



Drogenkonsumräume in Deutschland

Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums

Drogenkonsumräume in Deutschland

Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum

Herausgegeben von



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstr 138; D - 10963 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
E-Mail: dah@aidshilfe.de

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14; D - 12161 Berlin
Internet: <http://www.akzept.org>
E-Mail: akzeptbuero@yahoo.de

Textgrundlage

Urs Köthner, akzept e.V.
Frank Langer, Suchthilfe direkt Essen
Jürgen Klee, AK Konsumraum

Redaktion

Dirk Schäffer, Heino Stöver

Satz und Gestaltung

Christine Kluge Haberkorn

Umschlag

Katja Fuchs

Fotos

AK Konsumraum;

Umschlagfoto

Michael Haberkorn

Druck

Kleinoffsetdruck Dressler, Berlin

Bestellungen

akzeptbuero@yahoo.de; dah@aidshilfe.de

Alle Rechte bei den Autoren bzw. AK Konsumraum
Berlin, August 2011

Die Broschüre ist ein Gemeinschaftswerk des AK Konsumraum. Sie wurde in zahlreichen Diskussionen mit allen TeilnehmerInnen durchgesprochen und weiterentwickelt. Insofern haben wir darauf verzichtet die Kapitel einzelnen Autoren zuzuordnen.



INHALT

Einleitung	05
Die Geschichte – vom tolerierten Konsum zum Drogenkonsumraum	07
Rechtliche Rahmenbedingungen – Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln versus informeller anonymer Konsumgelegenheiten	09
Allgemeine Ziele von Drogenkonsumräumen	13
Gesundheitspräventive, ordnungspolitische sowie drogen-therapeutische Ziele von Drogenkonsumräumen	15
- Drogenkonsumräume als integrierte Angebote	17
- Funktionen von Drogenkonsumräumen	17
- Zugangskriterien	19
- Öffnungszeiten und Grösse der Einrichtungen	20
- Umfeldbetreuung	20
- Betreuung des Umfeldes am Beispiel Essen	21
- Dokumentation	22
Drogenkonsumräume retten Menschenleben	23
Drogenkonsumräume in Deutschland – Übersicht	26
Risikofaktoren für Drogennotfälle	30
Ergänzende Angebote	31
- Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe	32
- Naloxon-Abgabe	33
- Gesundheitliche Aufklärung und HIV/HEP Prävention in Drogenkonsumräumen	34
- Pilotprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-	
- Prävention bei DrogengebraucherInnen	35
- Deeskalationstraining für MitarbeiterInnen in Drogenkonsumräumen	36

- Modellprojekt „test it“ – Szenenahe HIV-Schnelltests für Drogenkonsumenten in niedrigrschwelligen Einrichtungen	37
Ausgewählte Daten zu Drogenkonsumräumen	40
- Evaluation der Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen 2001- 2009	40
- Dokumentation der Frankfurter Drogenkonsumräume – Jahresauswertung 2009	41
Drogenkonsumräume weltweit – Verbreitung und Effektivität	43
- Zusammenfassung	45
Literatur	48
Kontaktadressen von Drogenkonsumräume Deutschland	54
Luxembourg	58

EINLEITUNG

Im November 1999 fand in Hannover die Konferenz „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“ statt. 180 TeilnehmerInnen aus Deutschland, den Niederlanden, Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien diskutierten über zentrale Aspekte der Arbeit in Drogenkonsumräumen, Safer Injection Facilities und Gassenzimmern.

Bis zu diesem Zeitpunkt gab es in Deutschland „Gesundheitsräume“ in Hamburg Frankfurt, Bremen und später auch Saarbrücken und Hannover, die sich in einem rechtlichen Graubereich bewegten, aber mit ihrer Pionierarbeit die Vorlage dafür geschaffen haben, dass nachfolgend Drogenkonsumräume als ein gesundheitsförderndes Angebot der Drogen- und AIDS Hilfe auf der Grundlage eindeutiger Rechtsverordnungen betrieben wurden (siehe Übersicht: Stöver 1991). Da auch in anderen Städten in Deutschland die fortschreitende Verelendung von Drogen gebrauchenden Menschen offensichtlicher wurde und die Zahl der Menschen, die infolge von Überdosierungen verstarben, sich stetig erhöhte, wollten viele MitarbeiterInnen in der AIDS- und Drogenhilfe, Drogenkonsumenten und andere Akteure nicht mehr tatenlos zusehen. Das Interesse an einer geregelten Etablierung solcher Angebote wuchs. Es herrschte Aufbruchstimmung.

Noch während die Ergebnisse der Tagung von akzept e.V. dokumentiert wurden, trat zum 1. April 2000 das 3. Betäubungsmittel-Änderungsgesetz in Kraft, das den Betrieb von Drogenkonsumräumen legitimierte und gesetzliche Regeln festlegte. Den Bundesländern wurde die Möglichkeit gegeben durch den Erlass eigener Landesverordnungen den Betrieb von Drogenkonsumräumen zu ermöglichen.

Heute (Stand: Juli 2011) sind 25 Drogenkonsumräume in 16 Städten und sechs Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in Betrieb. Während in Hamburg fünf und in Frankfurt a.M. vier Drogenkonsumräume betrieben werden, müssen sich viele andere Städte mit weniger Einrichtungen sowie mit deutlich eingeschränkten Öffnungszeiten begnügen. So werden in Berlin und Köln je zwei stationäre Konsumräume betrieben. Alle anderen Städte wie Aachen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen,

Hannover, Münster, Saarbrücken Troisdorf und Wuppertal beschränken sich auf jeweils einen Drogenkonsumraum.

Auf die zunehmende Dezentralisierung und Aufsplitterung der Szene wurde in Berlin mit der Einrichtung eines mobilen Drogenkonsumraums reagiert, der in Berlin unterschiedliche Szenetreffpunkte anfährt.

