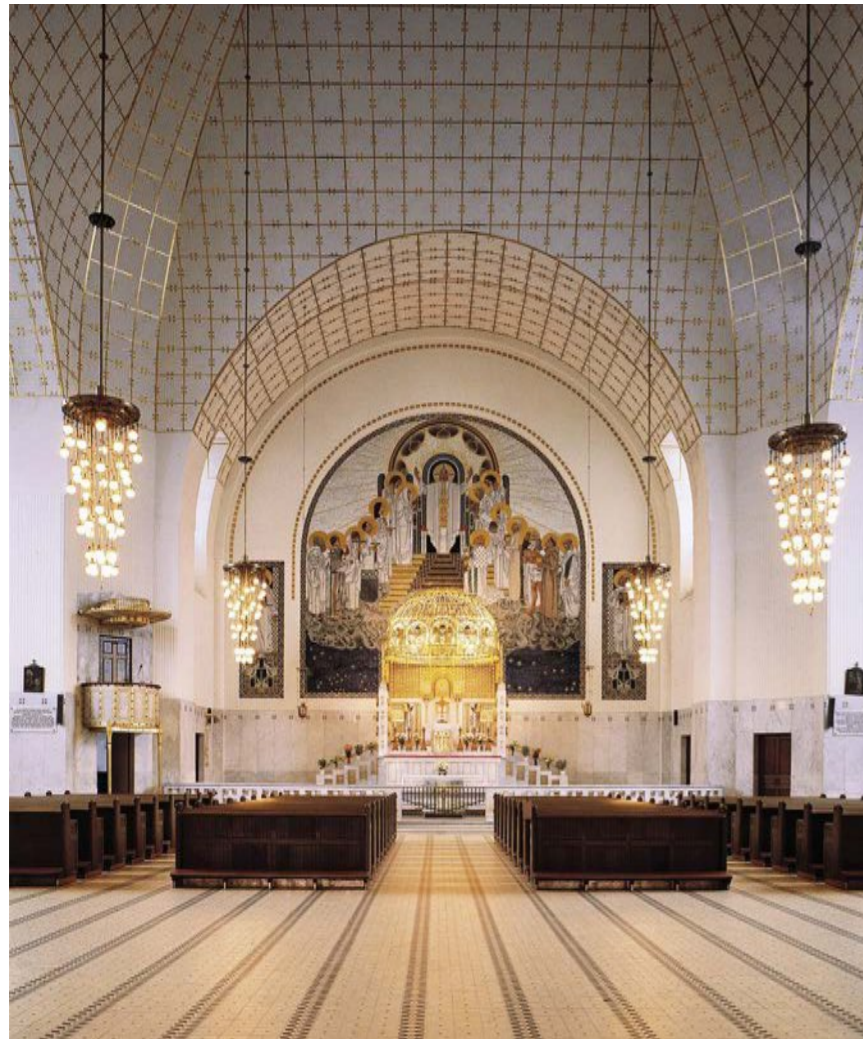


Sie wurde nach den Zeichnungen von Wagner im Zentrum des Krankenhausareals im heutigen Bezirk Penzing in Pavillonbauweise zwischen 1904 und 1907 realisiert. Eröffnet als *Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke »Am Steinhof«* (Wiener Bilder 1907, S. 4), ist es heute eines der prominentesten Gebäude des Wiener Jugendstils und gleichzeitig das wohl wichtigste Werk Otto Wagners. Mit ihrer nach außen hin klaren Formensprache hat sie nicht nur große Ähnlichkeit mit der Friedhofskirche des Zentralfriedhofs, sondern ebenfalls mit dem im Mittelpunkt dieser Arbeit stehenden Brückenpfeiler. Natürlich zeigt sich in der goldenen, byzantinischen Kuppel, dem Hauptmerkmal des Gebäudes, ein großer Unterschied zum Pfeiler, jedoch wurde diese Wirkung durch die abgehängte Decke im Innenraum stark reduziert. Hier findet sich eine moderne Klarheit, die sich, im Gegensatz zu vielen Ende des 19. Jahrhunderts entstandenen Kirchen mit romanischen oder gotischen Elementen, aus dem Vorsatz der Funktionalität herausbildete. Der Boden fällt für die vereinfachte Reinigung nach hinten hin ab, wo das Wasser in Ablaufrinnen gesammelt wird. Die Holzbänke sind zudem abgerundet, was dieselben Gründe wie die Entschärfung des Mobiliars in DKR hat. Auch hier ist die Wand bis auf über drei Meter verkleidet. Die Marmorplatten kennzeichnen sich als unempfindlich gegen etwaige physische Einwirkungen durch Patient*innen und sind ebenfalls leicht zu reinigen. Die Bedingungen der Krankenhausumgebung und die Vorausplanung der Nutzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hatten großen Einfluss auf die Raumgestaltung. (Reisner 2017)

Der Innenraum des Bestandsgebäudes ist vor allem von seiner statischen Anforderung als Tragwerk der U-Bahn geprägt. Das hohe, interessanterweise einer Kirche ähnelnde Tonnengewölbe lagert auf kleineren Fensterbögen, die tiefe Nischen überspannen.

Die konzeptionellen Überlegungen für die Umgestaltung des Bestandsbaus zeigen einige Parallelen zur Kirche am Steinhof, die 1907, nur wenige Jahre nach Fertigstellung des Pfeilers, eröffnet wurde. Daher möchte ich unter diesem Oberpunkt den ebenfalls von Otto Wagner entworfenen Sakralbau beschreiben. Die Analogie meines Entwurfs zum Vorbild der Kirche am Steinhof liegt bereits in der Tatsache, dass beide Projekte unter der Vorgabe sehr funktionsbezogener Parameter entstanden sind. Die formale Sprache des Inneren des römisch-katholischen Gotteshauses orientiert sich an Zielsetzungen wie »geborgene Atmosphäre, Überblickbarkeit des kreuzförmigen Zentralraumes, leichte Zugänglichkeit zu den Sitzbänken und äußerste Hygiene« (Az W 2003).

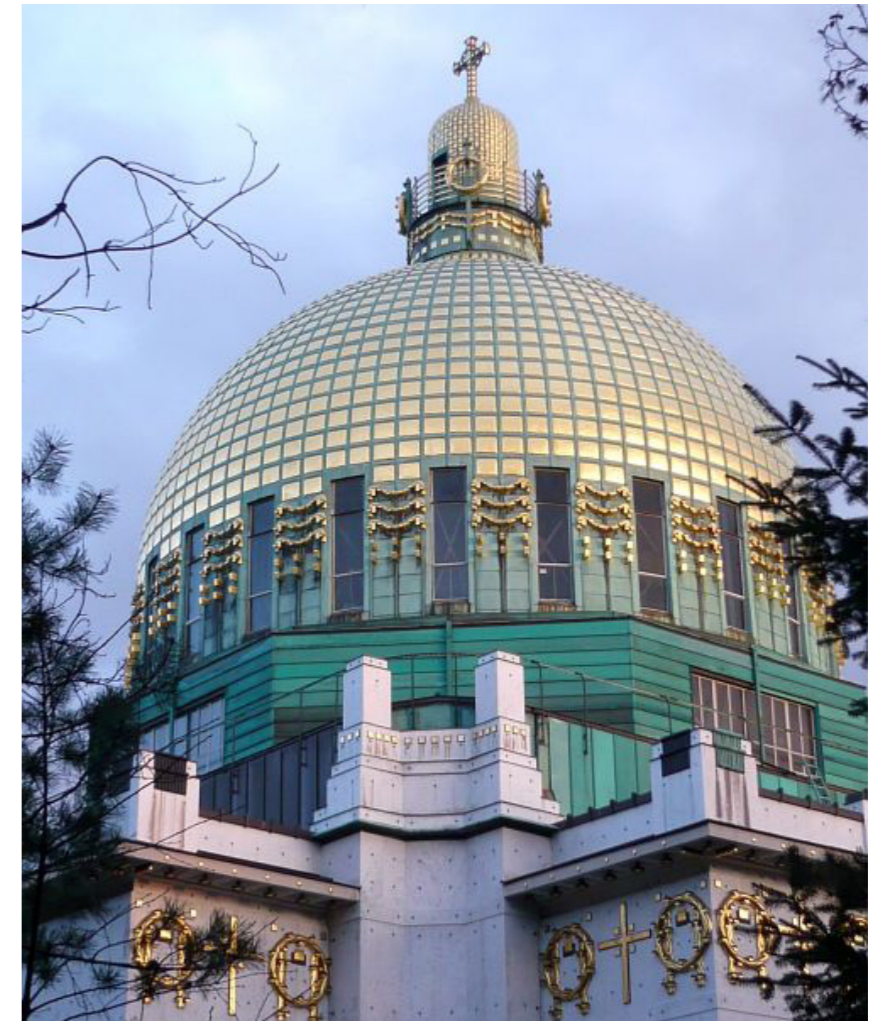
Die städtebauliche Anbindung in Richtung Norden ist unverzichtbar. Der Pfeiler Vier muss als niedrigschwelliges Zusatzangebot der Suchthilfe funktionieren und dabei auch den Bezug zum Jedmayr herstellen.



Mit ihrer großzügigen Raumhöhe wirken Sakralbauten beeindruckend auf uns Menschen. Wir halten uns im Alltag fast nie in Gebäuden mit solch hohen Decken auf, wodurch der Besuch von Kirchen, Synagogen oder auch Moscheen zu einem besonderen Ereignis wird. Wohnraum ist,

vor allem in Großstädten, knapp geworden und will effizient genutzt werden. Lediglich in modernen, repräsentativen Bauten leistet man sich mehr Luft über dem Kopf, die viel Geld kostet und, zumindest auf den ersten Blick, keinen großen Nutzen erfüllt.

Abb. 64: Innenraum der Kirche am Steinhof mit Blick auf den Altar
©Carniel/Österreich Werbung



Dass diese Großzügigkeit allerdings einige Vorteile wie größeres Luftvolumen, bessere Belichtung, oder die Möglichkeit einfacher durchzuführender nachträglicher Änderungen mit sich bringt, wird dabei oft nicht berücksichtigt. Enge ist im Rahmen der DKR eine Einschränkung, die tunlichst vermieden werden sollte. Die unter

Kapitel 5 beschriebenen Einrichtungen H17 und InSite zeigen, dass räumliche Weite für DKR ein gut funktionierendes architektonisches Stilmittel sein kann. Insofern ist auch diesbezüglich die entwerferische Orientierung an der formalen Klarheit und verhältnismäßigen Höhe der Kirche am Steinhof begründet.

Abb. 65: Die byzantinische Kuppel der Kirche am Steinhof
©Theo Reiser

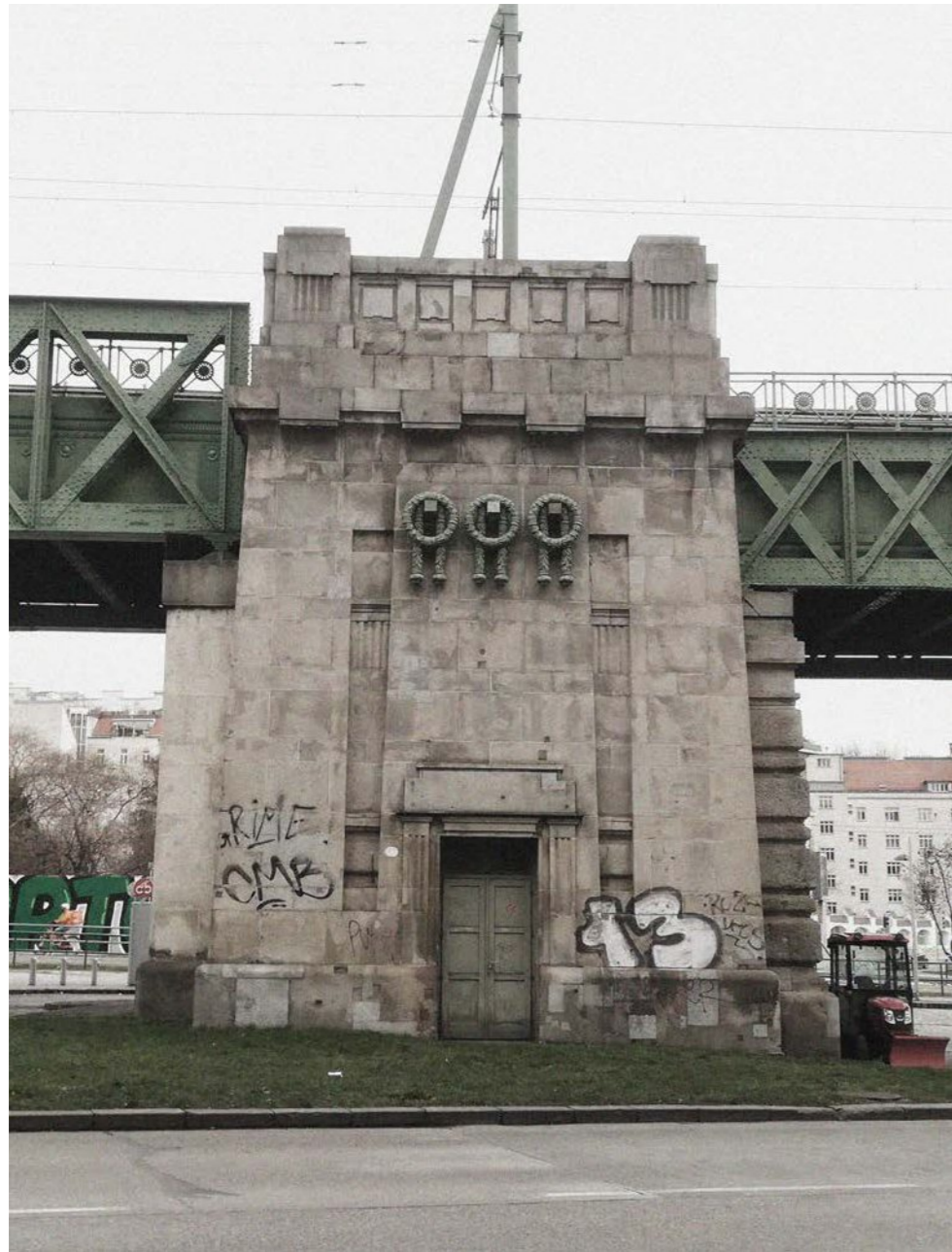


Abb. 66: Die Vorderseite des Pfeilers (aus Sicht von Westen)

Auf den folgenden Seiten sind die vier Ansichten des Brückenpfeilers beschrieben. Diese unterscheiden sich zwar stark, jedoch folgt jede Außenfläche eigenen Prinzipien von Symmetrie, Regel und Proportion. Die dominierende Seite ist die stadtauswärts gerichtete, die auch den Zugang zum Innenraum gewährt. Hier überragt der Stein auch die Gleiskonstruktion. Die Front ist im Vergleich zu den anderen Seiten eher glatt gehalten und wird hauptsächlich von einem tiefen

Gesims im oberen Bereich definiert. Sie wird von drei Lorbeerkränzen geschmückt, die mittlerweile im Grün der 1950er Jahre bemalt wurden. Die Südfassade wird von horizontalen Linien proportioniert. Der Einsatz möglichst vieler horizontaler Linien war Otto Wagner sehr wichtig, da dies für ihn den Eingriff in die Stadt am dezentesten machte. Drei rechteckige Fenster markieren die im Inneren liegenden Bögen, welche das Gewölbe tragen.



Abb. 67: Die Flanke des Pfeilers (aus Sicht von Süden)

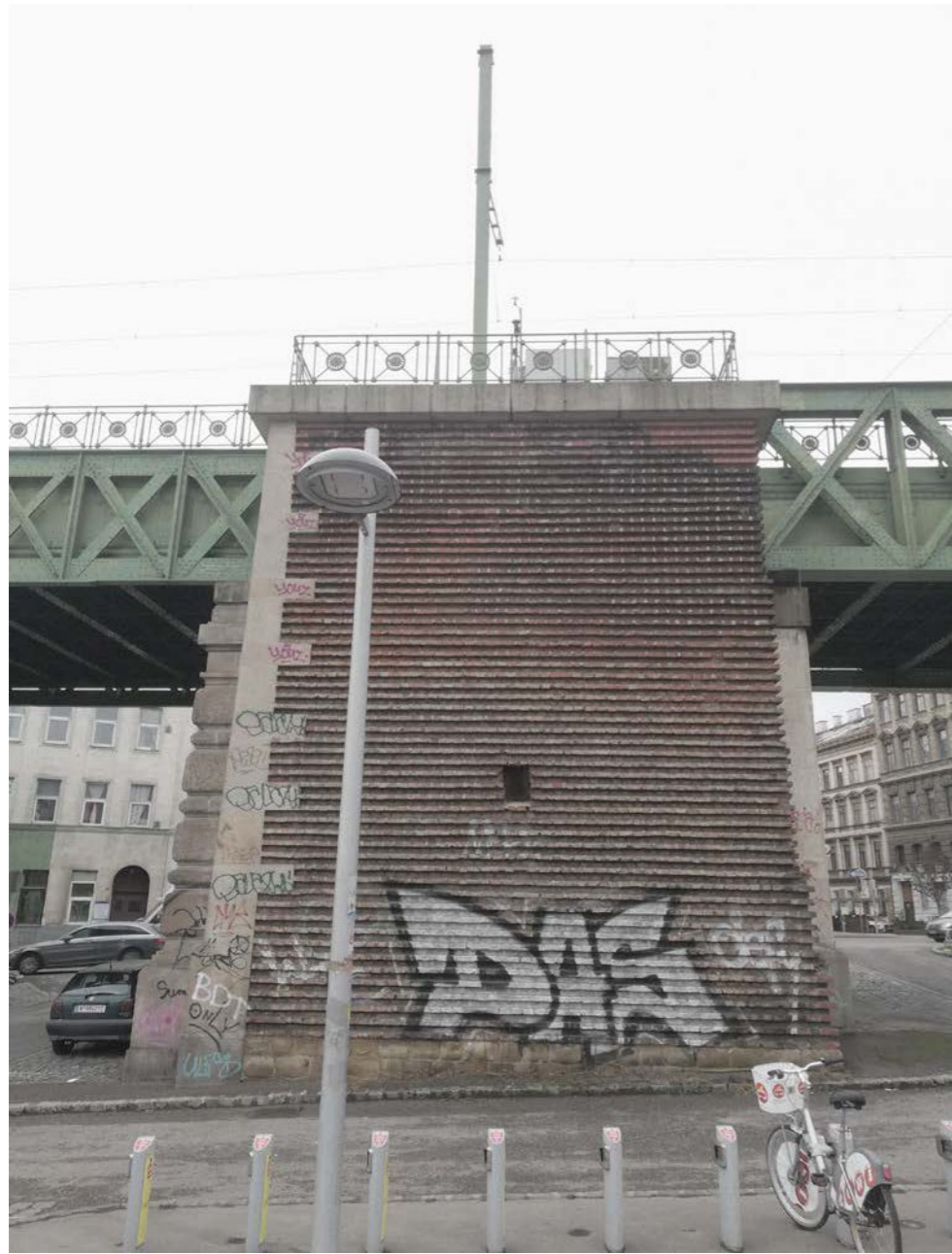


Abb. 68: Die Rückseite des Pfeilers (aus Sicht von Osten)

Die stadteinwärts gewandte Seite ist vornehmlich von einem sehr rauen Relief aus herausstehenden Ziegeln geprägt. Nur die linke Ecke ist mit Bossensteinen aus Granit verziert. Eine weitere, unproportioniert klein wirkende Öffnung sticht heraus. Sie wurde zu hoher Wahrscheinlichkeit nachträglich eingefügt, da sie in den Entwurfsplänen von Otto Wagner nicht zu sehen ist. Auf dieser Seite liegt eine von einem Geländer eingefasste Plattform neben den Gleisen auf.