Die bislang erzielten Ergebnisse der Drogenkonsumräume sind beeindruckend. Bei allen intendierten Zielsetzungen konnten gute Ergebnisse erreicht werden, ungeachtet der Tatsache, dass noch einige Entwicklungsaufgaben anstehen:

- **DKR leisten einen entscheidenden Beitrag zur Überlebenshilfe und Risikominimierung beim Konsum illegalisierter Drogen.**
- **DKR bieten mit ihren niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psycho-sozialer Unterstützung.**
- **DKR leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Reduzierung von Problemen durch offene Drogenszenen in den Städten.**
- **neben dem individuellen Gesundheitsschutz tragen sie wesentlich dazu bei, die Ausbreitung von infektiösen Krankheiten wie Hepatitis und HIV einzuschränken.**

Im Jahr 2000 initiierte die Deutsche AIDS-Hilfe erstmals einen bundesweiten Arbeitskreis Drogenkonsumräume (AK Konsumraum), der sich seitdem jährlich trifft und an dem sukzessive alle DKR-Betreiber teilnehmen. Es entstand eine Plattform zur Qualitätsentwicklung, zum fachlichen Austausch, zur inhaltlichen Fortbildung (z.B. zu Infektionskrankheiten, Maßnahmen im Drogennotfall, Hygiene, Deeskalation, Umfeldmanagement, Ordnungspolitik, Vernetzung mit weiterführenden Hilfen) und zur Weiterentwicklung der Angebote. Die Praxis hat eine Vielfalt konzeptioneller Ansätze hervorgebracht, die in unterschiedlichen kommunalen, drogenpolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gewachsen sind und ihre Berechtigung haben.

Wegen der signifikanten Erfolge und der großen Bandbreite an konzeptionellen Arbeitsansätzen sowie der Vielzahl von qualitativ hochwertigen Begleitangeboten gilt es sowohl national als auch international die Arbeit und die Wirkung von Drogenkonsumräumen vermehrt in den Fokus zu rücken.

Mit diesem Medium gilt es auch die vor vielen Jahren verabschiedeten Leitlinien zum Betrieb von Drogenkonsumräumen zu überprüfen und fortzuentwickeln. Es gilt Bilanz zu ziehen.

Der AK Konsumraum als offene Arbeitsgemeinschaft aller Betreiber von Drogenkonsumräumen in Deutschland hat sich der Aufgabe angenommen, die konzeptionelle Vielfalt, die Erfolge und Probleme sowie die Herausforderungen für die Zukunft von Drogenkonsumräumen aufzuzeigen.

Die vorliegende Broschüre dokumentiert erste Ergebnisse dieser Arbeit.

Die Geschichte – vom tolerierten Konsum zum Drogenkonsumraum

Sichtbarer Konsum illegalisierter Substanzen stellte immer schon eine Herausforderung dar, insbesondere an die unmittelbar Beteiligten (Konsumenten, Sozialarbeiter, Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden, Politik, Rettungsdienste, etc.). Bereits in den 1970er Jahren begannen Projekte einer neu entstandenen Drogenhilfe, Drogenkonsum in Einrichtungen zu integrieren, um polizeilicher Strafverfolgung zu entgehen. Ab Mitte der 1980er Jahre – mit plötzlicher Gefahr der Infizierung mit dem HI-Virus und schnellem Sterben durch AIDS - wurden Spritzentausch und Pionierprojekte mit integriertem Drogenkonsum wie bspw. Wohnprojekte und Nachtangebot für Beschaffungsprostituierte in Bremen oder Beratungsstellen in Bonn zeitweilig stillschweigend geduldet: Sie fanden bei Gesundheits- und Sozialpolitikern vielerorts Zustimmung – auch ohne rechtliche Grundlage. Dadurch entstand zwangsläufig eine Diskussion, den Konsum von Heroin und Kokain aus dem öffentlichen Raum in Räumlichkeiten zu verlegen, die einen kontrollierten, hygienischen und sicheren Rahmen boten. Neben gesundheitlichen Aspekten entstanden in einigen Städten auch Diskussionen über den ordnungspolitischen Nutzen von Drogenkonsumräumen. Es galt den öffentlichen Konsum von Orten, die sich vielfach im Zentrum der Städte befanden, die u.a. von vielen Touristen aufgesucht wurden, in ein kontrolliertes und weitgehend unsichtbares Umfeld zu verlegen. Die Sozialpädagogische Initiative „Sankt Georg“ forderte bereits 1991 in einer Broschüre: „Es wird höchste Zeit: Fixerräume in Hamburg“. Bis aber nach Projekten, die den Konsum illegal in ihren Räumen duldeten, erste offizielle Konsummöglichkeiten geschaffen wurden, vergingen (auch in Hamburg) noch einige Jahre.

Um strafrechtliche Probleme zu vermeiden, wurden 1994 in Hamburg durch den Träger „freiraum e.V.“ eingerichtete Sanitärbereiche in einem umgebauten Linienbus und in der Beratungsstelle „Abrigado“, in „Gesundheitsräume“ umbenannt.

Dort wurde der Konsum im Rahmen einer Safer Use Beratung geduldet. Im vorderen Bereich des Busses und im Aufenthaltsbereich des Abrigado wurde gleichwohl durch Aushänge kenntlich gemacht, dass der Drogenkonsum verboten sei. Trotz dieses „Eiertanzes“ kam ein Gutachten der Hamburger Justizbehörde zu dem Ergebnis:

„Gesundheitsräume sind zulässig“

(Quelle: Mitteilung der Staatlichen Pressestelle der Freien und Hansestadt).

Ende 1994 war in der Presse zu lesen: „Der Hamburger Senat will die deutsche Drogenpolitik revolutionieren – mit Fixerstuben und Heroin auf Staatskosten.“

Die prekären Zustände in der größten offenen Drogenszene in Deutschland, der „Taunusanlage“ in Frankfurt am Main, forderten damals fast 200 Tote im öffentlichen Raum und beschäftigten zunehmend Bürger, Politik und Stadtverwaltung. Oberstaatsanwalt Dr. Körner a.D., Leiter der Zentralstelle zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität legte im Mai 1993 dem Fachgremium der städtischen Drogenpolitik (sogenannte Montagsrunde) ein Rechtsgutachten vor, das andernorts als juristische Minderheitenmeinung angesehen wurde. Laut Dr. Körner wird in den Gesundheitsräumen den konsumentschlossenen Drogenabhängigen keine Gelegenheit verschafft, Drogen zu konsumieren, sondern nur „die Möglichkeit“ geboten, die bereits erworbenen und mitgebrachten Substanzen „hygienisch und stressfrei“ zu konsumieren. So sollen weder der Ort der Hilfe (u.a. bei Drogenotfällen) noch deren Mitarbeiter kriminalisiert werden.

Dieses Gutachten diente bis zur bundesgesetzlichen Regelung im Jahre 2000 als ausreichende Rechtsgrundlage für die Stadt, Polizei und Staatsanwaltschaft in Frankfurt am Main, wo im Dezember 1994 der erste Gesundheitsraum eröffnet wurde. Ihm folgten im Februar 1995 und Mai 1996 weitere Drogenkonsumraumangebote. Auch in Niedersachsen (Hannover, Dez. 1997, vgl. zur Evaluation des ersten Betriebsjahres Jacob et al. 1999) und im Saarland (Saarbrücken, April 1999) eröffneten gleichartige Einrichtungen unter gleichen rechtlichen Bedingungen.

Rechtliche Rahmenbedingungen -

Sicherheit und Kontrolle beim Gebrauch von Betäubungsmitteln versus informeller anonymer Konsumgelegenheiten

Am 1. April 2000 trat nach einer Einigung im Vermittlungsausschuss zwischen Bundestag und Bundesrat das 3. Betäubungsmitteländerungsgesetz (3. BtmG-ÄndG) als bundeseinheitliche Rahmenvorschriften in Kraft. Der neu geschaffene § 10a BtMG dient als Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Deutschland.

Es wurde ein bundeseinheitliches Rahmengesetz geschaffen, das die Länder ermächtigt, „*durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis ... zu regeln*“. Bereits bestehende Einrichtungen sollten damit legalisiert werden und andere hinzukommen. Zentrale Norm war der damals neu eingefügte §10a, der in Absatz 1 die Legaldefinition für Drogenkonsumräume beschreibt: „*Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum).*“

Dabei wurden Festlegungen durch den Bundesgesetzgeber getroffen, die in den zu erlassenen Länderverordnungen nicht unterschritten werden dürfen (10 Mindeststandards), um „Sicherheit und Kontrolle beim Gebrauch von Betäubungsmitteln“ in Drogenkonsumräumen zu gewährleisten:

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 Betäubungsmitteln 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.

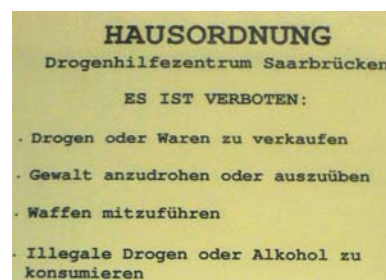
Das Gesetz regelt, dass eine Erlaubnis zum Betrieb nur dann erteilt werden darf, wenn das Bundesland als Voraussetzung eine Rechtsverordnung erlassen hat, in der eingrenzende Regelungen getroffen werden. Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen zunächst vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Kommunale Interessen können ohne Hilfe des Landes nicht realisiert werden.

Fazit

Nach 10 Jahren Praxis muss resümiert werden, dass durch die erlassenen Rechtsverordnungen und die Vorgaben der Überwachungsbehörden (städtische Ämter, Polizei und Staatsanwaltschaften) konzeptionelle Überlegungen und Spielräume eher eingeschränkt wurden. Diese Demarkationen sind meist weniger rational und sachlich begründet, verweisen eher auf das Kräfteverhältnis der Akteure und verdeutlichen eine Dominanz von ordnungspolitischen Regulationsinteressen. Die rechtliche Situation erscheint nach wie vor paradox: Abgabe, Erwerb und Besitz „harter“ Drogen sind unmissverständlich strafverfolgungs-

würdig im Sinne des Legalitätsprinzips. Der Betrieb von Drogenkonsumräumen und der dort stattfindende Konsum der illegalen Substanzen jedoch nicht. Diese widersprüchliche Konstruktion muss in der Rechtswirklichkeit, d.h. in der täglichen Praxis immer wieder mühsam ausgehandelt werden und führt nicht zu einem Gefühl von Sicherheit für Konsumenten, Mitarbeiter, Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden. Unter diesen Bedingungen agieren zu müssen ist für alle Beteiligten eine psychische Belastung und bedingt nicht selten restriktive Hausordnungen sowie deren rigide Durchsetzung.

Auch 10 Jahre nach der Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes sind nicht in allen Bundesländern entsprechende Rechtsverordnungen erlassen worden. Die Mehrzahl der Bundesländer haben sich aus politisch-ideologischen Gründen oder aus der Einschätzung des fehlenden Bedarfs für Drogenkonsumräume bisher nicht zur Realisierung entsprechender Rechtsverordnungen entscheiden können (siehe Tabelle auf Seite 26).



Kein Konsumraum ohne Regeln!

Auf besonders tragische Weise wirkt sich die durch alte Ideologien und fehlenden Fachkompetenzen geprägte Sichtweise von Gesundheits und Innenpolitikern in Bayern aus. Nürnberg führt die traurige Statistik der Städte an, in denen auch heute noch Drogen gebrauchende Menschen aufgrund fehlender Drogenkonsumräume einen sinnlosen und vermeidbaren Tod in Bahnhofstoiletten, Parkanlagen oder der eigenen Wohnung sterben. Dort hat sich die Zahl der Drogen bedingten Todesfälle von 2005 zu 2010 nahezu verfünffacht (6 zu 29).

Im Bundesland Bayern ist es „gelingen“ die bereits exorbitant hohe Zahl von drogenbedingten Todesfällen der Vorjahre weiterhin zu steigern. Dort verstarben im Jahr 2010 insgesamt 262 Menschen (2006/191 Tote, 2007/242 Tote, 2008/247 Tote, 2009/250 Tote;).¹

¹ Quelle: Drogenbeauftragte 2011

Dies ist selbstverständlich nicht nur auf das fehlende Drogenkonsumraumangebot zurückzuführen, sondern ist als Ergebnis einer einseitig auf Repression und Verfolgung ausgerichteten Drogenpolitik zu werten. So verzichtet der Freistaat Bayern ganz bewusst auf die in Deutschland und international anerkannte vierte Säule der Drogenpolitik, die den Fokus auf Maßnahmen zur Schadensminderung und Überlebenshilfe (Harm Reduction) legt.