Die Nordfassade des Gebäudes erinnert am ehesten an die Frontseite. Auffällig sind auch hier die drei Fensteröffnungen vor den innerhalb liegenden Bögen, die selbst in einer leicht vertieften Ebene der Fläche sitzen. Sie werden von einer umlaufenden rechteckigen Kante gerahmt. Auch von hier aus gesehen sind Bossensteine an der konkaven Ecke im linken Bereich verbaut. Ein abgerundeter Sockel umschließt den Pfeiler an allen Seiten außer der Rückseite.



Abb. 69: Die Flanke des Pfeilers (aus Sicht von Norden)

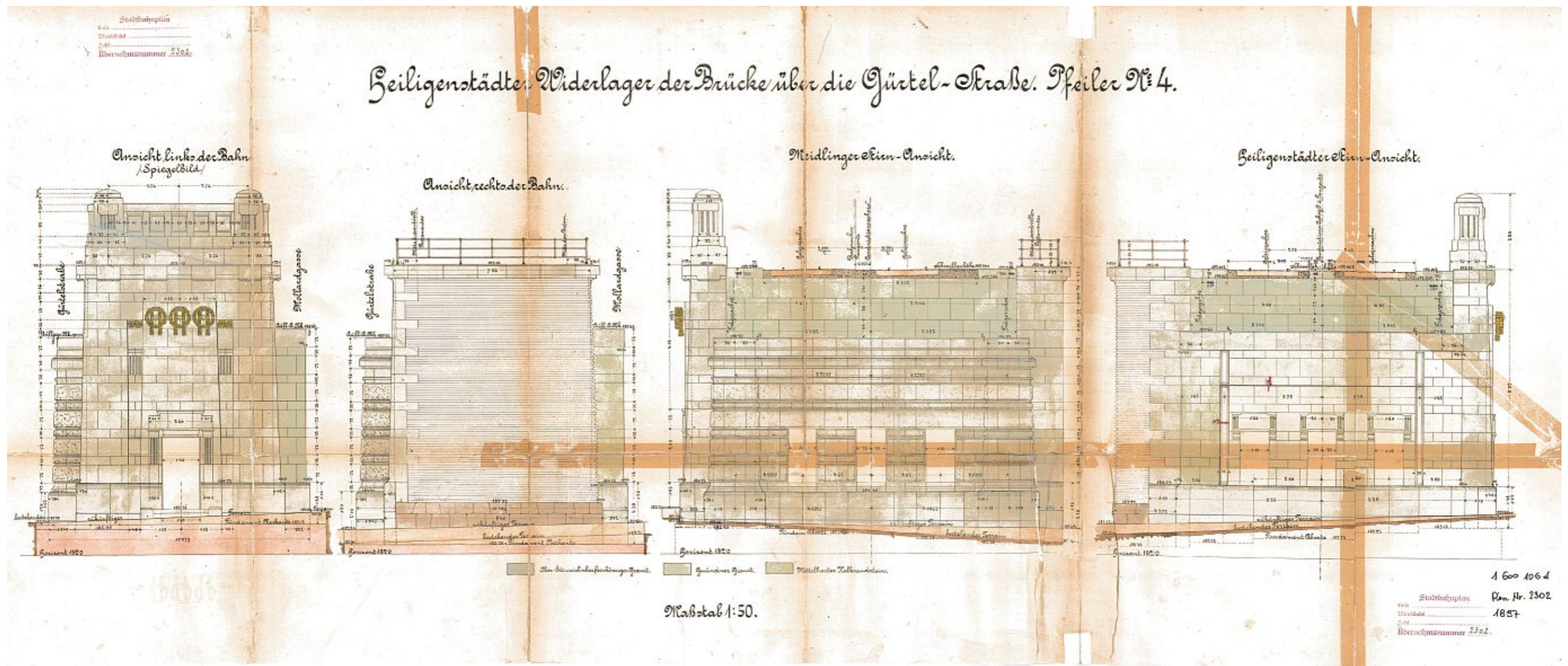
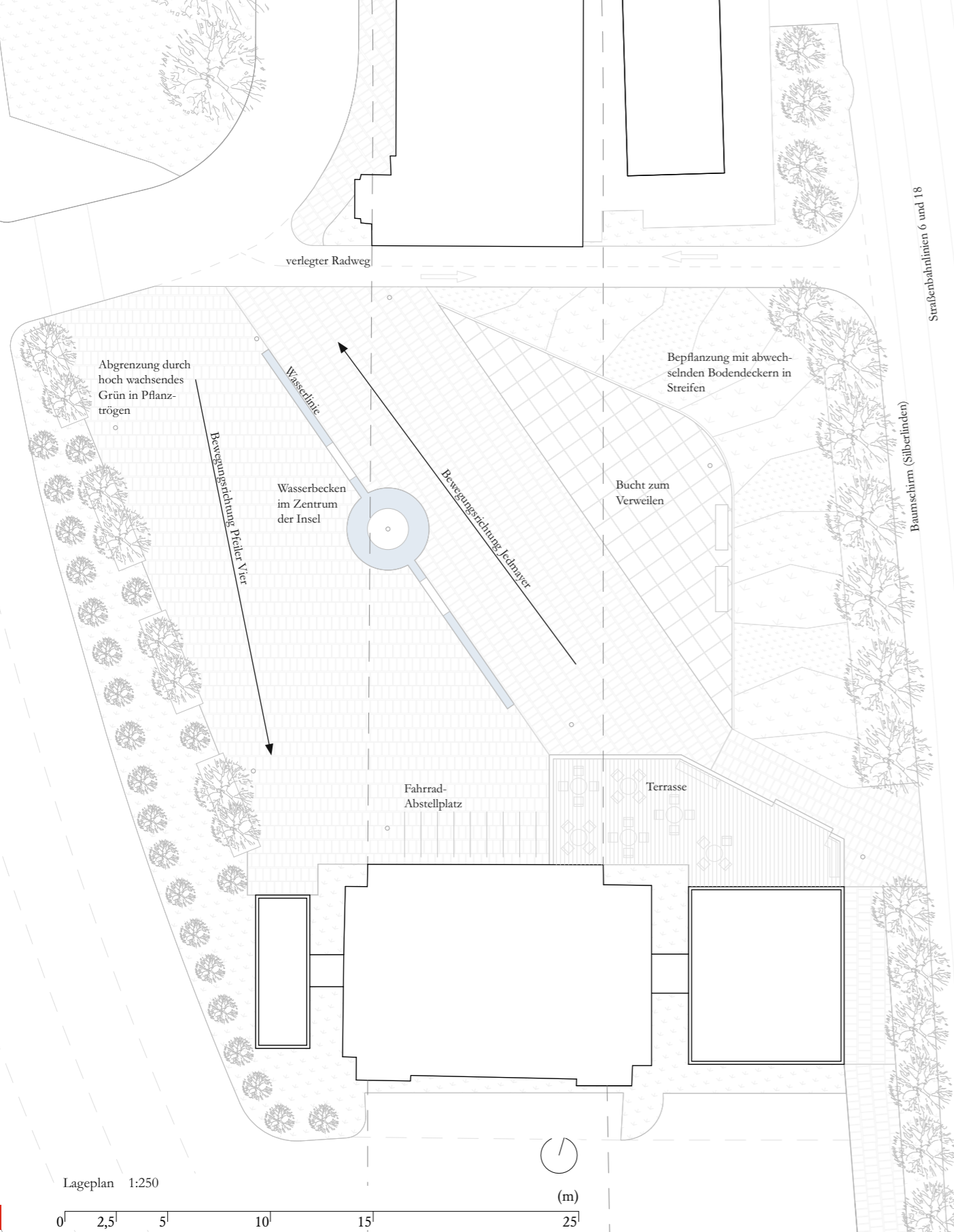
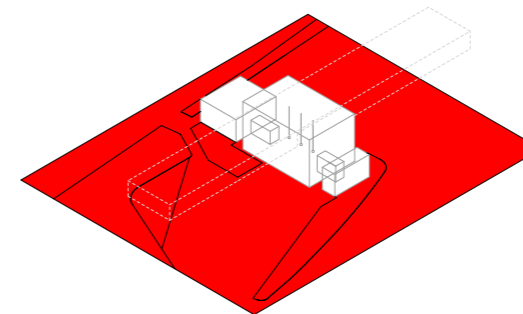


Abb. 70: Originalpläne: Die vier Ansichten des Pfeilers.
© Otto Wagner, 1897



9.3 DER PLATZ



Da sich die meisten Teilnehmer der örtlichen Medikamentenszene bisher rund um das Stationsgebäude der Gumpendorfer Straße aufhalten und dies laut Aussage von Mitarbeitern der Suchthilfe regelmäßig Beschwerden der Nachbarschaft zur Folge hat, sollte im Entwurf eines DKR in jedem Fall die Möglichkeit des Aufenthalts im Stadtraum mitgedacht werden. Das Projekt stellt sich selbst die Anforderung, mit hoher Attraktivität möglichst einladend auf so viele suchtkranke Menschen wie möglich zu wirken, damit die nötige Effizienz erreicht werden kann und die geforderten Auswirkungen stattfinden. Wenn dabei jedoch die Außenraumgestaltung der direkten Umgebung nicht mit einbezogen wird, könnte dies eine Verwahrlosung der Fläche zur Folge haben. In Wien wurde meist durch Verdrängung versucht, die Opioidszene aus dem Stadtbild zu entfernen. Einen wirklichen Plan, der eine Alternative für die verdrängten Menschen vorschlug, gab es jedoch nie.¹⁹ Eine behutsame Bewegung der Szene weg von der Station Gumpendorfer Straße hin zu einem geeigneteren Ort sollte versucht werden. Daher wird ein weitgehend unbestimmter Platz

geschaffen, dem absichtlich im Vorhinein keine Funktion zugeschrieben wird, sondern, der Fläche allein ist. So kann er im besten Fall in jedem Moment zu genau dem werden, wozu er benötigt wird. Es kann versucht werden, solche Verwandlungen vorauszusagen, aber, ob die Prognose eintritt, ist nicht sicher. Der exponierte Platz inmitten des Gürtels kann als Insel betrachtet werden, die umspült wird vom unablässigen Lärm des vorbeifahrenden Verkehrs. Dieser Ort ist laut, wodurch alle Menschen, die sich hier aufhalten möchten (insbesondere User*innen), einem erhöhten Stresslevel ausgesetzt sind. Als natürliche Barriere gegen den Verkehrslärm werden zwei »Baumschirme« an den beiden Flanken des Platzes eingesetzt. Da die Akustik erst ab etwa 2m Höhe von der Dichte der Bäume wesentlich beeinflusst wird, bilden davor gepflanzte Bodendecker und Sträucher einen ergänzenden Filter. Von diesen grünen Bereichen wird der Platz vor dem Pfeiler Vier eingeklammert und als ruhigere Insel inmitten des Gürtels definiert. Mit die schwierigste Aufgabe der Freiflächengestaltung liegt womöglich in der Abwägung zwischen Aufenthalts- und Verkehrsfläche. Das Angebot zum Bespielen des Platzes muss unbedingt sichtbar werden, jedoch sollte sich keine abgeschlossene Menschenmenge bilden, die den Platz vollkommen einnimmt. Nur zwei Sitzgelegenheiten und ansonsten barrierefreier Raum rund um ein zentrales Wasserbecken verhindern die permanente Besetzung. Die Abwechslung der Verlegerichtung des Bodenbelags wird von einer 40cm breiten Wasserlinie markiert. Sie funktioniert als unaufdringliche Kennzeichnung der Grenze zwischen der Be-

¹⁹ Der Artikel, welcher unter folgender Internet-Adresse abgerufen werden kann, beschreibt sehr anschaulich, wie sich die verschiedenen Drogenumschlagplätze Wiens über die Zeit verschoben haben: <https://www.vice.com/de/article/qbadpq/geschichte-von-wiens-drogenumschlagplaetzen>

wegungsrichtung »hin« und »weg«. Sie wird von zwei Übergängen unterbrochen, die den Platz trotz der programmatischen Aufteilung zu einem Ganzen verbinden und auch mit Rollstühlen befahren werden können.

Eine breite »Bucht« mit quadratischen Steinen als Bodenbelag zoniert die ruhigere Aufenthaltsfläche. Diese liegt weitestgehend außerhalb des von der U-Bahn überdachten Bereichs, wodurch der Tendenz zur kompletten Einnahme und eventuellen Verwahrlosung des Platzes vorgebeugt

wird. Man wird nicht zur Bewegung gezwungen, jedoch schlägt die offene Gestaltung nur ein vorübergehendes Verweilen vor. Der Entwurf folgt somit den subtilen Regeln des *Nudging*, die unbewusste Botschaften vermitteln, ohne dabei einzuschränken oder bestimmtes Verhalten vorzugeben.



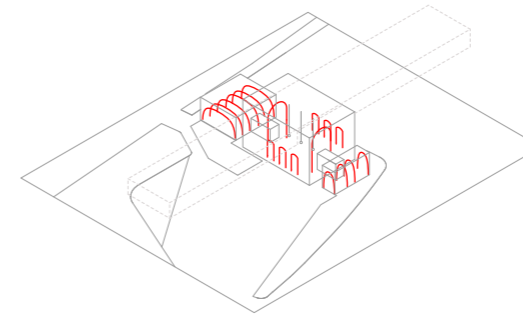
Abb. 71: Die unklare Aufteilung der Straßen, Fußgänger- und Radwege vor dem Pfeiler. Mehrere unterschiedliche Oberflächenbeschaffenheiten und eingrenzende Barrieren vermitteln Unruhe.



Abb. 72: Die neue Platzgestaltung: Seitliche Bepflanzungen rahmen die Fläche ein.



9.4 DER BOGEN



re Wirkung – die Höhe überragt die Spannweite der Bögen um das 1,5-fache. Diese Dynamik spiegelt die Rastlosigkeit der Nutzer*innen wider und bietet dabei dennoch den nötigen Halt. Das Tragwerk des Cafés hat eine weitaus atmosphärischere Raumwirkung, da dessen Spannweite größer ist und sich die Kurve bei selber Höhe stark abrundet. Die Betonfertigteile bilden nach oben einen horizontalen Abschluss, wodurch ein Holzsparrndach aufgesetzt werden kann. Beide Bogenträger der Zubauten sind um 90° zum großen Tonnengewölbe des Pfeilers gedreht.

Die Rundbögen des Bestands, die die Grundlage für die Tonnengewölbe bilden, sitzen auf dem Mauerwerk der Wände und bestehen aus einem Verband einzelner Steine. Sie wirken statisch, da sie aus den geometrischen Grundformen bestehen. Kreissegmente verschiedener Radien tragen das Gewölbe. Um ein zwar daran angelehntes aber dennoch verschieden funktionierendes und anders wirkendes Element einzuführen, verwende ich Betonfertigteile als Haupttragssystem für die Zubauten. Sie werden aus weiß gefärbtem Beton gegossen und können deshalb als homogene Bauteile betrachtet werden. Das im Bestand sichtbare Gewölbe wird aufgelöst und formuliert sich neu in einzelnen, nur zehn Zentimeter starken Trägern. Deren Kurve ist eine Interpretation des historisch verwendeten Rundbogens. Sie folgen nicht der Stützlinie aus den Wandauflägern heraus, sondern der umgedrehten Kettenlinie, deren Auflager sich im Sockel der Zubauten befindet. So findet kein Bruch zwischen Wand und Bogen statt. Das System wird auf ein kontinuierliches Element reduziert. Die Stichhöhe des Anmeldegebäudes ist zudem größer als die des Cafés. Dadurch hat sie eine weitaus dynamische-

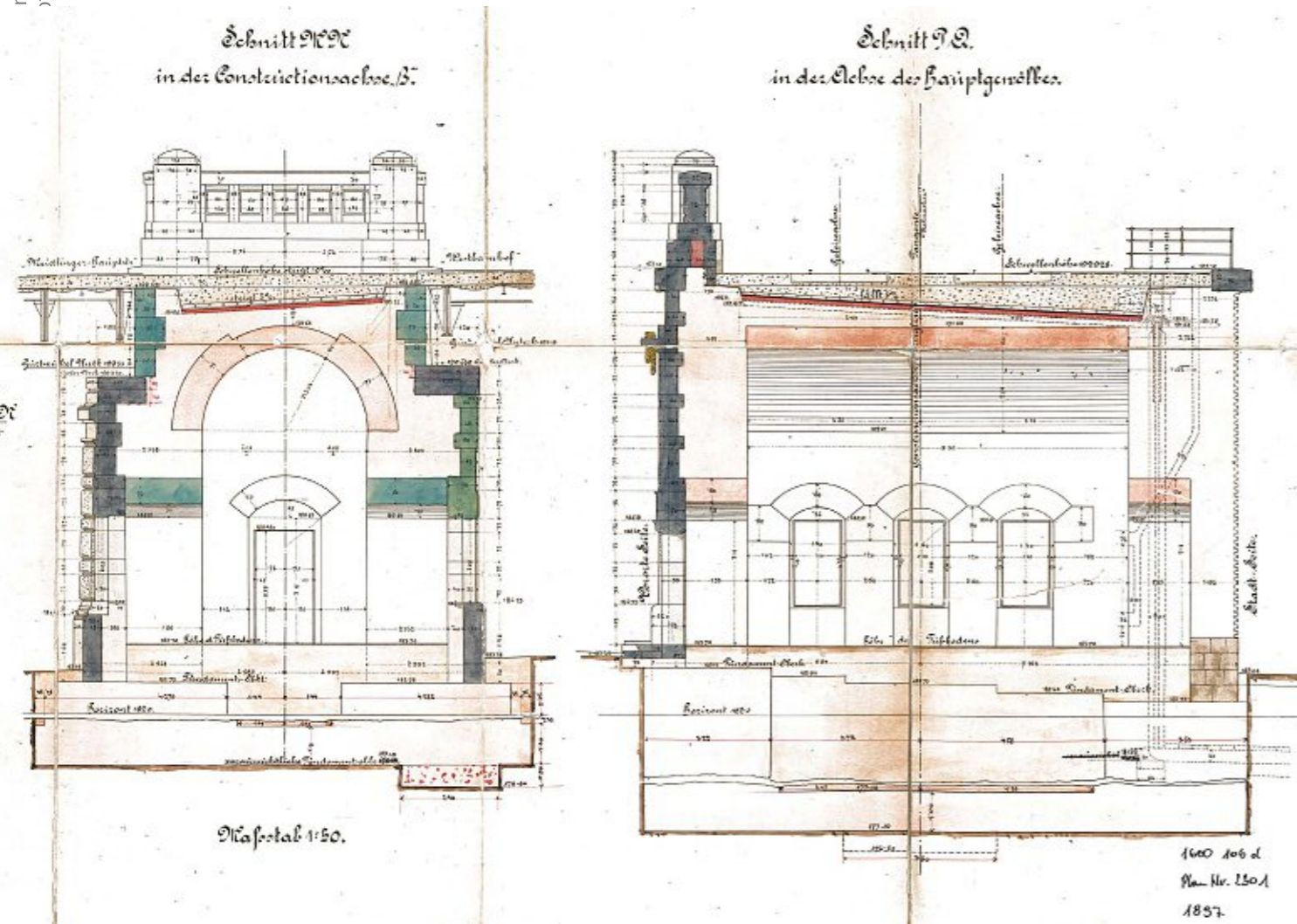
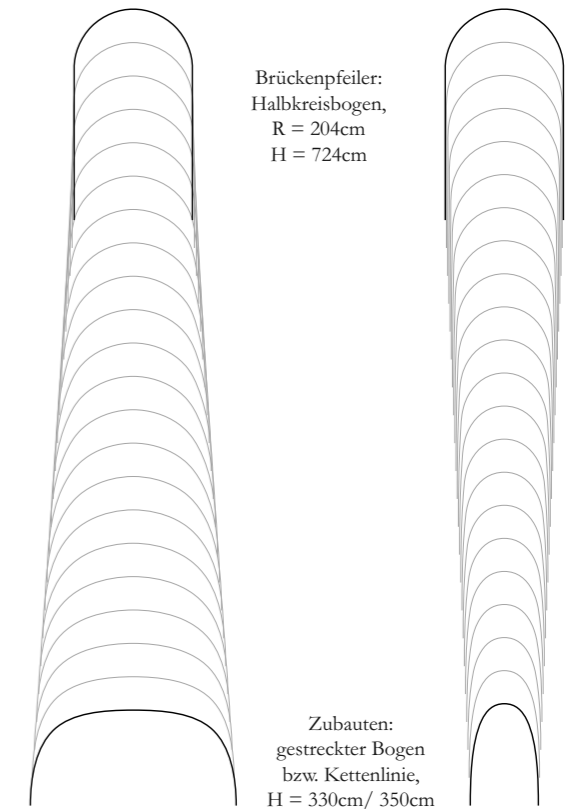
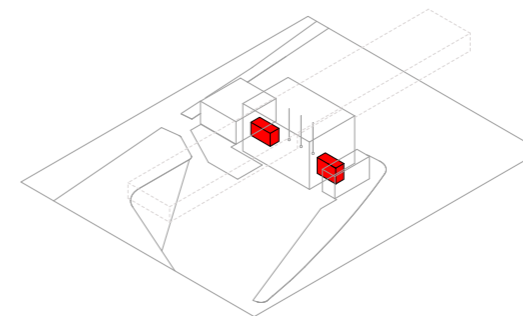


Abb. 73: Originalpläne: Quer- und Längsschnitt durch den Pfeiler.
©Otto Wagner

9.5 DIE SCHWELLE



Die Schwelle ist der Ort, an dem ein Bereich endet und ein anderer beginnt. Eine Pause zwischen dem Einen und dem Anderen. Damit ein Raumgefüge an Klarheit gewinnt, sollte diese Zone betont werden. Mit verschiedenen Techniken der architektonischen Gestaltung können Übergänge markiert werden. Am besten ist dies an der Gestaltung der Eingangstür von Wohnhäusern sichtbar. Mit gewissen Elementen machen wir den Wechsel vom öffentlichen zum privaten Raum eindeutig wahrnehmbar. Eine Stufe, die überschritten werden muss, zum Beispiel, wird als Markierung genutzt. Aber auch die Tür selbst, oft mächtiger und schwerer als sie eigentlich sein müsste, zeigt Gästen: ab hier beginnt »mein« Besitz. Doch kann die Schwelle auch zurückhaltender formuliert werden als mit solch offensichtlichen Mitteln. In vielen Ländern steht noch heute eine Sitzbank neben der Eingangstür von Wohnhäusern, die das gemeinsame Verweilen von Bewohner*in und Gast im *Zwischenraum* ermöglicht. Diese Form von Schwelle zeigt keine harte Grenze an, sondern bietet Platz, den Übergang zu glätten. Je mehr sich die Übergangszone ausdehnt, desto mehr verschwimmt

der auch Wechsel. Für unterschiedliche Arten des Übergangs können verschiedene Methoden des Bewusstmachens genutzt werden. Ein stumpfer Materialwechsel, dessen Fuge dort auftaucht, wo sie ungewöhnlich erscheint, kann beispielsweise stärker wirken als eine einfache Tür. Das Spiel mit Licht und Schatten dagegen ist weitaus angenehmer.

Die Durchgänge, die die Zubauten mit dem Konsumraum des Pfeilers verbinden, sind jeweils über vier Meter lang. Allein die Wandstärke des Bestands beträgt mehr als zweieinhalb Meter. Indem man diese ohnehin schon tunnelartigen Gänge noch weiter in die Länge zieht, provoziert man Verwunderung über deren Erstreckung. Gleichzeitig besteht jeweils der äußere Teil der Durchgänge aus weiß-transluzentem Material, was genügend Helligkeit erzeugt, um kein Gefühl von Beklommenheit aufkommen zu lassen. Der erste Übergang führt vom Hellen ins Dämmerige und der Zweite von dort wieder ins Helle.

Die Schwelle holt den Akt des Konsums, welcher auf das Durchschreiten folgt, ins Bewusstsein hervor. Und wer eine Tätigkeit bewusst und mit Bedacht vollzieht, der handelt kontrolliert.

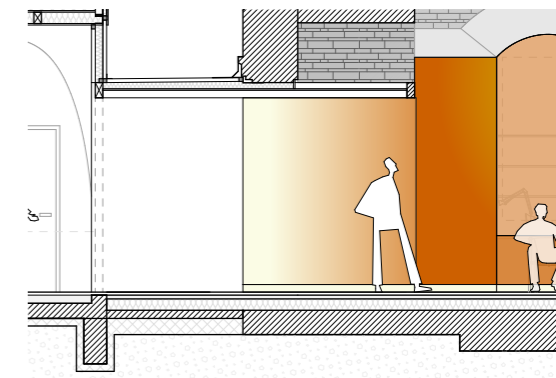




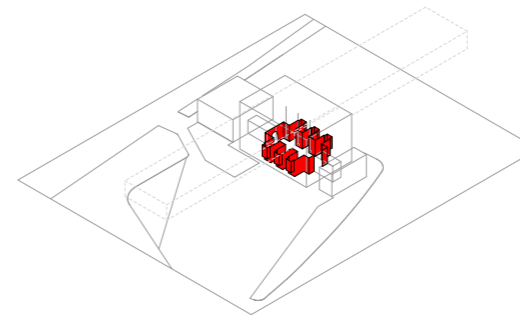
Abb. 76: »Man in the Green«
©Marco Bianchetti



Abb. 77: Eingangsbereich des Maison de Verre, Pierre Chareau, 1932
©Catview



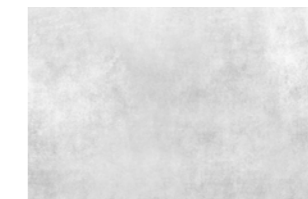
9.6 DAS MATERIAL



Der Konsumraum, der örtlich und funktional im Zentrum des Entwurfs platziert ist, soll hinsichtlich der verwendeten Materialien die größte Aufmerksamkeit bekommen. Die für einen medizinisch genutzten Raum unpraktische Textur des historischen Ziegelmauerwerks wird im unteren Bereich bis zur Höhe von 3,10m mit Kupferblechen verkleidet. Sämtliche Wand- und Deckenflächen des Pfeilers behalten ihre aktuelle Beschaffenheit bei, was die sakrale Atmosphäre ausmacht. Es erfolgt lediglich eine Veredelung derjenigen Zone, deren Veränderung aus hygienischer Sicht unvermeidbar ist. Kupfer ist antimikrobiell und sehr leicht zu reinigen. Trotz seiner metallischen Kühle strahlt es optisch, vor allem in Verbindung mit Licht, Wärme aus und stellt sich mit glatter Oberfläche der Rauheit des groben Mauerwerks gegenüber. Die Interdependenz mit Licht hat außerdem zur Folge, dass Spiegelungen auf der Oberfläche des Metalls verschwimmen – je nach mechanischer Behandlung. Gebürstet wird das Licht stark gestreut, wodurch Spiegelungen unsichtbar werden. In poliertem Zustand glänzt es dagegen äußerst. Für die Wandverkleidung des Konsumraums schlage ich vor, dass

sie fein in horizontaler Richtung gebürstet wird, um die Fugenrichtung des Mauerwerks zu unterstützen. Außerdem könnten vertikale Linien den Raum optisch in die Höhe ziehen, was bei der geringen Nutzfläche disproportional wirken würde. In Kombination mit einem Spachtelboden in Betonoptik bekommt der Raum eine helle Basis aus Stein, wird vom roten Metall bekleidet und erscheint im oberen Wand- und Deckenbereich im bewährten Ziegelverband. Der Boden sollte leicht zur Mitte hin abfallen, damit das Wasser, welches zum Putzen verwendet wird, in einem ebenfalls kupfernen Ablauf gesammelt wird. Dieses eigentlich funktionsbezogene Element wird durch die wertige Materialität zum Stilmittel erhoben. Der zentrale, rechteckige Wasserablauf markiert die Mitte des Raumes und unterstreicht damit Symmetrie und Proportion.

Kupfer kann leicht geformt werden und ist ein sehr langlebiges, Material, das nicht viel Wartung benötigt. Die einzelnen Flächenstücke der Wandverkleidung können in der Werkstatt auf Maß zugeschnitten und entgratet werden, damit man sie auf der Baustelle lediglich auf vormontierte Trägerplatten aus Holz aufbringen kann.



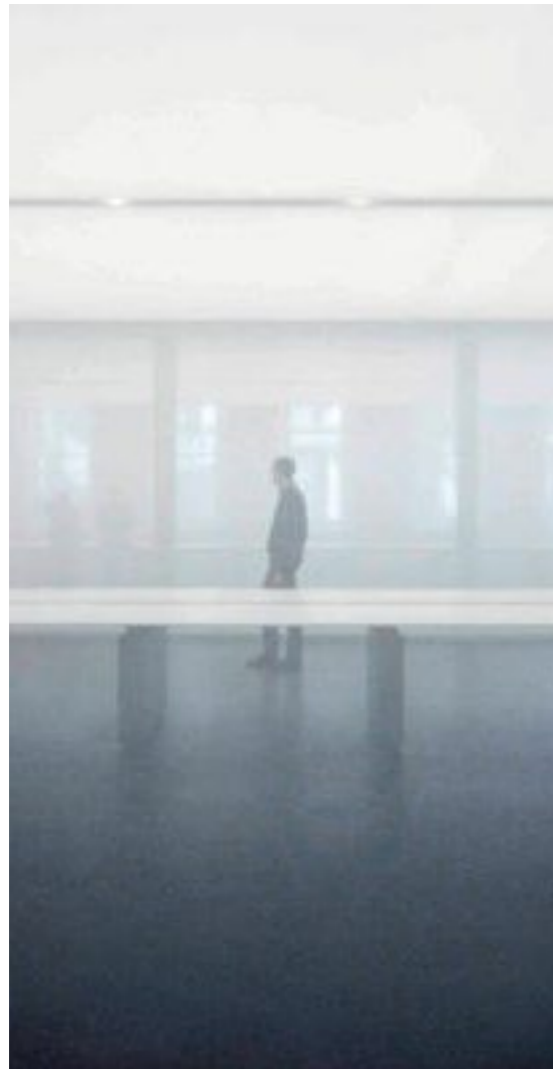
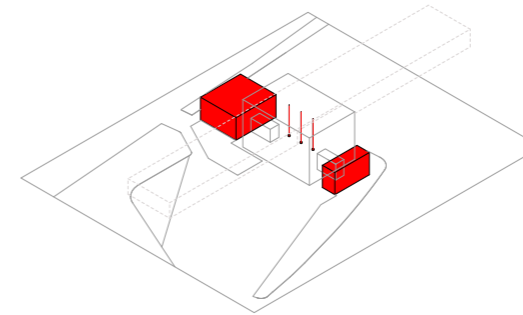


Abb. 80: Der Blick durch transluzenten Stoff
©Nabo Kubota

9.7 DAS LICHT



Das Lichtkonzept der Zubauten basiert auf konsequenter Nutzung der transluzenten Wände der Baukörper, die bei Tageslicht keine zusätzliche Beleuchtung benötigen. Fensteröffnungen werden zur Gänze ausgelassen, was neugierige Einblicke von Vorbeigehenden verhindert. Über ein doppelschaliges Wandsystem aus farblosen Stegplatten fällt Sonnenlicht auf lichtdurchlässige Wärmedämmung in deren Zwischenraum und wird dort gestreut. So wird eine gleichmäßige Beleuchtung ohne Blendung erreicht.

Auch die Öffnungen des Bestands werden zum Zweck der Abschirmung von der Öffentlichkeit geschlossen. Wandmontierte Strahler erhellen den Raum indirekt über die Decke und sorgen für eine Grundhelligkeit, die im Normalzustand nie die Helligkeit der Zubauten übersteigt. Das gedimmte Licht erhöht die Aufenthaltsqualität während der Konsumvorgänge. Der Einsatz von wohl dosierter Dunkelheit ist der beruhigenden Atmosphäre der Wiener Kaffeehäuser nachempfunden. Zusätzlich sorgen drei dekorative Kugel-Leuchten, die bis auf ca. drei Meter Höhe von der Decke herabhängen, für die Akzentuierung der

Boden- und Wandflächen. Außerdem unterstreichen die Lichtkugeln das Werk Otto Wagners, da sie den von ihm mitbegründeten Jugendstil zitieren. Sie sind in jedem Stationsgebäude der Wiener Stadtbahn zu finden – und sollen auch im umgenutzten Brückenpfeiler der U6 leuchten.

Jeder Konsumplatz ist weiters mit einer eigenen Lampe ausgestattet, mit welcher die Nutzer*innen eigenständig direktes Licht genau dorthin richten können, wo sie es brauchen. Durch Gespräche mit Menschen, die Drogen injizieren, habe ich erfahren, dass direktes (bestenfalls rotes) Licht in manchen Fällen sehr wichtig ist, um die Vene zu finden. Die Konsumplätze könnten mit ausrichtbaren LED-Wandlampen mit warmer Lichtfarbe ausgestattet werden, um Fehlfunktionen zu vermeiden.

Wie oben beschrieben sind die beiden Zubauten aufgrund des innovativen Wandaufbaus in der Lage, sich bei Tageslicht selbst zu erhellen. Lediglich unterstützende, an den Fertigteilbögen installierte Strahler können bei Bedarf zusätzlich eingeschaltet werden. Die Deckenflächen des Cafés können, ähnlich dem H17, mit farbigem Licht beleuchtet werden. Dabei funktioniert die weiße Polycarbonatverkleidung des Dachs wie ein Schirm, der das Licht streut. Wärmere Töne wie orange, rot, lila oder pink können im Erholungsbereich nach dem Konsum eingesetzt werden, da hier derartige Reize und Sinneseindrücke nicht mehr so hohes Stresspotenzial verursachen.