Durch die gesetzlichen Regelungen wurde Rechtsklarheit geschaffen, von Rechtssicherheit ist die Praxis weit entfernt. Durch viele unbestimmte Rechtsbegriffe entstehen Unsicherheiten, die zu sehr unterschiedlichen Einzelregelungen in den Einrichtungen führen und jeweils lokalen und individuellen Gegebenheiten geschuldet sind. Auftretende Konfliktsituationen wurden in der gelebten Praxis bislang ohne gerichtliche Auseinandersetzungen gelöst, d.h. (auch) ein Gerichtsurteil, das einzelne Begriffe und Umstände verbindlich für alle definiert, war bislang nicht vonnöten.

In dem rechtlich äußerst sensiblen Bereich Drogenkonsumraum wird von den Akteuren (in kaum einem anderen Feld der Sozialen Arbeit kommen sich Sozialarbeiter und Polizisten so nahe) so verantwortungsbewusst gearbeitet, dass trotz täglicher ‚Beaufsichtigung‘ keine Verfahren angestrengt wurden.

Aus unserer Sicht ergeben sich für die Zukunft folgende Entwicklungsaufgaben:

- ▶ eine Revision der Länderverordnungen, damit „Best Practice“ (Ideen und Erfordernisse, die aus der Praxis der Drogenkonsumräume entwickelt wurden) nicht verhindert werden. (z.B. Erweiterung der zugelassenen Nutzerkreise sowie der erlaubten Drogen und Applikationsformen).
- ▶ Möglichkeiten der Substanzkontrolle und deren Dosierung, um unerwünschte Effekte und gefährliche Situationen zu vermeiden.
- ▶ Rechtssicherheit für Konsumenten, Betreiber der DKR und den Strafverfolgungsbehörden durch Anwendung des Opportunitätsprinzips.

Allgemeine Ziele von Drogenkonsumräumen

Drogenkonsumräume verfolgen das Ziel der Überlebenshilfe, Gesundheitsförderung/-prophylaxe und Schadensminimierung bei Drogenkonsumenten. Negative körperliche, psychische und soziale Begleiterscheinungen des Konsums illegaler Drogen sollen abgemildert und weitere Schäden verhindert werden. Drogenkonsumräume sind integrierte Bestandteile von Kontakt- oder Beratungsangeboten. Essentieller Bestandteil der Arbeit ist die Motivation Drogen gebrauchender Menschen entsprechende Hilfen bei drogenbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen in Anspruch zu nehmen.

Eine Zielhierarchie kann für die Zielgruppe der Konsumenten folgendermaßen beschrieben werden:

- Überleben sichern;
- gesundes Überleben sichern;
- Verhinderung/Bearbeitung sozialer Desintegration;
- gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung;
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs;
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene und aus individuellen Abhängigkeitsstrukturen.

Wie bereits beschrieben, zielt die Einrichtung von Drogenkonsumräumen auch auf ordnungspolitische Aspekte. Belastungen der Öffentlichkeit durch sichtbaren Drogenkonsum und Szeneansammlungen sollen reduziert werden. In diesem Sinne gelten die Stadt und die Bürger als Zielgruppe bzw. Auftraggeber.

Somit bewegen sich die Einrichtungen der Drogenkonsumräume immer auch im Spannungsfeld zwischen Ordnungspolitik und Hilfe. Dadurch entsteht eine schwierige Gratwanderung zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Akteure.





Nidda 49 - Niddastrasse FFM



Birkenstube vista Berlin

Gesundheitspräventive, ordnungspolitische sowie drogen-therapeutische Ziele von Drogenkonsumräumen

► Gesundheitspräventive Ziele:

- Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen
Hygienische Konsumbedingungen reduzieren das Risiko sogenannter drogenassoziierter Erkrankungen wie z.B. HIV, Hepatitiden und Abszesse. Injektionsutensilien und Materialien für einen hygienischen und risikoärmeren Konsum in einer angst- und stressfreien Atmosphäre werden von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

- Verhinderung von Überdosierungen bzw. deren Folgen (Überlebenssicherung)

Die ständige Überwachung der Konsumvorgänge ermöglicht eine sofortige Erste Hilfe bei Überdosierungen und anderen Notfällen (Bewusstlosigkeit, Atemsuppression, Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Stillstand, Shake, epileptische Anfälle, Angstzustände, Halluzinationen etc.). Durch präventive Maßnahmen (z.B. Sauerstoffgabe) können nicht nur lebensbedrohliche Notfälle vermieden werden, sondern oftmals auch kostenintensive Notarzteinsätze und/oder Krankenhausaufenthalte. Die MitarbeiterInnen werden kontinuierlich in Drogennotfallhilfe und -prävention geschult.

- Verbesserung des Kenntnisstands zu Risiken des Drogengebrauchs

„Safer Use“-Prinzipien werden von den Mitarbeitern thematisiert und sind in der Regel einzuhaltende Standards beim Konsum in einem Drogenkonsumraum. Die hier praktizierten Safer-Use-Regeln werden häufig in den Alltag übernommen und beeinflussen so sukzessive das eigene Konsumverhalten und haben Signalwirkung in die Szene.

- Die Integration der DKR in die regionalen Drogenhilfestrukturen gewährleistet, dass weiterführende Hilfen „just in time“ bereit stehen oder eingeleitet werden können. Der Drogenkonsumraum erfüllt mit seinem niedrighwelligen und akzeptanzorientierten Konzept somit bei Bedarf eine wichtige Brückenfunktion in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung.

► Ordnungspolitische Ziele

- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit

Der öffentliche Raum (i.d.R. die Innenstädte) soll von den Problemen durch sichtbaren Konsum, konsumspezifischen Verunreinigungen (Spritzen etc.) und Szeneansammlungen entlastet werden.