Abb. 81: *A Pattern Language: 135 Tapestry of Light and Dark*
(Alexander et al. 1977)



Abb. 82: *Der Konsumraum wird allein durch den dezenten Einsatz von Kunstlicht inszeniert*

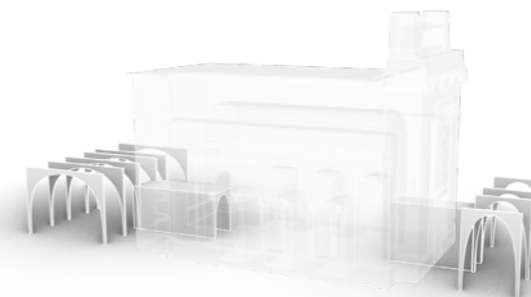
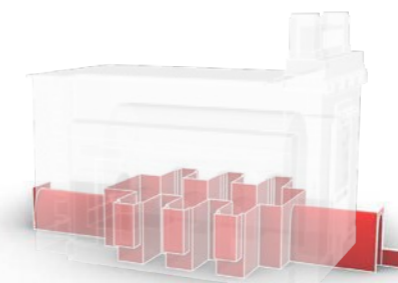
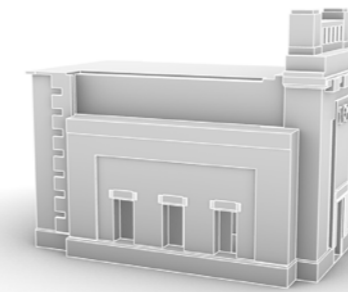
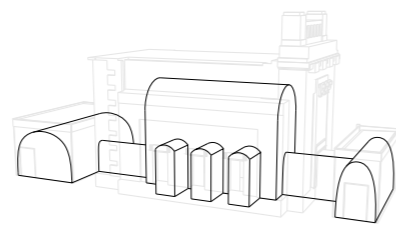
KONZEPTIONELLE ELEMENTE NACH DEN ENTWURFSPRINZIPIEN VON VITRUV

Ein DKR ist (Selbst-)Behandlungsraum und Genussraum zugleich. Insofern spielt die Gefühlswelt der Nutzer*innengruppe eine große Rolle in der Konzeption. Ich möchte mit meinem Entwurf versuchen, die drei wahrscheinlich wichtigsten Grundsätze der Architektur mit drei Teilen des menschlichen Wohlergehens zu verbinden. Letztere sollen in gestalterische Elemente konzeptioneller Art übersetzt werden und so die Gesundheit der Nutzer*innen in gebauter Form repräsentieren.

Die drei Entwurfsprinzipien nach Vitruv materialisieren drei grundlegende Faktoren, die den Zustand des Menschen beschreiben: Gesundheit, Wohlbefinden und Glücklichkeit. Wie für Gebäude die »firmitas«, die Festigkeit, die allerwichtigste Grundlage ist, so bildet die *Gesundheit* die Basis für menschliches Wohlergehen. Hiermit ist in erster Linie die physische Gesundheit gemeint. Auf nächster Ebene wird von Vitruv die »firmitas«, die Nützlichkeit, angeführt. Ihr Pendant in der Gefühlswelt des Menschen kann als *Wohlbefinden* ausgedrückt werden. Hierbei ist sowohl die psychische Zufriedenheit als auch das körperliche Wohlbehagen gemeint. Als letztes nennt Vitruv die »venustas«, die Schönheit, welche, auf den Zustand des Menschen bezogen, für *Glücklichkeit* steht.

firmitas	–	Festigkeit	–	Gesundheit
utilitas	–	Nützlichkeit	–	Wohlbefinden
venustas	–	Schönheit	–	Glücklichkeit

Der Innenraum des Pfeilers besteht aus einem großen Gewölbe, was ihm, wie oben bereits ausgeführt, eine fast schon sakrale Atmosphäre verleiht. Wie eine Kirche mit Haupt- und Nebenschiffen besticht der Raum durch die enorme Höhe des Scheitelpunktes von 7,30m über dem Fußboden. Dieser starke Eindruck soll im Entwurf unbedingt erhalten bleiben und sich in den Tragwerkselementen der Zubauten wiederfinden. Suchtkranke Menschen werden in großem Maße stigmatisiert und brauchen einen Ort, welcher ihnen durch dessen Gestaltungsform bedingungslos ihre Würde zuerkennt.



firmitas

Kann mit dem Wort »Festigkeit« übersetzt werden.

Das Standhafte des Entwurfes ist der *Be-stand*. Der steinerne Pfeiler trägt die U-Bahn und umschließt die Hauptfunktion: Den Konsumraum. Für die Festigkeit des Konzepts steht der Pfeiler selbst; der Entwurf benötigt keine neue Materialisierung dieses Prinzips.

utilitas

Kann mit dem Wort »Nützlichkeit« übersetzt werden.

Um die Hauptnutzung des Raums als Drogenkonsumraum zu ermöglichen, wird der Innenraum des Pfeilers bis auf 3,10m über dem Fußboden mit Kupferblechen ausgekleidet. Das Metall ist antibakteriell, leicht zu reinigen und besitzt eine glatte Oberfläche

venustas

Kann mit dem Wort »Schönheit« übersetzt werden.

Zwei neue Arten von Bögen komplimentieren den Bestand. Sie verlaufen in derselben Richtung wie die Fenstergewölbe des Pfeilers und bilden die Räume der beiden Zubauten.

Schmale Bögen für den Zugangsraum, breitere Bögen für die Erholungsräume.

9.8 DER ENTWURF

Einer der Hauptfaktoren für einen funktionierenden DKR ist die programmatische Unterteilung in vor-, während und nach dem Konsum. Es ist daher sehr logisch, dass dafür einzelne Räume, bzw. sogar einzelne Gebäude geschaffen werden sollten. Teilnehmende Menschen bewegen sich vom Versammlungsort der Szene vor der U-Bahnstation Gumpendorfer Straße oder vom Suchthilfezentrum aus zum ersten von zwei pavillonartigen Zubauten. Hier findet die Anmeldung und die elektronische Erfassung des Konsumvorgangs statt. Klient*innen können sich die Hände waschen und es besteht die Möglichkeit, sich während der Wartezeit Kurzfilme anzusehen. Suchtkranke Menschen sind in vielen Fällen auch wohnungslos und haben somit erschwerten Zugang dazu, Filme genießen zu können. Diese Form von *positiver Ablenkung* soll dem Sich-Zuhause-Fühlen nah kommen. Durch einen Verbindungsgang zum Pfeiler gelangt man anschließend in den Konsumraum. Die Raumhöhe des Gangs ist deutlich geringer und er bildet eine Art »lang gezogenen Türdurch-

gang«. Indem das Überschreiten der Schwelle absichtlich verlängert wird, soll die Bewusstwerdung dieses Aktes bewirkt werden. Je aktiver und verbildlichter der wortwörtliche »Übergang« zum Gebrauch von Drogen geschieht, desto eher wird der Konsum reflektiert und hinterfragt. Dass das Angebot eines sicheren Ortes bestehen sollte, ist für mich keine Frage mehr. Jedoch muss dies in geordnetem Rahmen geschehen und alle Nutzer*innen von DKR sollten sich während des Konsums ihrer Handlung so bewusst wie möglich sein.

Eine weitere lange Schwelle, die wiederum die Verbindung zu einem zweiten Zubau auf der Rückseite des Pfeilers herstellt, führt zum Café, das zur Erholung nach dem Konsumvorgang genutzt werden soll. Auch dieser Bereich wird vom Personal der Suchthilfe überwacht, um mögliche verspätete Zwischenfälle aufgrund von Überdosierungen zu erkennen. In diesem Fall können Patient*innen in einem medizinisch eingerichteten Notfallzimmer ärztlich versorgt werden.

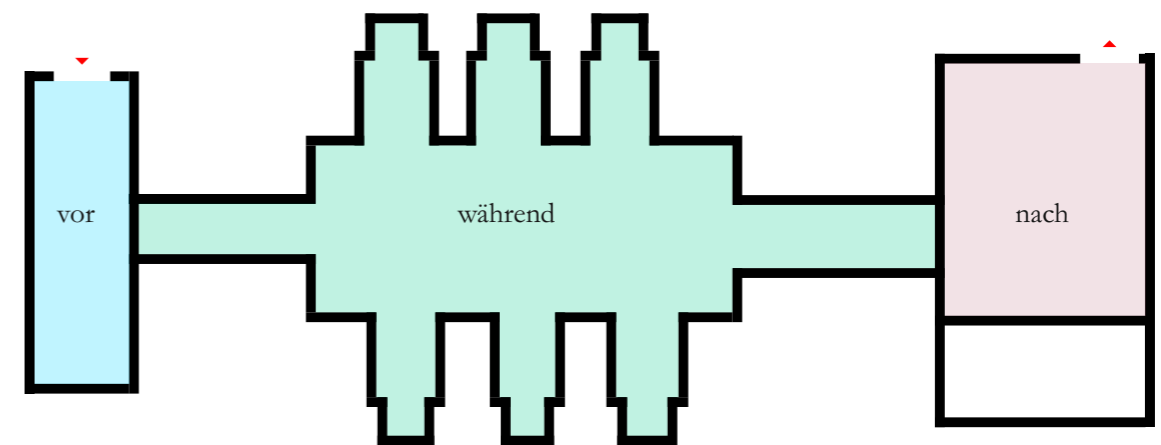


Abb. 83: Zwei Abständig platzierte Zubauten bilden nun einen Eingang und einen Ausgang. (links)

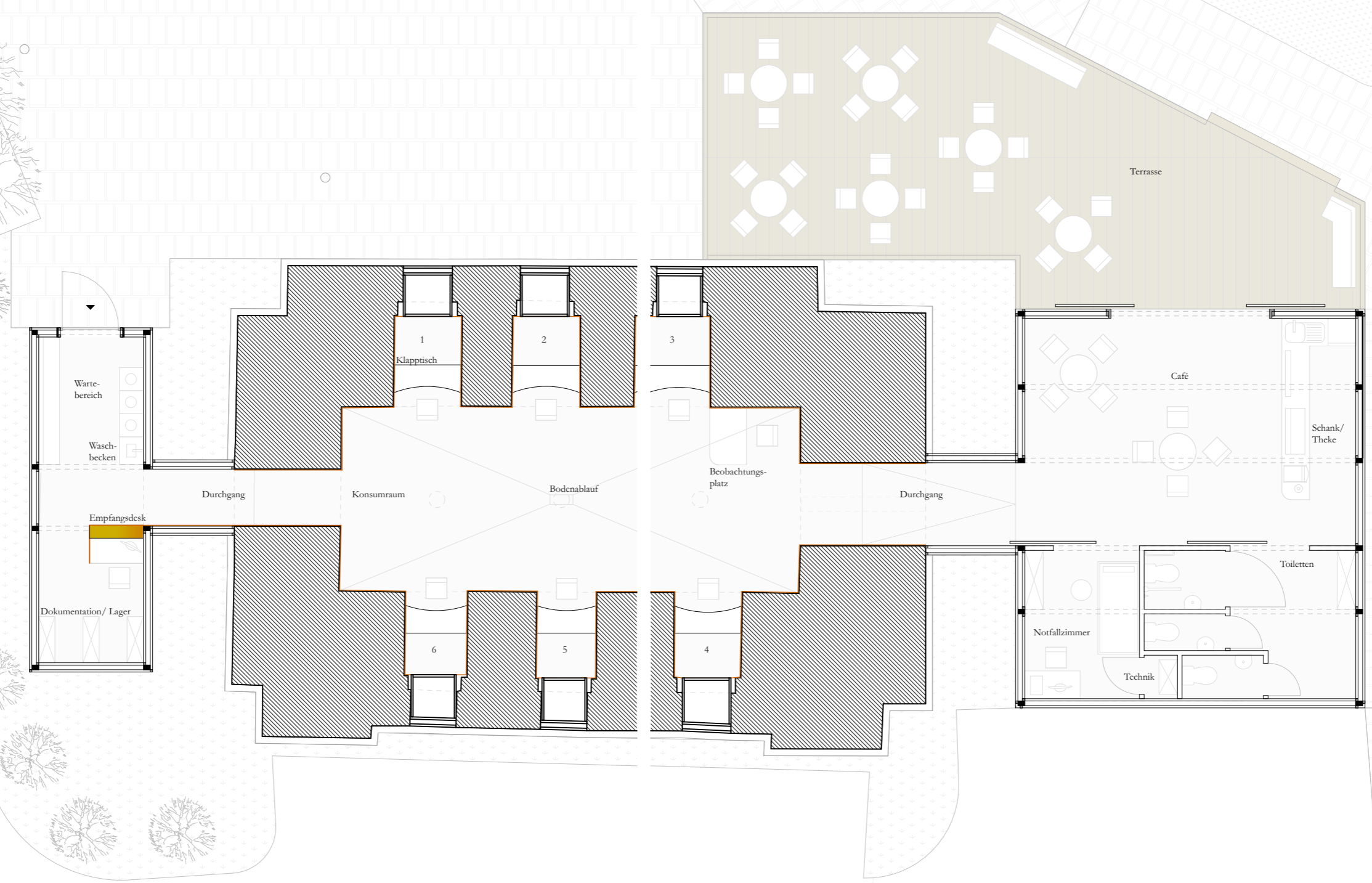
Abb. 84: Aufteilung der Raumfunktionen auf die drei Gebäude

Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

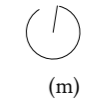
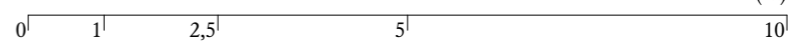
TU
W I E N
Bibliothek
Your knowledge hub

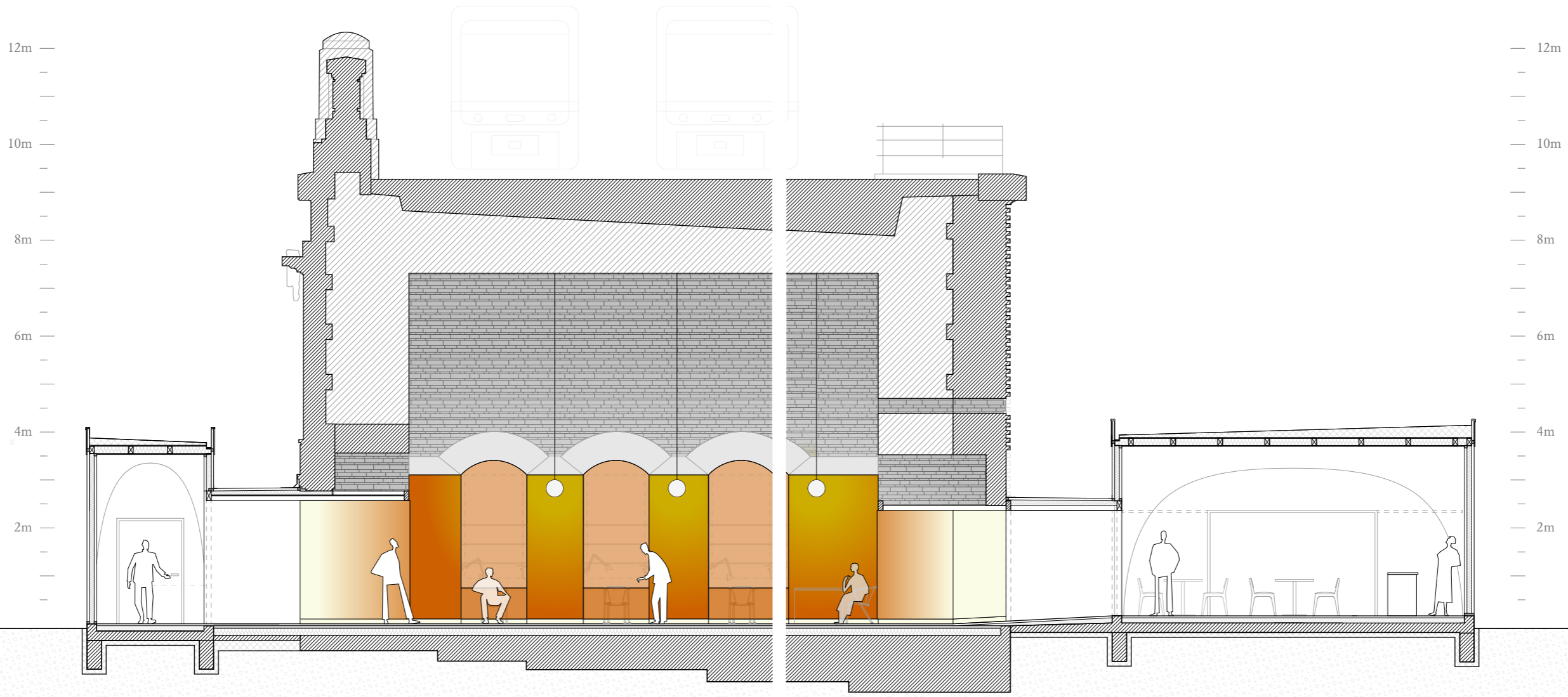
Lageplan 1:500

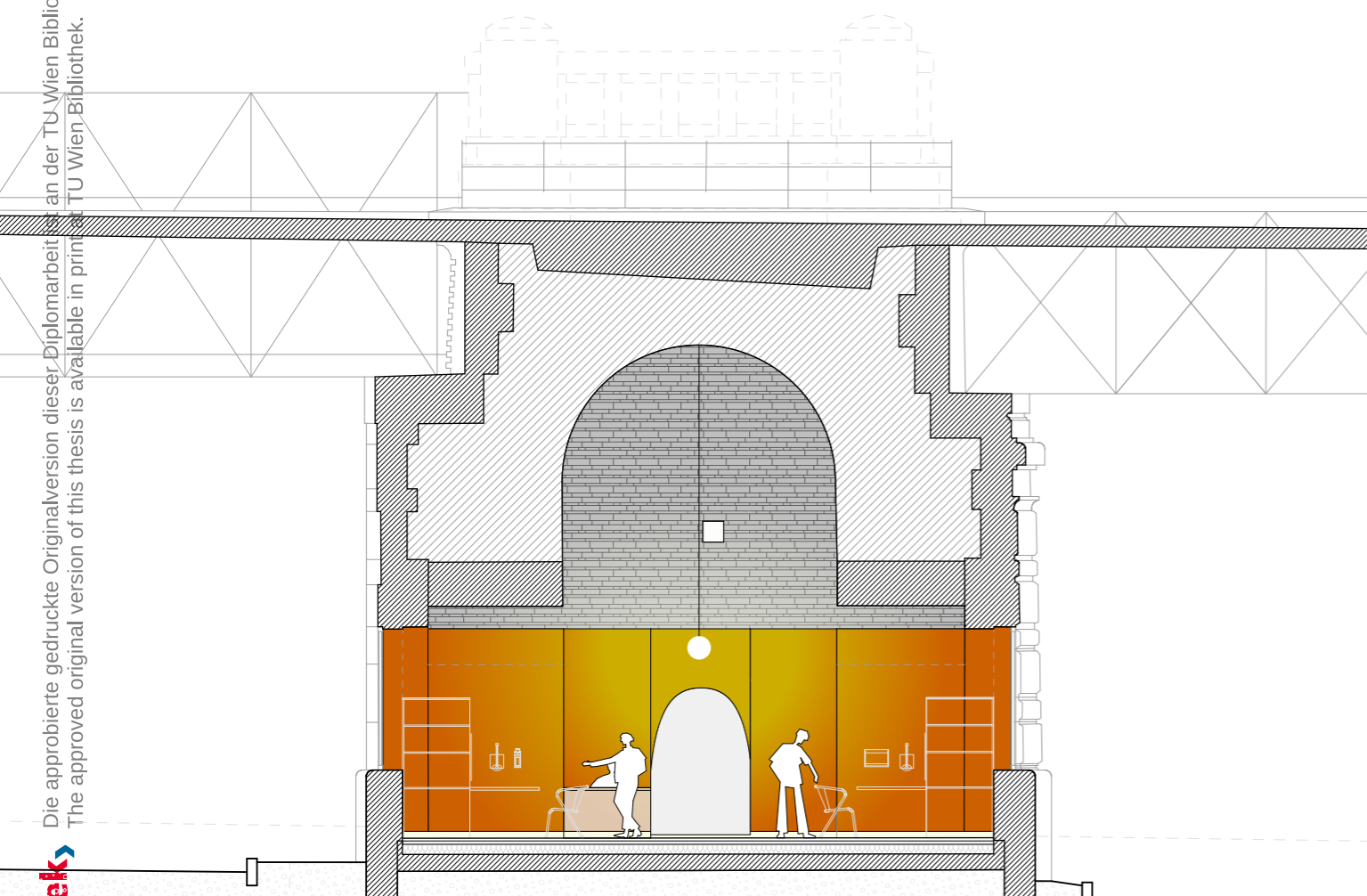
0 5 10 25 50 (m)



Grundriss 1:100







Querschnitt 1 1:100 (m)
0 1 2,5 5 10

Prozeduralität

Der Entwurf ist in drei Abschnitte unterteilt. Ein Zubau vor dem Konsumraum dient der Organisation, als Anmeldungsgebäude und bietet Lagerfläche für Konsumutensilien, Reinigungsmittel und Dinge, die für die Dokumentation des Betriebs notwendig sind. Der umgebaute Bestandsraum des Pfeilers soll allein für den überwachten Konsum genutzt werden und sonst keine Funktion innehaben. Durch die klare Nutzungszuteilung kann verhindert werden, dass darin sonstige unerwünschte Aktivitäten stattfinden. Der zweite, an die Rückseite des Pfeilers angeschlossene Zubau bietet Platz für ein Café mit Außenbereich und Sanitärräumen, sowie ein Notfallzimmer im hinteren Teil des Gebäudes.

Neu und Alt

Der Umgang mit dem Bestand soll so respektvoll wie möglich verlaufen, weshalb weder versucht wird, durch ähnliche Materialität, noch durch die Anordnung oder Größe der Baukörper eine Konkurrenz zu schaffen. Die Durchgänge haben einerseits die Funktion inne, den Zutritt und das Verlassen des Konsumraums bewusster zu gestalten und machen andererseits eine abständige Platzierung der Zubauten möglich.

Der Bogen

Der Aufgriff des Bogens, welcher in aufgelöster Form das Tonnengewölbe des Bestands komplimentiert, soll mit weiß durchgefärbten Betonfertigteilen materialisiert werden. Auch deren Linie hat nicht den Anspruch, den Bogen des Bestands zu imitieren, sondern gestaltet sich in einer etwas dynamischeren, leichter wirkenden Form. Ihre

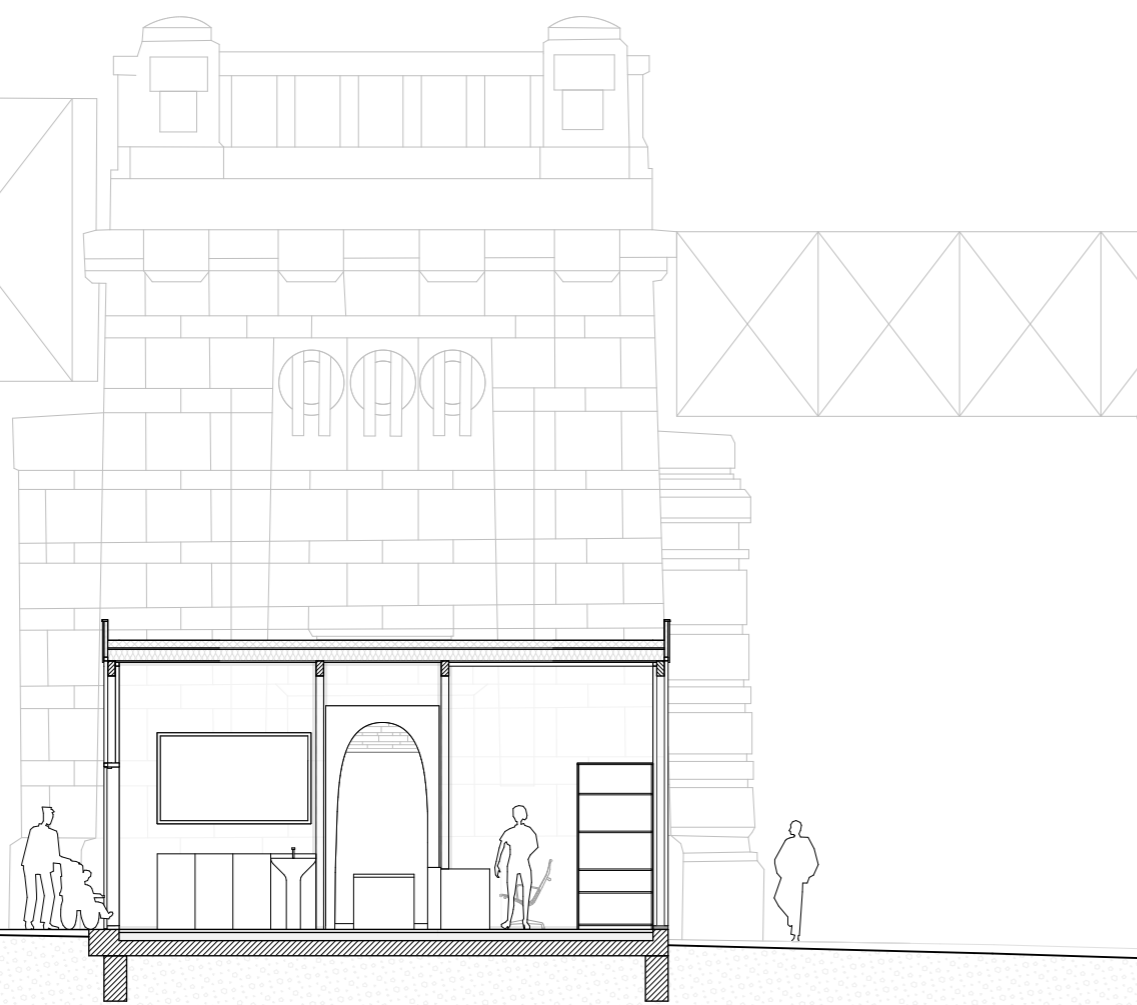
Krümmung folgt der Kettenlinie, die eine zwar sichtbare aber dennoch verwandte Abstraktion zum historischen Bogen aus einzelnen Ziegeln darstellt.

Transparenz

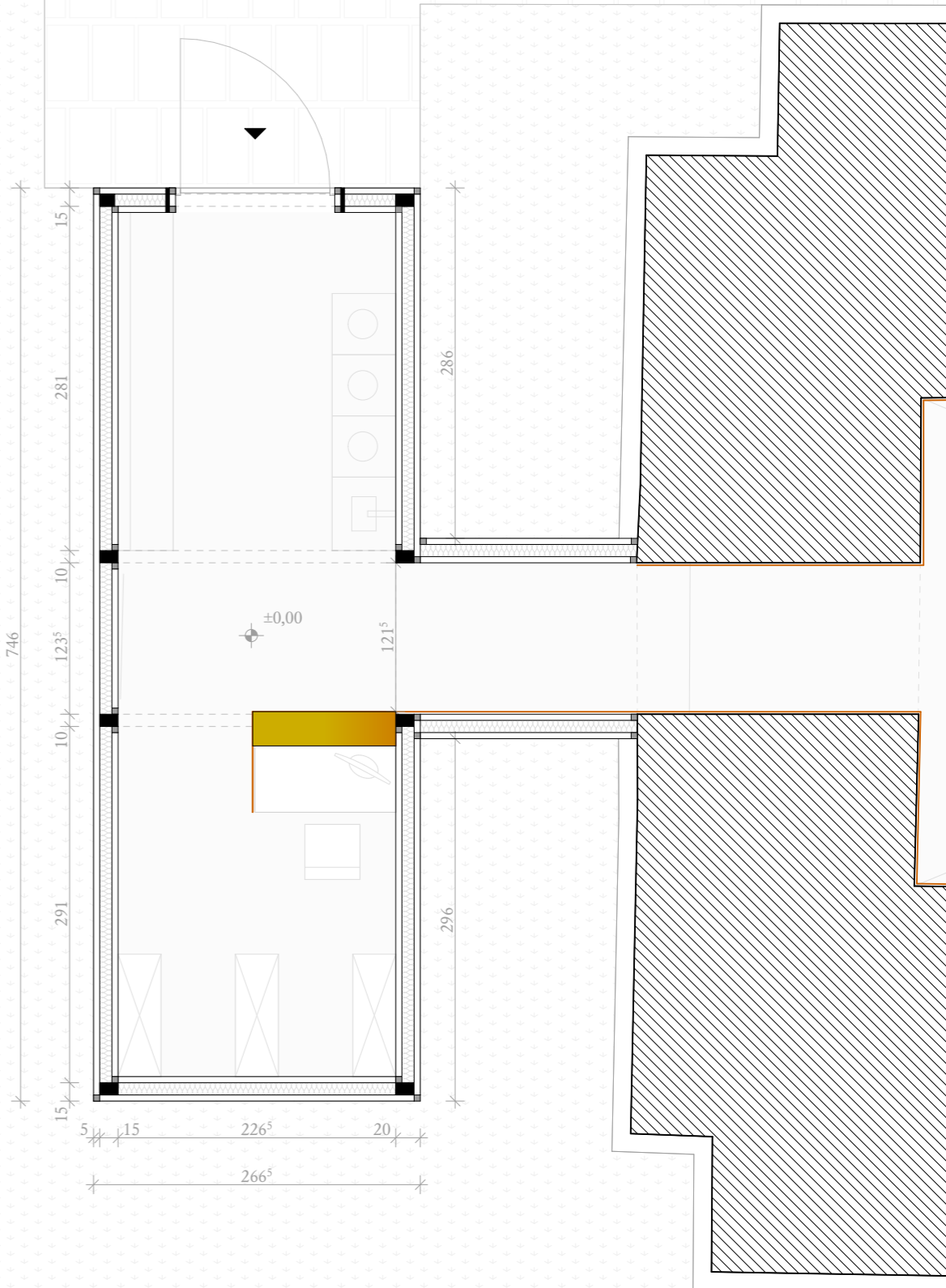
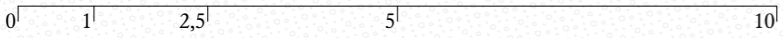
Da Über- bzw. Durchsicht ein wesentliches Kriterium im Entwurf von DKR ist, wird die gesamte Raumabfolge linear angeordnet. Sowohl für das Personal, als auch für Klient*innen ist die Längsachse der Bauten durchblickbar. Visuelle Kommunikation ist in diesem Kontext ein unverzichtbares Element, das das Gefühl von Sicherheit fördert.

Transluzenz

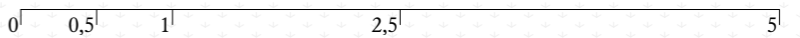
Alle Baukörper kommen ganz ohne Fensteröffnungen aus. Indem dem Innenraum des Pfeilers alles natürliche Licht entzogen wird, wird die Inszenierung der verwendeten Materialien mittels Kunstlicht steuerbar. Der konsequente Einsatz von transluzenten Bauteilen an den Außenwänden der Neubauten sorgt für eine ausreichende Belichtung der Räume. Von außen gesehen bekommt das Innenleben der beiden Zubauten eine gewisse Unschärfe. Neugierige Einblicke werden so verhindert und die Stigmatisierung suchtkranker Menschen wird nicht genährt. Transluzente Wärmedämmung zwischen transparenten Polycarbonatpaneelen streut das Sonnenlicht, wodurch eine angenehme Atmosphäre mit weichen Schatten entsteht. Auch diese Entscheidung ist das Ergebnis von auf die Architektur bezogenen Überlegungen zur Stressvermeidung.

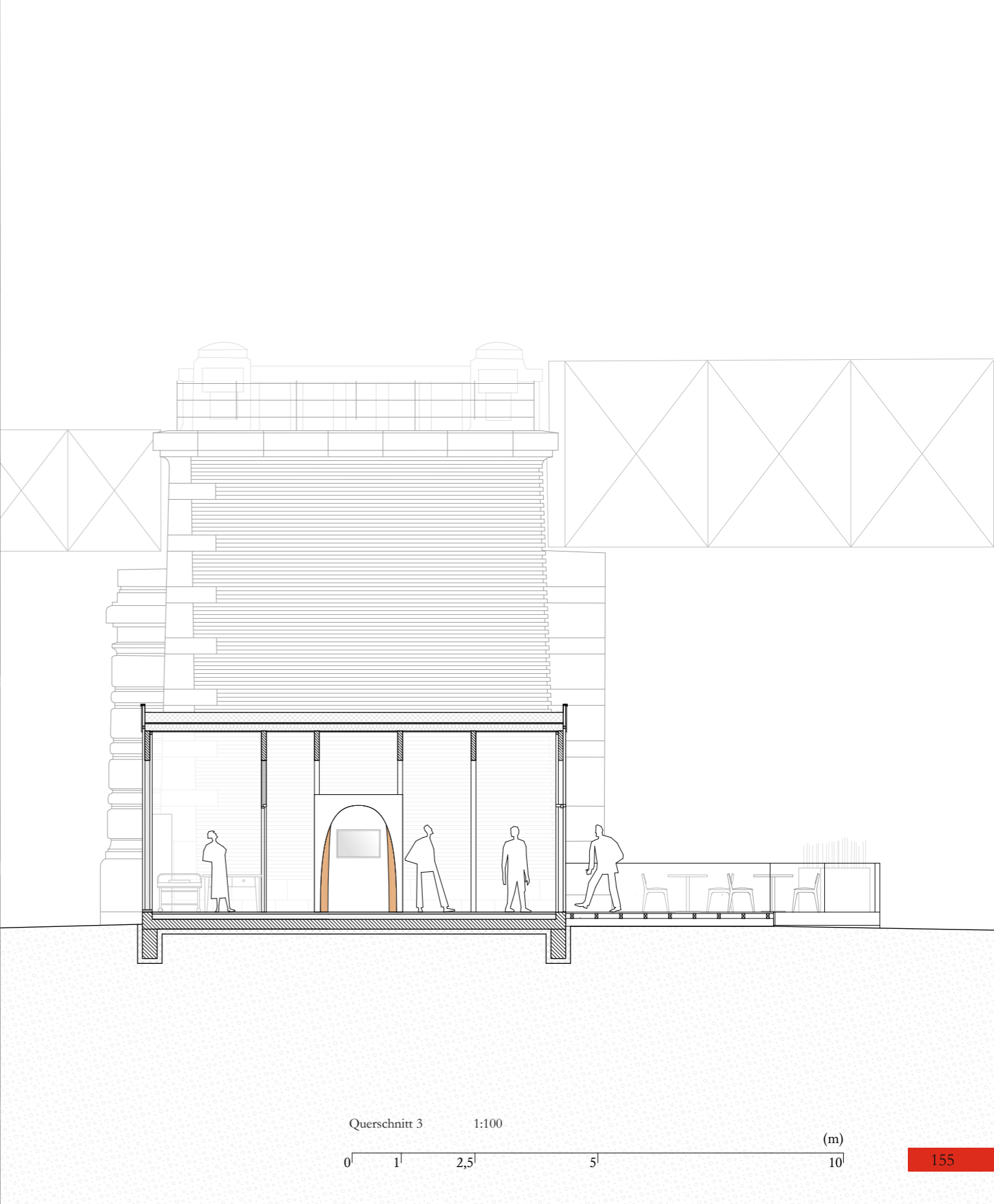


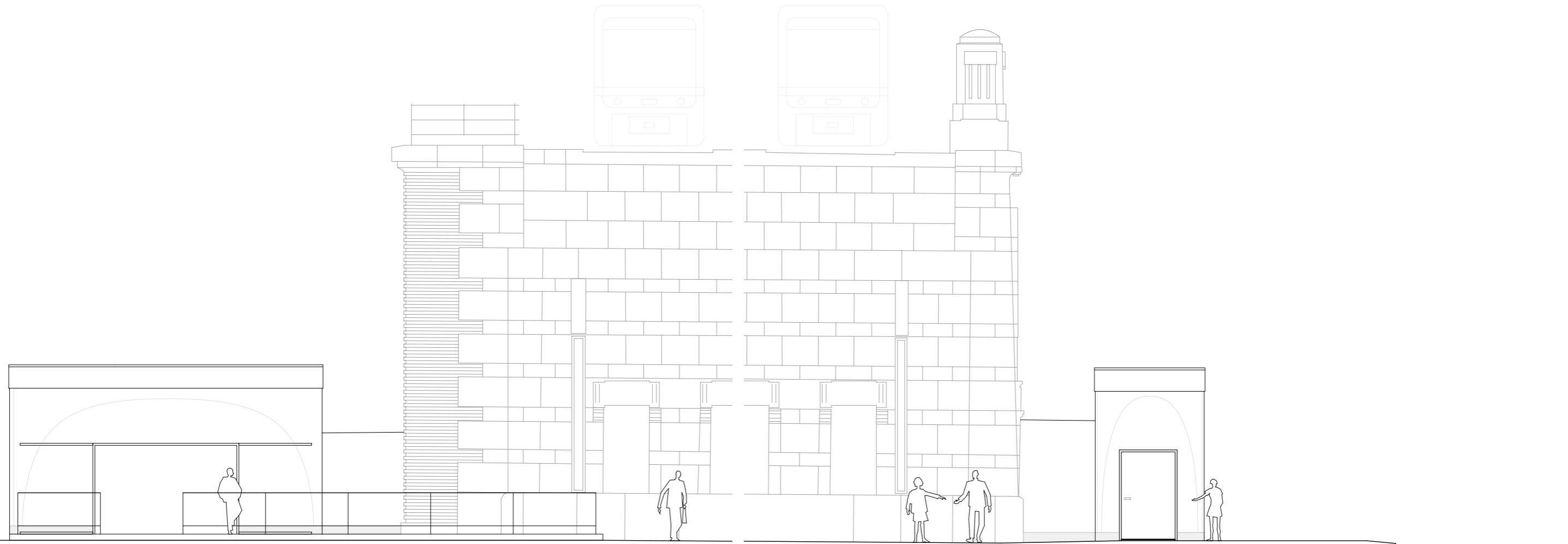
Querschnitt 2 1:100 (m)