Die Verlagerung des Drogenkonsums in die Einrichtung führt abhängig von dem Umfang der Öffnungszeiten, zu einer Entlastung des öffentlichen Raums. Die hier abgegebenen oder benutzten Konsumutensilien werden direkt und fachgerecht entsorgt. Insofern besteht eine win-win-Situation für Ordnungs- und Gesundheitspolitik gleichermaßen (vgl. Stöver 2002). Dies begründet wahrscheinlich auch den Erfolg und die Akzeptanz der Einführung von Drogenkonsumräumen in Deutschland.

► Drogentherapeutische Ziele

- Kontaktaufnahme und -pflege von schwer erreichbaren Drogenkonsumenten

Drogenkonsumräume stellen einen geschützten Rahmen zur Kommunikation und zum Beziehungsaufbau dar. Es kommen Kontakte mit den Nutzern zustande, die die Möglichkeit bieten in einem informellen Rahmen offen persönliche Probleme und Konsumrisiken zu sprechen. Das dabei entwickelte Vertrauen der Nutzer kann sich auf die gesamte Einrichtung und deren Kooperationspartner übertragen. Hieraus entwickeln sich häufig Beziehungen, die eine Basis darstellen, um eine passgenaue Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote zu ermöglichen.

- Erhöhung der Motivation, an der aktuellen Lebenssituation etwas zu ändern

Gelingt es, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, können Pessimismus und Gefühle von Depression und Ausweglosigkeit sowie die Bereitschaft zur Veränderung des Konsumverhaltens positiv beeinflusst werden. Wichtig hierbei ist jedoch, die Eigenverantwortlichkeit und die Handlungsautonomie der Drogengebraucher anzuerkennen und zu stärken. Drogen gebrauchende Männer und Frauen werden in ihrer aktuellen Lebenssituation von den Mitarbeitern mit Wertschätzung und Akzeptanz angenommen. Sie zeigen Nutzern ihre eigenen Ressourcen, klären über die Möglichkeiten der Drogenhilfe oder anderer Angebote auf.

► Drogenkonsumräume als integrierte Angebote

Der Drogenkonsumraum ist *ein* Baustein im vielfältigen Leistungsspektrum der Kontakt- oder Beratungseinrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe. Das gesundheitsfördernde und Überleben sichernde Drogenkonsumraumangebot ist Bestandteil basismedizinischer und psychosozialer Versorgung. Er wird fachlich-konzeptionell in die Angebotsstruktur der jeweiligen Einrichtung integriert.

- **Kontaktläden**

Die Kontaktläden bieten Angebote zur Überlebenshilfe und Gesundheitsförderung. Drogengebraucher nutzen sie, um sich eine kurze „Auszeit“ vom Alltag auf der Straße zu nehmen. Neben Spritzentausch, der Vergabe/dem Verkauf von Konsumutensilien und Kondomen, bieten viele Kontaktläden neben Getränken auch regelmäßig preisgünstig warme Mahlzeiten und/oder kleine Snacks an. Häufig gibt es die Möglichkeit zu duschen, Wäsche zu waschen und es steht den Besuchern eine Kleiderkammer zur Verfügung.

- **Basismedizinische Versorgung**

In den Einrichtungen wird regelmäßig eine (ärztliche) basismedizinische Versorgung angeboten; in einigen Einrichtungen wird das Angebot einer pflegerischen Versorgung ständig vorgehalten.

- **Beratungsstellen**

Der Aufgabenschwerpunkt liegt in der Beratung von Drogengebrauchern, die ihre Lebenssituation verändern wollen. Sie werden durch die Übernahme in zielorientierte Beratungs- und Betreuungsverhältnisse begleitet und unterstützt. Dazu zählen die Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung, sowie in Entgiftungen sowie Entwöhnungen.

► Funktionen von Drogenkonsumräumen

Es besteht die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen mitgebrachte Drogen zu konsumieren. Die hygienischen Bedingungen werden von Fachkräften definiert (Betriebsmediziner, Hygienebeauftragte u.ä.) und durch umfangreiche Hygienepläne umgesetzt. Die „zweckdienliche, sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten“ ist rein funktional und dient der Notwendigkeit der ständigen Reinigung bzw. Desinfektion von durch Nutzung kontaminierten Konsumplätzen. Die Konsumenten beschreiben

die dadurch entstehende Atmosphäre in Drogenkonsumräumen als „eher ungemütlich“.



Drob Inn Hamburg

In den jeweiligen Rechtsverordnungen werden die erlaubten Substanzen aufgezählt, wie z.B. Opiate, Kokain, Amphetamine und deren Derivate. Nicht benannte, aber im Konsumspektrum von kompulsiv und polyvalent konsumierenden Drogenabhängigen benutzte Substanzen wie z.B. Benzodiazepine oder andere Arzneimittel/Medikamente sind im Drogenkonsumraum nicht erlaubt.

Neben dem risikoreichen intravenösen Konsum bieten Drogenkonsumräume die Applikation von illegalen Substanzen in inhalativer und nasaler Form. Das Rauchen von Drogen kann nur zugelassen werden, wenn entsprechende Vorkehrungen (separate Rauchräume mit Abluftanlagen) getroffen wurden. Einem Trend zu mehr Rauchkonsum (in NRW 2008/2009 Anstieg des inhalativen Konsums von Heroin, sog. chinesen, blowen, Blech rauchen o.ä.) wird aktuell durch die Einrichtung bzw. Erhöhung der Anzahl der Rauchplätze entsprochen. In Frankfurt a. M. wird der einzige exklusive Crack-Rauchraum betrieben.

Der Konsum wird durch Fachpersonal überwacht. In den meisten Drogenkonsumräumen befindet sich mindestens ein Mitarbeiter direkt im

Konsumraum. So besteht die Möglichkeit der direkten Ansprache, Einleitung von Notfallmaßnahmen und Safer-Use-Beratung. Der Handel und die Abgabe von Substanzen werden durch MitarbeiterInnen verhindert.