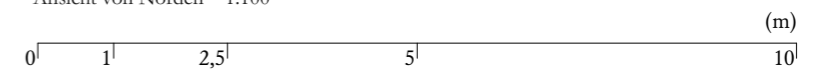
Grundriss 1:50 (m)

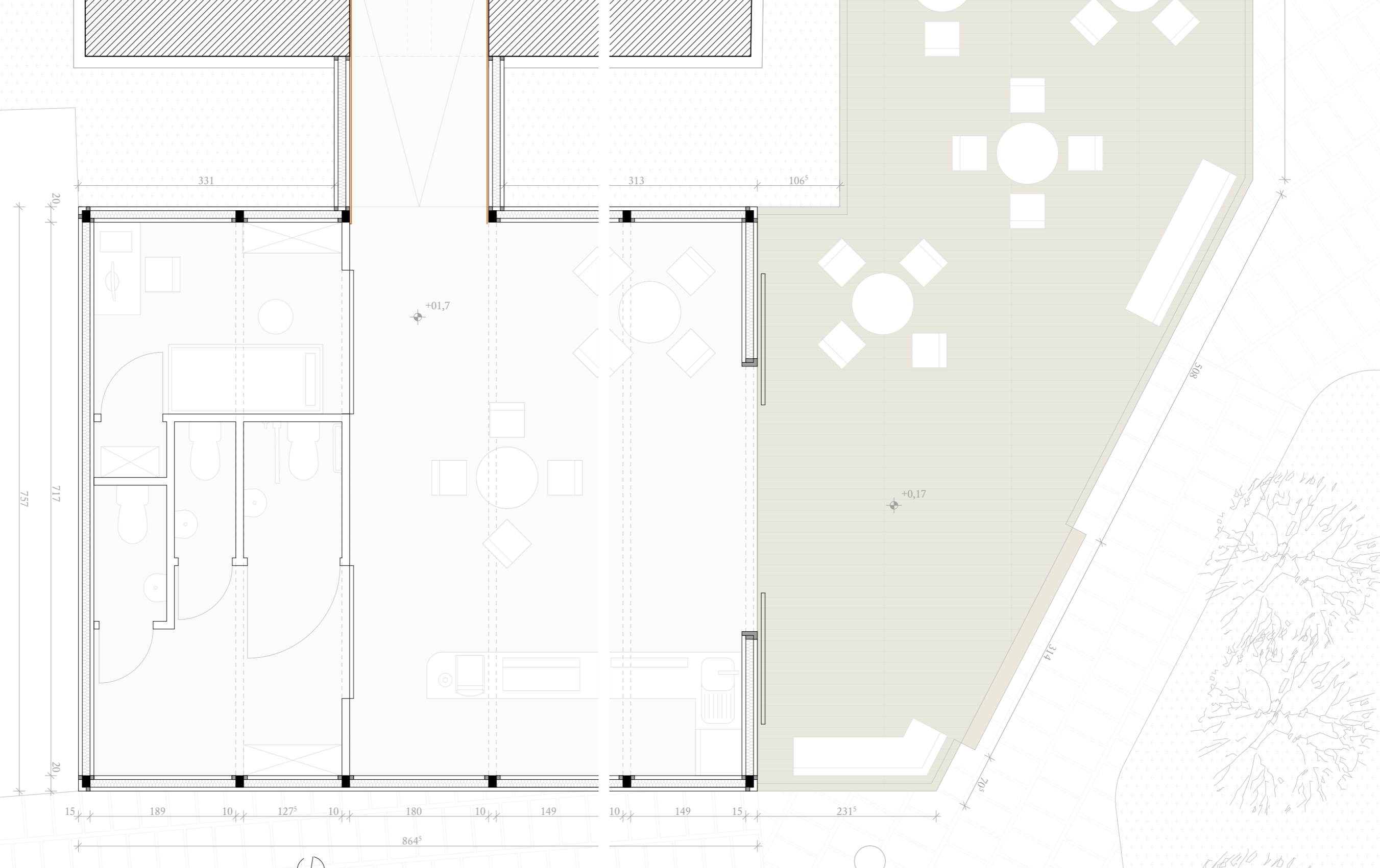




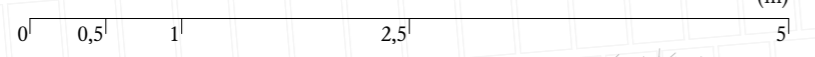


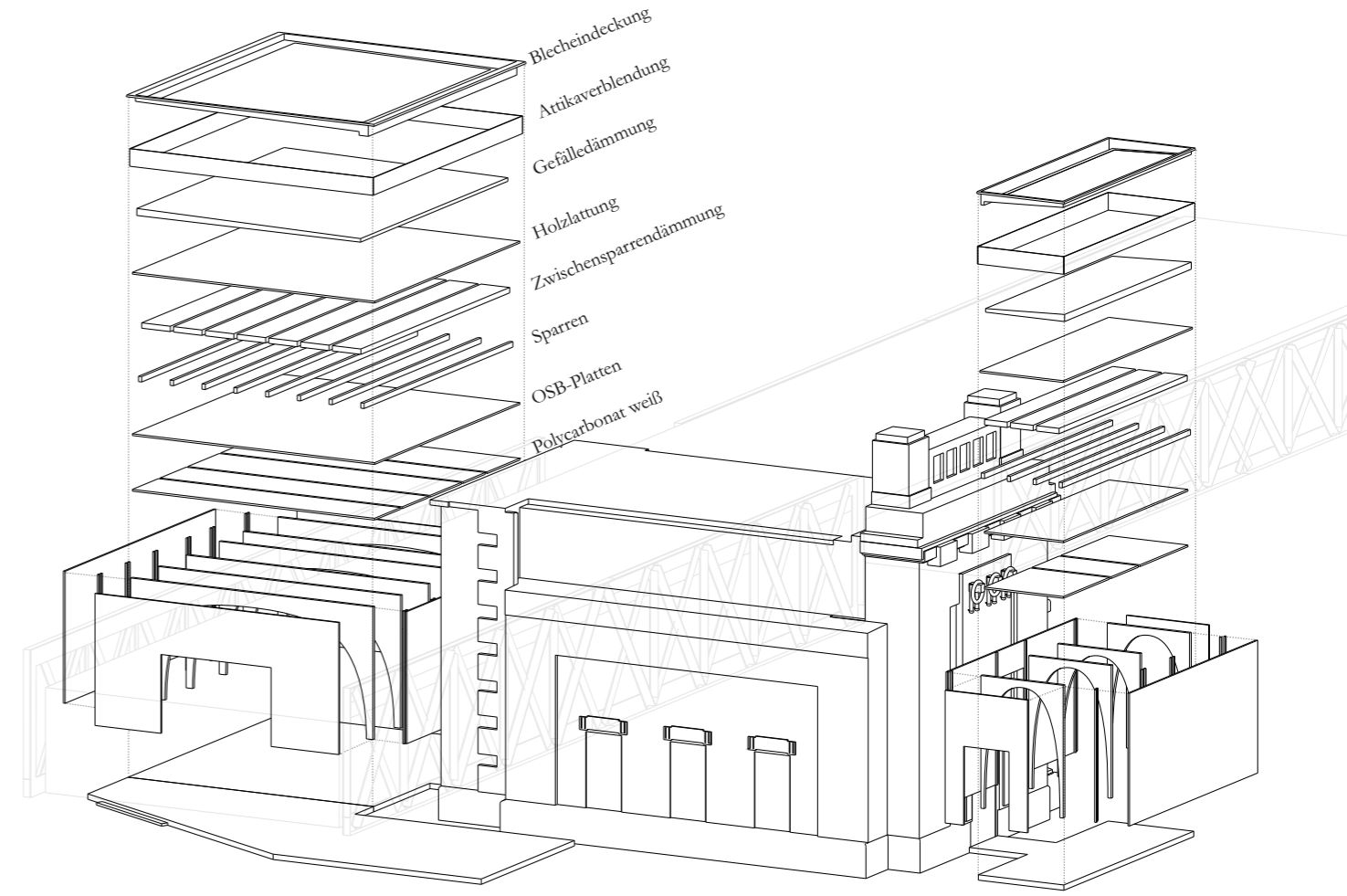
Ansicht von Norden 1:100

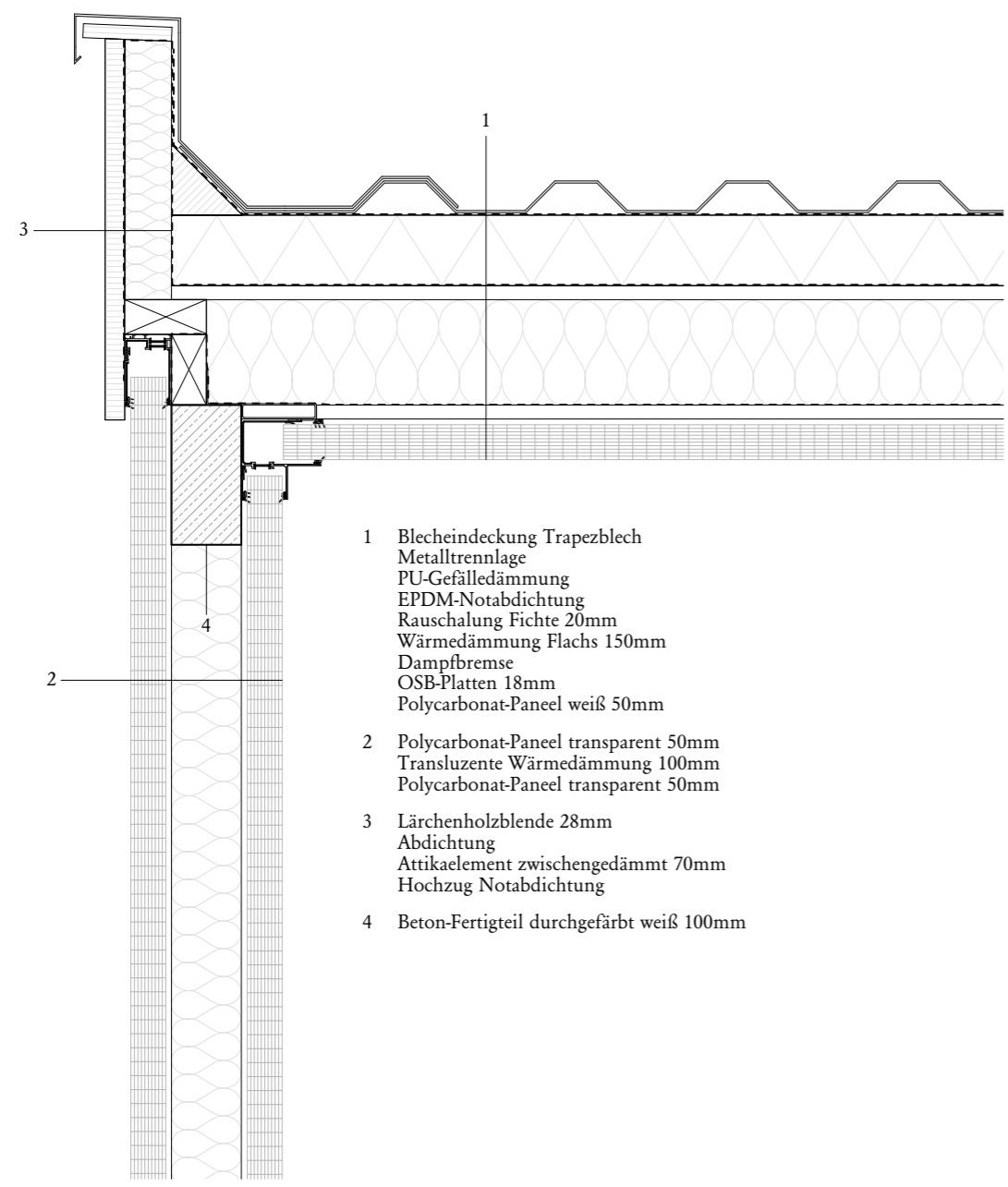




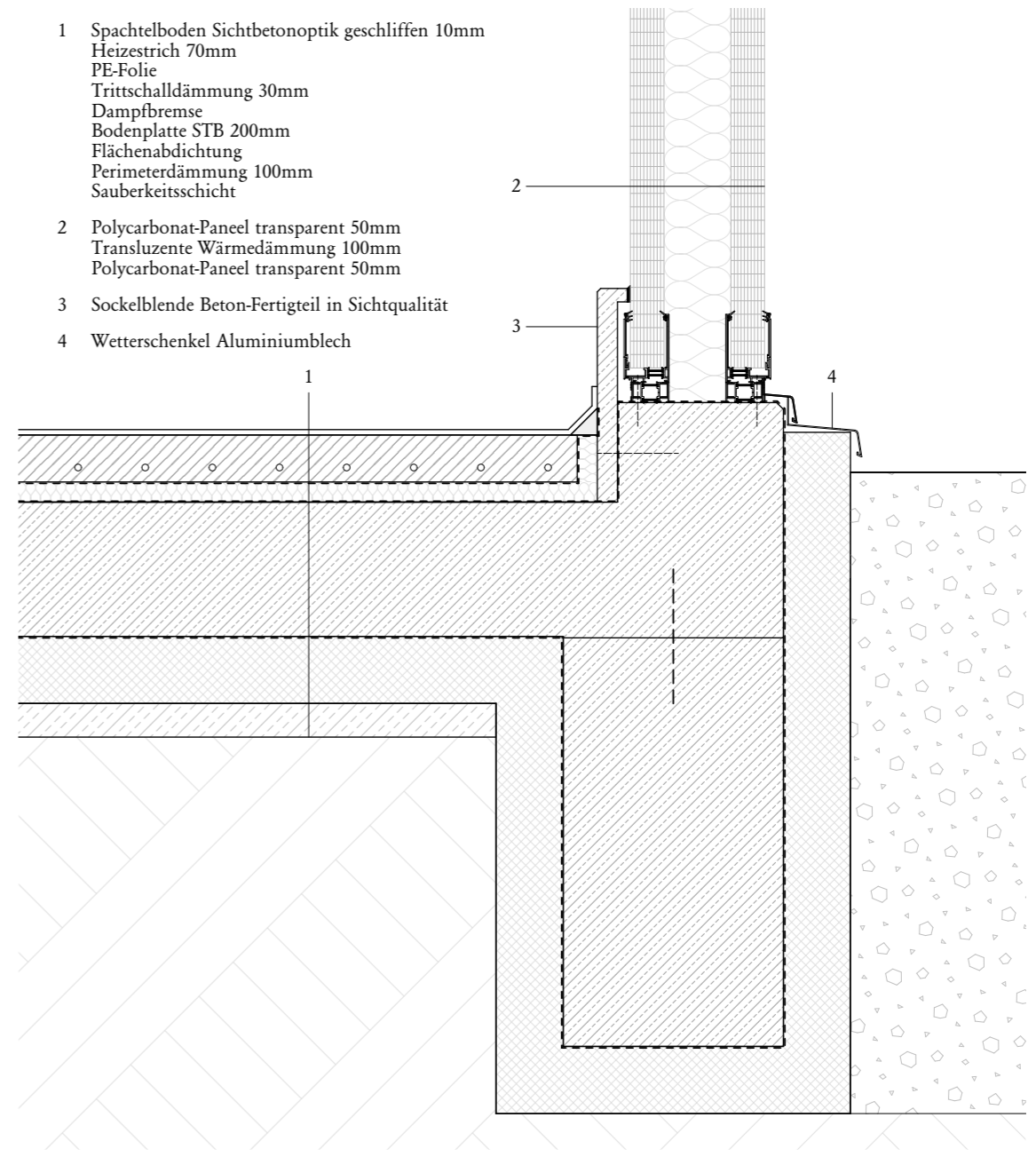
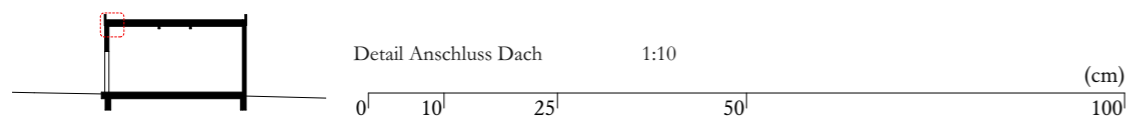
Grundriss 1:50