Auf die Interdisziplinarität des Personals wird in hohem Maße geachtet. In den Drogenkonsumräumen stehen Mitarbeiter mit medizinisch-pflegerischer und/oder pädagogischer Qualifikation zur Verfügung. Sie werden unterstützt durch fortgebildete studentische Hilfs-/Honorarkräfte (Training-on-the-job plus Erste-Hilfe-Schulung bei Drogennotfällen und Deeskalationsstrategien).

Die Tätigkeiten der MitarbeiterInnen sind im Wesentlichen:

- Kontaktarbeit
- Ausgabe der Materialien
- Aufsicht über den Betriebsablauf
- Safer-Use-Beratungen
- Kriseninterventionen
- Erste Hilfe bei Überdosierungen und deren Prävention
- Suchtspezifische Beratung oder erforderliche Vermittlung in weiterführende Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten leitet das sozialarbeiterische Fachpersonal ein.

Sämtliche Utensilien für den Konsum werden (i.d.R. kostenfrei) zur Verfügung gestellt, mitgebrachte Konsumutensilien dürfen aus hygienischen Gründen nicht verwendet werden. Die fachgerechte Entsorgung der Utensilien nach dem Konsum wird sichergestellt.

► Zugangskriterien

Wer den Drogenkonsumraum nutzen darf, geben das BtMG, die jeweilige Rechtsverordnung des Landes sowie Vereinbarungen mit den kommunalen Kooperationspartnern (Politik, Polizei, Staatsanwaltschaft, Ordnungsamt) vor. Auf der übergeordneten Bundesebene wird in §10a BtMG, Abs. 2, Pkt.7 als Mindeststandard vorgegeben, dass „offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten“ von der Nutzung auszuschließen sind. In den Rechtsverordnungen der Länder, hier exemplarisch die „Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26. September 2000 in NRW“, werden weitere Personengruppen definiert, die von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen sind:

- erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel intoxikierte Personen

-
- Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden
 - Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen der mangelnden Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.

Zu einer weiteren Eingrenzung des Nutzerkreises führt die in einigen Städten in den Kooperationsvereinbarungen festgeschriebene Regelung, dass nur die in der jeweiligen Stadt gemeldeten Personen den Drogenkonsumraum nutzen dürfen.

Durch Kontrolle des Personalausweises wird die Einhaltung dieser Regelung gewährleistet. Einrichtung intern und im fachlichen Austausch führen diese Ausschlusskriterien immer wieder zu Diskussionen, da sie die Ziele des Angebots vielfach konterkarieren und einen vertrauensvollen Umgang erschweren.

Von den ursprünglichen Forderungen der JES Selbsthilfe nach anonymen Angeboten, die durch eine ansprechende Einrichtung zur Nutzung motivieren sowie nach dem Konsum sogenannte „Chillout Areas“ bieten, hat sich unter den gegebenen Bedingungen eine völlig andere Praxis als Dienstleistungsangebot mit vielen Anforderungen und Einschränkungen entwickelt: Dies hat zur Folge, dass Angebote zur Stärkung der Selbsthilfe, sowie Autonomiebestrebungen von Konsumenten keine Rolle spielen. Bestrebungen zur Verhältnisprävention stellen eher die Ausnahme dar.

► Öffnungszeiten und Größe der Einrichtungen

Sowohl die Öffnungszeiten (3½-12 Std.), als auch die Anzahl der vorgehaltenen Konsumplätze (3-20 Plätze) orientieren sich am lokalen Bedarf sowie an den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln. Wegen eingeschränkter finanzieller Mittel können einige Einrichtungen nur wenige Stunden am Tag öffnen, am Wochenende sind sie zum Teil geschlossen. Die Möglichkeiten der Steuerung werden hierdurch vielerorts beschränkt. Von den Nutzern werden möglichst ausgedehnte Öffnungszeiten gefordert.

► Umfeldbetreuung

Durch Umfeldbetreuung soll die Sozialverträglichkeit der Drogenkonsumräume gewährleistet werden. Das Aufgabenprofil wird im Folgenden exemplarisch am Beispiel des DKR Essen dargestellt.

Betreuung des Umfeldes am Beispiel des Drogenkonsumraums Essen

Die Suchthilfe direkt in Essen hat sich in der Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden nach § 7 der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen (VO DKR) verpflichtet, im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraumes frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu verhindern. Die Leitung der Einrichtung hat die einrichtungsbedingten Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld zu beobachten und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren. Die Kooperation dient vor allem der Prävention von Straftaten. In der Verantwortung des Betreibers des DKR liegt es für Sauberkeit im Außenbereich zu sorgen, Szenebildungen vor der Einrichtung zu verhindern, Kontakt zur Nachbarschaft zu pflegen, strafbare Handlungen nicht zu dulden und wesentliche Verstöße an die Strafverfolgungsbehörden zu melden.

Leistungen Umfeldreinigung

- dreimal pro Woche gründliche Reinigung des unmittelbaren Umfeldes durch Klienten sowie Beseitigung des klientenspezifischen Mülls im Umfeld;
- unmittelbare Reinigung bei Beschwerden wegen herumliegender Spritzen;

Leistungen Kontrollgänge

- alle Mitarbeiter der Krisenhilfe haben die Anweisung bei Regelverstößen vor dem Hilfezentrum oder auf dem Parkplatz sofort tätig zu werden. Hierbei geht es zumeist um Szeneansammlungen, Kleinhandel mit Drogen und Medikamenten sowie seltener um Prostitution. Über diese Tätigkeit wird keine Statistik geführt.
- werktäglich bis zu drei Kontrollgänge (vor allem zu den Problem-bereichen);
- Gespräch mit den angetroffenen Personen und wenn möglich Motivation zur Nutzung der Angebote des Hilfezentrums;

Leistungen Beschwerden

- Information an alle Nachbarn über die Ansprechpartner der Suchthilfe
- Möglichst zeitnahe Abhilfe/Beseitigung des Beschwerdegrundes

Leistungen Kontakt Nachbarschaft

- Besuch aller Firmen und Institutionen im definierten Umfeld
- Infoblatt an alle Mieter im Umfeld sowie regelmäßiger Kontakt zu den direkten Nachbarn; Information zur Suchthilfe direkt und den Aufgaben des Drogenhilfezentrums;
- Information über die Zugangsvoraussetzungen im DKR;
- Information zum Beschwerdemanagement und Kontrollgängen;
- Erläuterungen zum Reinigungsdienst und zum Thema Spritzenentsorgung;
- Information zum Umgang mit Drogenkonsumenten z.B. bei Konsum, Prostitution;
- Angebot von Infoveranstaltungen für Mitarbeiter von Firmen und Institutionen sowie Eltern;
- Vorschläge zu baulichen Veränderungen.

► Dokumentation

Die Dokumentationssysteme dienen der Sicherung von Arbeitsergebnissen. In ihrem Umfang sind die erhobenen Daten allerdings unterschiedlich, da sie auf ungleichen Standards der Qualitätsentwicklung basieren und jeweils träger-, einrichtungsspezifische und lokale Interessen berücksichtigen. Ein Städte und Länder übergreifender Vergleich ist somit nur teilweise möglich. Auf besonderen Datenschutz (Gesundheitsdaten) wird geachtet und Anfragen nur bei Vorliegen eines schriftlichen Einverständnisses des Betroffenen begrenzt beantwortet. Im AK Konsumraum konnte eine bundeseinheitliche Drogennotfalldokumentation mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe erstellt werden, die eine überregionale Auswertung auf einheitlicher Datengrundlage ermöglicht.



Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Die Zahl der gemeldeten drogenbedingten Todesfälle spielt bei der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Drogenproblems in Deutschland eine große Rolle. Sie wird häufig als Indikator des Erfolgs bzw. des Misserfolgs gesundheitspolitischer Maßnahmen verwendet.



Stay Alive, Hamburg

Im Jahr 2010 kamen nach Angabe der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 1.237 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies ist ein Rückgang um sieben Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.331). Auch wenn die Drogentodesfälle – nimmt man die letzten 15 Jahre als Grundlage – deutlich gesunken sind, befinden sie sich weiter auf einem nicht zu akzeptierenden hohen Niveau.

Da zu den Drogentodesfällen nur jene Todesfälle gezählt werden, in denen die Auffindesituation eindeutige Hinweise auf Drogenkonsum zulässt (Spritzutensilien vorhanden, Einstichstellen sichtbar usw.), kann angenommen werden, dass die tatsächliche Anzahl von Menschen die infolge ihres Drogenkonsums bzw. infolge von Erkrankungen wie HIV und

Hepatitis verstarben weit höher liegt als die im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung ausgewiesene Zahl.

Um einen Eindruck von den aktuellen Potentialen von Drogenkonsumräumen hinsichtlich der Vermeidung von Drogentodesfällen infolge von Überdosierungen zu erhalten, wurde im Zeitraum Juli bis Dezember 2009 eine bundesweite Erfassung von Drogennotfällen in Drogenkonsumräumen vorgenommen.

An dieser Evaluation beteiligten sich 13 Einrichtungen aus 11 Städten. Während der 6-monatigen Projektphase wurden insgesamt 266 Drogennotfälle dokumentiert. Die Mann/Frau Verteilung der Notfälle spiegelt die Nutzung von Drogenkonsumräumen durch Männer und Frauen wieder. In 90,6% der Fälle wurden Notfälle bei Männern dokumentiert während der Anteil von Drogennotfällen bei Frauen mit 9,4% (25) sehr gering war (Tabelle a Seite 25). 139 dokumentierte Notfälle wurden als leicht/mittelschwer eingestuft. Für 124 Drogennotfälle wurde der Schweregrad als „schwer/lebensbedrohlich“ angegeben. Das heißt, dass jene Personen in einem anderen Setting (z.B in der eigenen Wohnung, im öffentlichen Raum) diese Notfallsituation mit großer Wahrscheinlichkeit nicht überlebt hätten. MitarbeiterInnen in Drogenkonsumräumen haben in diesem Fällen mit ihrem schnellen und fachlichen Eingreifen Leben gerettet.