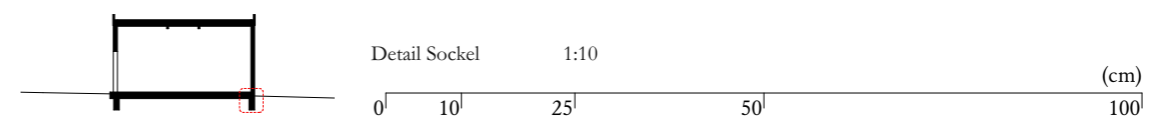




- 1 Blecheindeckung Trapezblech
 Metalltrennlage
 PU-Gefälledämmung
 EPDM-Notabdichtung
 Rauschalung Fichte 20mm
 Wärmedämmung Flachs 150mm
 Dampfbremse
 OSB-Platten 18mm
 Polycarbonat-Paneel weiß 50mm
- 2 Polycarbonat-Paneel transparent 50mm
 Transluzente Wärmedämmung 100mm
 Polycarbonat-Paneel transparent 50mm
- 3 Lärchenholzblende 28mm
 Abdichtung
 Attikaelement zwischengedämmt 70mm
 Hochzug Notabdichtung
- 4 Beton-Fertigteil durchgefärbt weiß 100mm



- 1 Spachtelboden Sichtbetonoptik geschliffen 10mm
 Heizestrich 70mm
 PE-Folie
 Trittschalldämmung 30mm
 Dampfbremse
 Bodenplatte STB 200mm
 Flächenabdichtung
 Perimeterdämmung 100mm
 Sauberkeitsschicht
- 2 Polycarbonat-Paneel transparent 50mm
 Transluzente Wärmedämmung 100mm
 Polycarbonat-Paneel transparent 50mm
- 3 Sockelblende Beton-Fertigteil in Sichtqualität
- 4 Wetterschenkel Aluminiumblech

















ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10-GM, Kapitel V.....	5
Abb. 2:	Prävalenz des Opioidkonsums in Wien im Jahr 2018. Jedes rote Spritzensymbol steht für eine/ einen Opioidkonsumt*in (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 9).....	10-11
Abb. 3:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien im Zeitverlauf (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 9).....	12
Abb. 4:	Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums in Wien im Jahr 2018. Jedes rote Spritzensymbol steht für eine/ einen Opioidkonsumt*in. (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 9).....	13
Abb. 5:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen im Zeitverlauf (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 10).....	14
Abb. 6:	Zoom auf den Bereich des Gumpendorfer Gürtels (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 9).....	15
Abb. 7:	Aleksey Chizhov: »Morpheus«, Öl auf Leinwand, 150 x 100 cm, 2007.....	18
Abb. 8:	Bereich U-Bahnstation Gumpendorfer Straße: Wege von Personen der dortigen Szene (eigene Darstellung).....	21
Abb. 9:	Screenshots des Youtube-Videos »Drugs« zum Thema Drogen innerhalb von »The Illegal Project« (2017) (©Wilhelm Scheribl Jr., Online verfügbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=dCsqbTGnYac&t=82s&ab_channel=WilhelmScheribJr).....	23
Abb. 10:	Die der Suchthilfe Wien gGmbH zugehörigen Einrichtungen und ihre Lage in der Stadt (eigene Darstellung).....	25
Abb. 11:	Die verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe Wien gGmbH und ihre Aufgaben (eigene Darstellung).....	27
Abb. 12:	DKR in Frankfurt (©Integrative Drogenhilfe e.V.).....	31
Abb. 13:	DKR in Saarbrücken (©Drogenhilfe Saarbrücken).....	31
Abb. 14:	Eine interaktive Karte, in welcher weltweit alle Drogenkonsumräume eingezeichnet sind, wird vom INDCR regelmäßig aktualisiert. (INDCR 2021, Online verfügbar unter: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=17-5DjHbW9HnUQyDY65XQF7R8dPnyEN2A&ll=46.251450077326496%2C13.96105775568302&z=5).....	33
Abb. 15:	Heroinabhängige am Zürcher Platzspitz in den 1980er Jahren (Treffpunkt 2020, ©Keystone, Online verfügbar unter: https://www.srf.ch/static/cms/images/960w/-srf-1/2020/01/treffpunkt/612427.200116_platzspitz-die_misere_und_die_drogenpolitik_copyright_keystone.jpg-jpeg).....	35
Abb. 16:	Drogenbezogene Todesfälle in Wien im Jahr 2018 (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 30).....	37
Abb. 17:	Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle in Österreich im Zeitverlauf (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 75).....	39
Abb. 18:	Narcan®: Ein lebensrettendes Fläschchen, das den Wirkstoff Naloxon enthält. (©Governor Tom Wolf, Online verfügbar unter: https://video-images.vice.com/articles/5d67eb04f188ac0008843cf5/lede/1567159448504-naloxon.jpeg?crop=0.5625476735316552&w:1x&center:center).....	40
Abb. 19:	Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellte Substanzen in Österreich im Zeitverlauf (eigene Darstellung nach Anzenberger 2019, S. 12).....	40
Abb. 20:	Verteilung der vermuteten Hepatitis-C-Ansteckungswege (eigene Darstellung nach Schmutterer und Busch 2016, S. 23).....	41
Abb. 21:	Darstellung zur Reinheit von Heroin im Straßenverkauf, 2018 (eigene Darstellung nach Löbau et al. 2019).....	42
Abb. 22:	Benthams Entwurf des Panopticon im Grundriss (©François Victor Tocbon, Online verfügbar unter: https://cdn-images-1.medium.com/max/1200/1*dKPderV2gubOTM-r1ab8Q.png).....	46
Abb. 23:	Fotografie des Panopticons (©Jeremy Bentham, Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/profile/Jean-Carlos-Miguel/publication/349379996/figure/fig1/AS:992295147016195@1613593007733/Figura-1-Panoptico-de-Jeremy-Bentham_Q640.jpg).....	46
Abb. 24:	Erdegeschossgrundriss des Wiener »Narrenturms« Der weltweit erste Spezialbau zur »Bewahrung und ärztlichen Versorgung« von psychisch Kranken, 1783 (©gemeinfrei, Online verfügbar unter: https://beyondarts.at/guides/media/univien/campus/images/highlight-11-popup-02.jpg).....	49
Abb. 25:	Das Universitätsklinikum Aachen, Architekten: Weber, Brand + Partner (Baukunst NRW 2020, ©Thomas Robbin, Online verfügbar unter: https://www.baukunst-nrw.de/objekte/Universitaetsklinikum-Aachen-279.htm).....	50
Abb. 26:	Grundriss des Gesundheitszentrums für Krebspatienten in Kopenhagen (©Nord Architects).....	51
Abb. 27:	Luftaufnahme der Dachstruktur (©Nord Architects).....	52
Abb. 28:	Luftaufnahme des Huosbenshan-Krankenhauses (©Getty, Online verfügbar unter: <a href="https://img.nzz.ch/O=75/https://nzz-
img.s3.amazonaws.com/2020/2/10/1102035e-37e3-481a-b9ea-3a03f0dd1b7.jpeg">https://img.nzz.ch/O=75/https://nzz- img.s3.amazonaws.com/2020/2/10/1102035e-37e3-481a-b9ea-3a03f0dd1b7.jpeg).....	54
Abb. 29:	Das »Kleine Café« im 1. Bezirk (©nextroom.at, Online verfügbar unter: https://www.nextroom.at/data/media/med_media/preview/fc000104.jpg).....	57
Abb. 30:	Grundriss des »Kleinen Cafés« (©Hermann Czech, 1970, Online verfügbar unter: https://www.nextroom.at/building.php?id=2334#&cid=1&pid=152211).....	58
Abb. 31:	Das Gasthaus Pöschl, ehemals »Ammervolk« (©Gasthaus Pöschl, Online verfügbar unter: https://www.telegraph.co.uk/travel/destinations/europe/austria/vienna/articles/vienna-restaurants/).....	59
Abb. 32:	Der 1974 hinzugekommene Erweiterungsraum des kleinen Cafés: Hier sitzende Gäste sind auf derselben Augenhöhe mit stehenden Gästen im dahinter liegenden Raum. (©Martin Nicholas Kunz, Online verfügbar unter: https://media.cool-cities.com/kleines_cafe010mk_mob.jpg?h=530).....	61
Abb. 33:	Injektionsplätze in der Einrichtung »InSite« in Vancouver (©AP, Online verfügbar unter: https://img.src.ca/2013/06/07/1250x703/130607_bu4mj_rci-drug-injection-site_sn1250.jpg).....	62
Abb. 34:	Flächenaufteilung in vor-, während und nach- Konsum. Maßstablos (eigene Darstellung).....	63
Abb. 35:	Flächenaufteilung in vor-, während und nach- Konsum. Maßstablos (eigene Darstellung).....	63
Abb. 36:	Flächenaufteilung in vor-, während und nach- Konsum. Maßstablos (eigene Darstellung).....	63
Abb. 37:	Grundrissvorschlag für einen DKR in Amerika, Maßstablos (Wright 2019, S. 47).....	64
Abb. 38:	Injektionsraum der Birkenstube in Berlin-Moabit (ältere Aufnahme) (©vista).....	66
Abb. 39:	Anzahl der jährlichen Konsumvorgänge in der Birkenstube im Zeitverlauf (eigene Darstellung, Daten bereitgestellt von vista).....	68
Abb. 40:	Konsumplätze in der Birkenstube (©vista, Online verfügbar unter: http://excursion.birkenstube.de/).....	69
Abb. 41:	Der Injektionsraum des »InSite« in Vancouver (©Hospital News, Online verfügbar unter: https://aumag.org/wp-content/uploads/2016/05/Injection-room-2-web.jpg).....	70
Abb. 42:	Grundriss des InSite (©Sean McEwen, 2003).....	72
Abb. 43:	Die Fassade des InSite mit Eingang (rechts) und Ausgang (links) (©Travis Lapick, Online verfügbar unter: https://i2.wp.com/www.cascadiamagazine.org/wp-content/uploads/2018/06/insite_vancouver_street_andrew_engelson.jpg?ssl=1).....	73
Abb. 44:	Der Haupteingangsangang des H17 (Halmtorvet 17) in Kopenhagen (©PLH Architekten, in: Thiesen 2017, S. 17).....	74
Abb. 45:	Spots, die farbiges Licht auf Teile der Wandflächen werfen, erzeugen eine warme Atmosphäre. (©Nanna W. Gotfredsen + Sune Keblet, Online verfügbar unter: https://www.dailyscandinavian.com/wp-content/uploads/2016/09/scandinavia-lar-gest-drug-injection-room.jpg).....	75
Abb. 46:	Grundriss des H17 (©PLH Architekten).....	76-77
Abb. 47:	Der Prozess des supportive design (unterstützendes Design) (Minucciani und Sağlar Onay 2020, S. 80).....	80
Abb. 48:	Der Prozess des inclusive design (Minucciani und Sağlar Onay 2020, S. 87).....	82
Abb. 49:	Visualisierung (eigene Darstellung).....	86-87
Abb. 50:	Rezeption/Wartebereich des H17 in Kopenhagen (©EllisEllis).....	88
Abb. 51:	Konsumplatz des InSite in Vancouver (©Jay Black, Online abrufbar unter: https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/617656/centre-injection-aids-calgary).....	89
Abb. 52:	Materialkombination und die Wirkung mit Licht (eigene Darstellung).....	96
Abb. 53:	Axonometrie eines Konsumplatzes (von links) (eigene Darstellung).....	98
Abb. 54:	Axonometrie eines Konsumplatzes (von rechts) (eigene Darstellung).....	99
Abb. 55:	Querschnitt durch einen Konsumplatz, Maßstab 1:20 (eigene Darstellung).....	100
Abb. 56:	Längsschnitt durch einen Konsumplatz, Maßstab 1:20 (eigene Darstellung).....	100
Abb. 57:	Stuhl »Estorik« von Manufactum (eigene Darstellung).....	101
Abb. 58:	Ein Konsumplatz (eigene Darstellung).....	102
Abb. 59:	Die Übersicht vom Überwachungsplatz aus. Kunst an den Wänden trägt zum Wohlbefinden bei und stimuliert positive Ablenkung (eigene Darstellung, Malereien: ©Emma Kling).....	103
Abb. 60:	Der Konsumraum kann von einer Ecke des Raumes gänzlich überblickt werden. (eigene Darstellung).....	104
Abb. 61:	Ansicht des Pfeiler 4 vom Sechshauser Gürtel aus (eigene Darstellung).....	109
Abb. 62:	Otto-Wagner-Brücke über das Wiental im Bau, 1898 (©Friedrich Strauß, Online abrufbar unter: https://travel.syggic.com/de/poi/u6-poi:20182000).....	112
Abb. 63:	Die historische Stadtbahn um 1918 am Josefstädter Gürtel (©Wiener Linien, Online abrufbar unter: https://blog.wienerlinien.at/wp-content/uploads/2018/01/1918kl_Stadtbahn-mit-Dampf_Wiener-Linien.jpg).....	113
Abb. 64:	Innenraum der Kirche am Steinbof mit Blick auf den Altar (©Carniel/ Österreich Werbung, Online abrufbar unter: https://www.stadt-wien.at/uploads/pics/otto_wagner-steinbofkirche_innen-oe_werbung-carniel.jpg).....	116
Abb. 65:	Die byzantinische Kuppel der Kirche am Steinbof (©Theo Reisner, Online abrufbar unter: https://museenblaetter.de/artikel).....	

	<i>php?aid=20978)</i>	117
Abb. 66:	Die Vorderseite des Pfeilers (aus Sicht von Westen) (eigene Darstellung)	118
Abb. 67:	Die Flanke des Pfeilers (aus Sicht von Süden) (eigene Darstellung)	119
Abb. 68:	Die Rückseite des Pfeilers (aus Sicht von Osten) (eigene Darstellung)	120
Abb. 69:	Die Flanke des Pfeilers (aus Sicht von Norden) (eigene Darstellung)	121
Abb. 70:	Originalpläne: Die vier Ansichten des Pfeilers. (©Otto Wagner, 1897)	122-123
Abb. 71:	Die unklare Aufteilung der Straßen, Fußgänger- und Radwege vor dem Pfeiler. Mehrere unterschiedliche Oberflächenbeschaffenheiten und eingrenzende Barrieren vermitteln Unruhe. (eigene Darstellung)	126
Abb. 72:	Die neue Platzgestaltung: Seitliche Bepflanzungen rahmen die Fläche ein. (eigene Darstellung)	127
Abb. 73:	Originalpläne: Quer- und Längsschnitt durch den Pfeiler. (©Otto Wagner, eigene Darstellung)	130
Abb. 74:	Sechs Abstufungen des Übergangs von schwarz zu grau (eigene Darstellung)	132
Abb. 75:	Ausschnitt des Durchgangs von Anmeldungsbäude zum Konsumraum (eigene Darstellung)	133
Abb. 76:	»Man in the Green« ©Marco Bianchetti (Online verfügbar unter: https://fukugyou-academy.com/column/mukongawa/)	134
Abb. 77:	Eingangsbereich des Maison de Verre, Pierre Chareau, 1932 (©Catvien, Online verfügbar unter: https://scandinaviancollectors.com/post/76474599311/pierre-chareau-maison-de-verre-paris-1931)	135
Abb. 78:	Kupferblech (Beispieltextur)	136
Abb. 79:	Material blocking: Beton, Kupferblech und Ziegelmauerwerk (Beispieltexturen)	137
Abb. 80:	Der Blick durch transluzenten Stoff (©Nabo Kubota, Online verfügbar unter: https://www.md-mag.com/materialien/transluzent/#slider-intro-2)	138
Abb. 81:	A Pattern Language: 135 Tapestry of Light and Dark (Alexander et al. 1977, Online verfügbar unter: http://www.writewordsgood.com/api/patterns/apl135.htm)	140
Abb. 82:	Der Konsumraum wird allein durch den dezenten Einsatz von Kunstlicht inszeniert (eigene Darstellung)	141
Abb. 83:	Zwei Abständig platzierte Zubauten bilden nun einen Eingang und einen Ausgang. (eigene Darstellung)	144
Abb. 84:	Aufteilung der Raumbfunktionen auf die drei Gebäude (eigene Darstellung)	145
Abb. 85:	Visualisierung des Entwurfs aus der Vogelperspektive (eigene Darstellung)	154
Abb. 86:	Visualisierung des Cafés (eigene Darstellung)	160
Abb. 87:	Perspektivische Explosionszeichnung (eigene Darstellung)	161
Abb. 88:	Visualisierung des Konsumraums (eigene Darstellung)	165
Abb. 89:	Modellfoto von oben (eigene Darstellung)	166-167
Abb. 90:	Modellfoto seitlich (eigene Darstellung)	168-169
Abb. 91:	Modellfoto: Sicht auf die Anmeldung (eigene Darstellung)	170-171
Abb. 92:	Modellfoto: Sicht auf das Café (eigene Darstellung)	172-173
Abb. 93:	Modellfoto: Sicht auf das Café (eigene Darstellung)	174-175

BIBLIOGRAPHIE

akzept e.V.; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums. Unter Mitarbeit von Jürgen Klee, Urs Köthner und Frank Langer. Berlin.

Alexander, Bruce K.; Beyerstein, Barry L.; Hadaway, Patricia F.; Coombs, Robert B. (1981): Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. In: *Pharmacology, biochemistry, and behavior* (4), S. 571–576. DOI: 10.1016/0091-3057(81)90211-2.

Alexander, Christopher; Ishikawa, Sara; Silverstein, Murray; Jacobson, Max; Fiksdahl-King, Ingrid; Angel, Shlomo (1977): *A Pattern Language: Towns, Buildings, Construction*. New York.

Andrade, Cláudia Campos; Devlin, Ann Sloan (2015): Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. In: *Journal of Environmental Psychology* 41, S. 125–134. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.001.

Anzenberger, Judith (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak.

Attenberger, Tim (2018): Drogenszene am Kölner Neumarkt: Geplantes Konsummobil soll bis zu 80.000 Euro kosten. In: *Kölner Stadt-Anzeiger*, 21.06.2018. Online verfügbar unter <https://www.ksta.de/koeln/drogenszene-am-koelner-neumarkt-geplantes-konsummobil-soll-bis-zu-80-000-euro-kosten-30654900?cb=1612884846760>, zuletzt geprüft am 09.02.2021.

Austria Forum (2021): Otto Wagner. Hg. v. H. Maurer, P. Diem, H. M. Wolf und T. Brandstaller. Online verfügbar unter https://austria-forum.org/af/AustriaWiki/Otto_Wagner, zuletzt aktualisiert am 16.02.2021, zuletzt geprüft am 16.02.2021.

Az W (2003): Kirche St. Leopold / Kirche Am Steinhof. Otto Wagner - Wien (A) - 1907. Unter Mitarbeit von Maria Welzig. Architekturzentrum Wien. Wien. Online verfügbar unter <https://www.nextroom.at/building.php?id=2382>, zuletzt aktualisiert am 14.02.2021, zuletzt geprüft am 14.02.2021.

Baukunst NRW (2020): Universitätsklinikum Aachen. Hg. v. Baukunst NRW. Online verfügbar unter <https://www.baukunst-nrw.de/objekte/Universitaetsklinikum-Aachen--279.htm>, zuletzt aktualisiert am 19.08.2020, zuletzt geprüft am 19.08.2020.

BDA (2021): Otto-Wagner-Grün: Die Wiener Stadtbahn. Hg. v. BDA. Bundesdenkmalamt. Online verfügbar unter <https://bda.gv.at/forschung/otto-wagner-gruen/>, zuletzt aktualisiert am 15.02.2021, zuletzt geprüft am 15.02.2021.

beyondarts (2020): Narrenturm. Hg. v. Universität Wien. Online verfügbar unter <https://beyondarts.at/guides/uni-wien-campus/narrenturm/>, zuletzt aktualisiert am 06.10.2020, zuletzt geprüft am 13.12.2020.

BMGF (2020): ICD-10 BMSGK 2020 - Systematisches Verzeichnis. Unter Mitarbeit von Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Peter Brosch, Gertrud Fritz, Mag. Simon Iskra, Mag. Rainer Kleyhons und Mag. Walter Sebek. Wien.

Brix, Emil; Bruckmüller, Ernst; Stekl, Hannes (Hrsg.) (2004): *Memoria Austriae*. 1. Aufl. Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

CDC National Center for Injury Prevention and Control (Hg.) (2017): Prescription Behavior Surveillance System (PBSS). Issue Brief. Brandeis University.

CSCS Ottawa (2020): Supervised consumption sites in Ottawa: Saving lives and getting drug use off the street. Online verfügbar unter <http://cscsottawa.ca/faits>, zuletzt aktualisiert am 22.11.2020, zuletzt geprüft am 22.11.2020.

Daily Scandinavian (2016): Scandinavia's Largest Drug Injection Room, 24.08.2016. Online verfügbar unter <https://www.dailyscandinavian.com/scandinavias-largest-drug-injection-room/>, zuletzt geprüft am 13.01.2021.

Dietmar Steiner (2003): Kleines Café. In: Sammlung Architekturzentrum Wien. Online verfügbar unter <https://www.nextroom.at/building.php?id=2334&sid=2970>.

Dual Diagnosis (2020): Post Traumatic Stress Disorder and Addiction. Hg. v. Dual Diagnosis. Online verfügbar unter <https://dualdiagnosis.org/mental-health-and-addiction/post-traumatic-stress-disorder-and-addiction/>, zuletzt aktualisiert am 19.08.2020, zuletzt geprüft am 19.08.2020.

DWDS (2020): DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/wb/Restaurant>, zuletzt aktualisiert am 21.11.2020, zuletzt geprüft am 22.11.2020.

EHRA; Charvet, Cedric (2019): Drug Consumption Rooms EHRA Experts Meeting. Vortrag von Cedric Charvet. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=2kP8VLkVEUI&ab_channel=EurasianHarmReductionAssociation, zuletzt geprüft am 03.01.2021.

EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use). revision summary.

Fachgruppe Wien der Kaffeehäuser (2019): Das Kaffeehaus einst & heute - Das Wiener Kaffeehaus. Online verfügbar unter <https://www.wiener-kaffeehaus.at/das-kaffeehaus-einst-heute/>, zuletzt aktualisiert am 24.02.2019, zuletzt geprüft am 29.10.2020.

Gross, Werner (2002): Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht. Hilfen für en Umgang mit unseren Alltagsdrogen. Online verfügbar unter <https://doc1.bibliothek.li/aaz/A028010.pdf>.

Grünmayer, Fabian (2014): Anzeige von Niederschwelligkeit ohne Akzeptanz? Eine Position zum schadensmindernden Angebot der Drogenarbeit in Wien. In: *soziales_kapital*, 2014 (12), S. 195–201, zuletzt geprüft am 16.01.2021.

Gutiérrez-Cebollada, Juan; La Torre, Rafael de; Ortuño, Jorge; Garcés, JoséM.; Camí, Jordi (1994): Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose. In: *Drug and Alcohol Dependence* 35 (2), S. 169–174. DOI: 10.1016/0376-8716(94)90124-4.

Hunt, Neil (2006): An overview of models of delivery of drug consumption rooms.

Ian Bailey (2013): Vancouver police urge drug addicts to use Insite following deaths. 140961138903. Online verfügbar unter <https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/vancouver-police-warn-drug-addicts-to-use-insite/article14366192/>, zuletzt aktualisiert am 17.09.2013, zuletzt geprüft am 22.11.2020.

INDCR (2021): Drug Consumption Rooms (DCRs) in the world – Google My Maps. Online verfügbar unter <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=17-5DJHbW9HnUQyDYo5XQF7R8dPuyEN2A&ll=46.251450077326496%2C13.9610577568303&z=5>, zuletzt aktualisiert am 03.01.2021, zuletzt geprüft am 03.01.2021.

Institut Suchtprävention (2021): Heroin. Hg. v. Institut Suchtprävention. Online verfügbar unter <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/suchtmittel/heroin>, zuletzt aktualisiert am 27.02.2021, zuletzt geprüft am 27.02.2021.

Klenk, Florian; Weissensteiner, Nina (1999): Nach der Razzia. In: *Falter*, 04.08.1999 (31/99).

Kühn, Christian (2014): *Stilverzicht. Typologie und CAAD als Werkzeuge einer autonomen Architektur*. Basel: Birkhäuser Verlag GmbH (Bauwelt Fundamente, 116). Online verfügbar unter http://www.degruyter.com/search?f_0=isbnissn&q_0=9783035602555&searchTitles=true.

Latasch, L.; Zimmermann, M.; Eberhardt, B.; Jurna, I. (1997): Aufhebung einer Morphin-induzierten Obstipation durch orales Naloxon. In: *Der Anaesthetist* 46 (3), S. 191–194. DOI: 10.1007/s001010050390.

Laut, Julian (2018): *Was macht die Menschen süchtig? Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen*. Hamburg: diplom.de (Geisteswissenschaft).

Le Corbusier (1954): *The modular. A harmonious measure to the human scale, universally applicable to architecture and mechanics*. Basel, Boston: Birkhäuser.

Leyland, Hannah (2017): *Third Space: designing a community hub* Third Space: designing a community hub that happens to permit drug consumption.

Löbau, Monika; Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2019): Bericht zur Drogensituation 2019.

Marshall, Brandon D. L.; Milloy, M-J; Wood, Evan; Montaner, Julio S. G.; Kerr, Thomas (2011): Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. In: *The Lancet* 377 (9775), S. 1429–1437. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.

Mayer de Groot, Ralf; Wild, Markus; Kess, Reingard; Stupperich, Kai (2018): *Die unbewusste Macht von Farben in Design und Marketing. Verblüffende Neugigkeiten der Farbpsychologie, Hirn- und Marktforschung, Behavioral Economics sowie spannende Fallstudien*.

Mayrhofer, Hemma (2012): *Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive*. Zugl.: Wien, Univ., Diss., 2012. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-658-00192-6>.

Medvecka, Jekaterina (2017): *Architect on the Imperial Throne or Fools' Tower by Joseph II*. Wien.

Minucciani, Valeria; Sağlar Onay, Nilüfer (2020): *Well-being design and frameworks for interior space*. Hershey, PA: Information Science Reference.

Müller, Matthias (2020): *Spitalbau in Wuhan: Innerhalb von wenigen Tagen fertiggestellt*. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 10.02.2020. Online verfügbar unter <https://www.nzz.ch/international/die-chinesen-haben-enorm-schnell-ihre-kraefte-mobilisiert-ld.1539540#back-register>, zuletzt geprüft am 08.01.2021.

Pemsel, Jutta (1989): *Die Wiener Weltausstellung von 1873. Das gründerzeitliche Wien am Wendepunkt*. Wien, Köln: Böhlau.

PLH Arkitekter (2016): *PLH Designed the Largest Drug Consumption Center in the North*. Online verfügbar unter <https://www.plh.dk/en/news/plh-designed-the-largest-drug-consumption-center-in-the-north/>, zuletzt aktualisiert am 13.01.2021, zuletzt geprüft am 13.01.2021.

Poehlke, T.; Heinz, W.; Stöver, H. (2016): *Drogenabhängigkeit und Substitution – ein Glossar von A–Z*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Rack, Reinhard (2014): Artikel a (Menschenwürde). Online verfügbar unter http://www.konvent.gv.at/K/DE/AVORL-K/AVORL-K_00313/fnameorig_017399.html, zuletzt aktualisiert am 15.04.2014, zuletzt geprüft am 25.03.2020.

Radio SRF (2020): *Treffpunkt. Der Platzspitz hat die Drogenpolitik der Schweiz verändert*. Weitere Beteiligte: Jürg Ochninger. Radio: SRF. Online verfügbar unter <https://www.srf.ch/sendungen/treffpunkt/der-platzspitz-hat-die-drogenpolitik-der-schweiz-veraendert>, zuletzt geprüft am 14.06.2020.

Reisner, Theo (2017): *100 Jahre Jugendstil in Wien. Die Kirche am Steinhof von Otto Wagner*. Hg. v. *Musenblätter*. Online verfügbar unter <https://musenblaetter.de/artikel.php?aid=20978>, zuletzt aktualisiert am 14.02.2021, zuletzt geprüft am 14.02.2021.

RIS - Dokumentation im Gesundheitswesen - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 01.04.2020 (2020). Online verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011011>, zuletzt aktualisiert am 04.01.2020, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Röll, Viktor von (1923): *Enzyklopädie des Eisenbahnwesens*. 2. Aufl. Berlin, Wien: Urban&Schwarzenberg (Übergangsbrücken-Zwischenstation, 10). Online verfügbar unter <http://www.zeno.org/Roell-1912/A/Wiener+Stadtbahn>, zuletzt geprüft am 15.02.2021.

Schäffer, Dirk; Stöver, Heino; Weichert, Leon (2014): *Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges*. Unter Mitarbeit von Eberhard Schatz. Hg. v. Regenboog Groep. European Harm Reduction Network. Amsterdam. Online verfügbar unter <https://idhdp.com/media/399959/drug-consumption-in-europe-final-2014-1.pdf>, zuletzt geprüft am 20.03.2020.

Schmutterer, Irene; Busch, Martin (2016): *Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich*. Hg. v. *Gesundheit Österreich*. Wien.

SDW (2018): *Über uns*. Online verfügbar unter <https://sdw.wien/de/ueber-uns/>, zuletzt aktualisiert am 24.07.2018, zuletzt geprüft am 10.08.2020.

SDW (2021): *FAQ Archiv - Sucht- und Drogenkoordination Wien*. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Online verfügbar unter <https://sdw.wien/faq/>, zuletzt aktualisiert am 07.03.2021, zuletzt geprüft am 07.03.2021.

Siegel, Shepard (2001): *Pavlovian Conditioning and Drug Overdose: When Tolerance Fails*. In: *Addiction Research & Theory* 2001 (9), S. 503–513.

Springer, Alfred (2003): Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Hg. v. Fonds Soziales Wien. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien.

Stadtbahn (o.V.) (1882): Die Wiener Stadtbahnfrage. In: Schweizerische Bauzeitung, 28.01.1882 (4), S. 45–49.

Standard (2013): Illegaler Handel mit Drogenersatz-Medikamenten steigt. In: DER STANDARD, 28.02.2013. Online verfügbar unter <https://www.derstandard.at/story/1361241375983/illegaler-handel-mit-drogenersatz-medikamenten-steigt>, zuletzt geprüft am 07.03.2021.

Suchthilfe Wien (2018): Tätigkeitsbericht 2018. Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Wien.
 Thiesen, Henrik (2017): H17. A Drug Consumption Room in Copenhagen. EMCDDA. Lissabon, 18.09.2017.

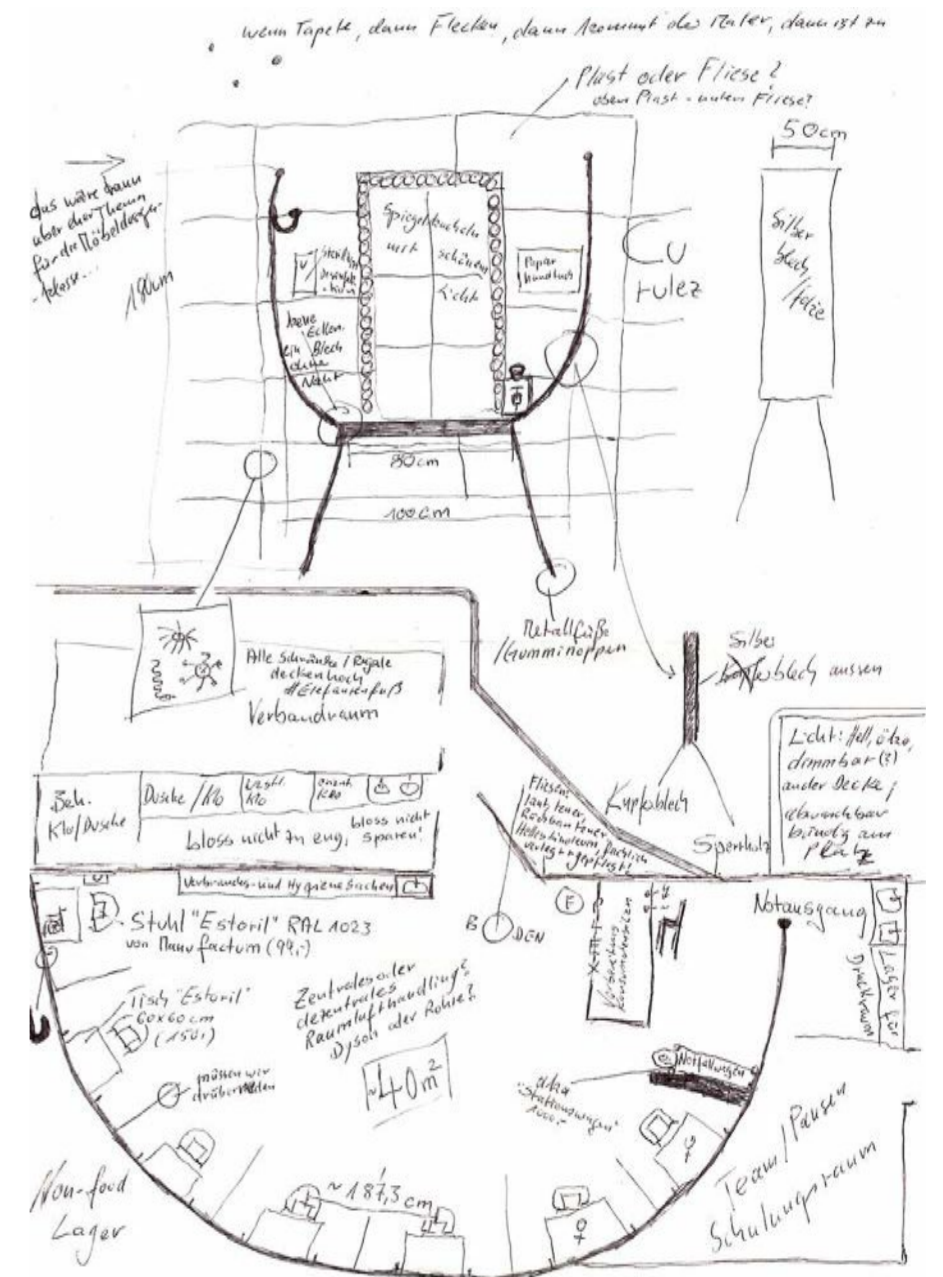
Ulrich, Roger (1991): Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research. In: Journal of health care interior design (3.1), S. 97–109.

Weltkommission für Drogenpolitik (Hg.) (2018): Regulierung von Drogen für eine verantwortungsvolle Kontrolle.
 Wiener Bilder (1907): Die Eröffnung der neuen Landesheil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. In: Wiener Bilder, 16.10.1907 (42), zuletzt geprüft am 14.02.2021.

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (2011): Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin.

Wright, Sanne (2019): Designing the Debate: Assessing the Role of Design Practices in Safe Injection Sites.

ANHANG



Skizze zur Erklärung der wichtigsten Elemente eines Konsumraums von C. Hennis, dem Betreiber der Birkenstube in Berlin-Moabit