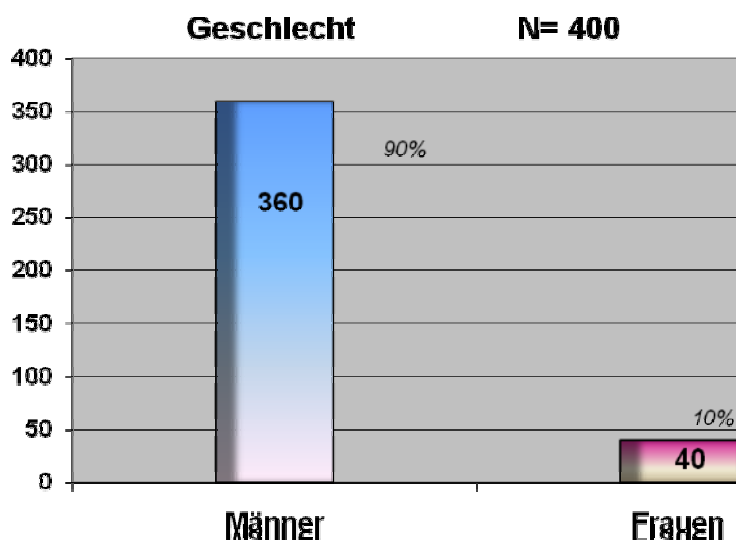


Tabelle a

Schwere des Notfalls

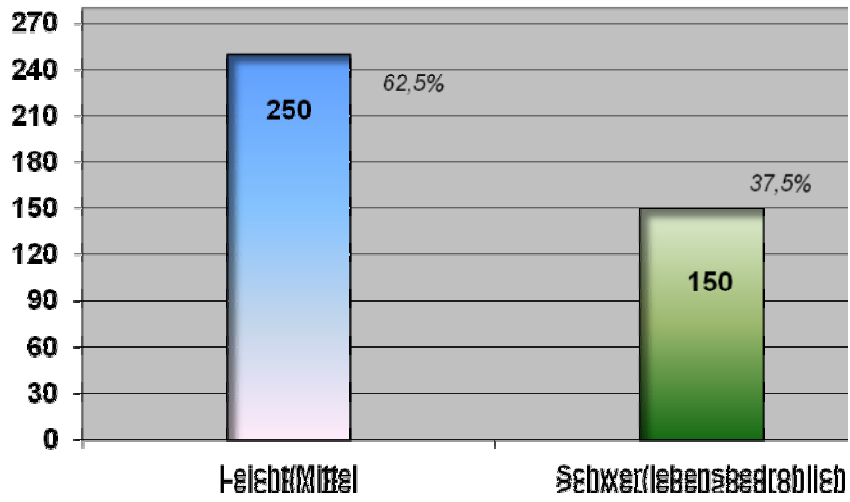


Tabelle b



Druckraum Bielefeld

Drogenkonsumräume in Deutschland - Standorte, Konsumformen und Angebote (Mai 2011)			
Bundesland, Stadt	Anzahl DKR	Anzahl der Plätze pro Konsumart	Angebotsform
Baden-Württemberg	0		
Bayern	0		
Berlin			
Berlin	3*	Fixpunkt: z.Zt. 2 mobile KR, 3 Plätze für iv. oder nasal (kein inhalativer Konsum mögl.)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: mobiles Angebot; HIV und HCV Schnelltests
		Birkenstube: (vista gGmbH + Fixpunkt) 6 Plätze iv./nasal 4 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV und HCV Schnelltest
		SKA: (Fixpunkt e.V.)	z.Zt. geschlossen ; Neueröffnung Herbst 2011 mit neuem Standort in der Reichenberger Strasse 31
Brandenburg	0		
Bremen	0		
Hamburg			
Hamburg	5	Drob Inn (Jugendhilfe e.V.) 10 Plätze iv. 5 Plätze inhalativ/nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV und HCV-Test
		Stay Alive (Jugendhilfe e.V.) 8 Plätze iv./inhalativ/nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
		Abrigado (Freiraum e.V.)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote

		Ragazza e.V. 4 Plätze iv./nasal 6 Plätze inhalativ (max. 8 parallele Konsumvorgänge)	▶ für Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
		Kodrobs Altona (Jugend hilft Jugend) 4 Plätze i.v. 2 Plätze inhalativ/nasal	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Hessen			
Frankfurt	4	Eastside (integrative drogenhilfe e.V., idh) 8 Plätze i.v./nasal, davon 2 auch inhalativ	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
		NIDDA 49 (idh) 12 Plätze i.v./inhalativ/nasal	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: KISS-Gruppen, 1x wöchentlich KISS-Cafe:
		La Strada (Aids Hilfe Frankfurt e.V.) 7 Plätze i.v./nasal (Inhalieren nicht möglich)	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
		Drogennotdienst Frankfurt 10 Plätze i.v./nasal 5 Plätze inhalativ	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizi- nische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Mecklenburg- Vorpommern	0		
Niedersachsen			
Hannover	1	Fixpunkt/Step gGmbH 9 Plätze i.v. 3 Plätze nasal (Inhalieren nicht möglich)	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Nordrhein-Westfalen			
Aachen	1	Suchthilfe Aachen 5 Plätze i.v., davon 2 auch inhalativ	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Bielefeld	1	Drogenberatung Bielefeld e.V. 8 Plätze i.v./nasal	▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizi- nische Angebote ▶ Weitervermittlung in

		4 Plätze inhalativ 8 Plätze inhalativer Konsum	weiterführende Angebote
Bochum	1	Krisenhilfe Bochum e.V. 5 Plätze i.v./nasal 3 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: Naloxon-Projekt
Bonn	1	Verein für Gefährdetenilfe 5 Plätze i.v./nasal 3 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Dortmund	1	KICK – Aids-Hilfe Dortmund 8 Plätze i.v. 8 Plätze inhalativ/nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV- und HCV-Schnelltest (TEST IT)
Düsseldorf	1	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. 6 Plätze i.v./nasal 3 Plätze inhalativ/nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Essen	1	Suchthilfe direkt Essen 8 Plätze i.v./nasal 5 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: Hepatitis-Impfprojekt, Erste Hilfe im Drogennotfall (Training für Nutzer), Hygieneschulung für Nutzer
Köln	2	KAD I (SKM e.V. Köln) 3 Plätze i.v./inhalativ/nasal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV-Test, Beratung zur Hygiene des Lebensraums (Mobiler medizinischer Dienst des Gesundheitsamtes/DTA)
Köln		KAD II (Drogenhilfe Köln) 6 Plätze i.v./nasal 2 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in

			weiterführende Angebote
Münster	1	INDRO e.V. 4 Plätze i.v./nasal 1 Platz inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote
Troisdorf	1	Drogenhilfe im Diakonischen Werk Siegburg 4 Plätze i.v.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV-Test
Wuppertal	1	Gleis 1 5 Plätze i.v. 4 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV-Test
Rheinland-Pfalz	0		
Saarland			
Saarbrücken	1	Drogenhilfezentrum Saarbrücken gGmbH 13 Plätze i.v./nasal 3 Plätze inhalativ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ für Männer und Frauen ▶ Psychosoziale u. medizinische Angebote ▶ Weitervermittlung in weiterführende Angebote ▶ Besonderheiten: HIV- und Hepatitis-Test, Beratung, KISS-Gruppe, Angebote für Frauen
Sachsen	0		
Sachsen-Anhalt	0		
Schleswig-Holstein	0		
Thüringen	0		



Eastside Frankfurt/Main

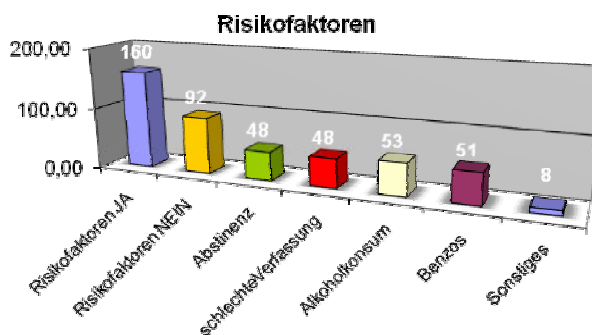
Risikofaktoren für Drogenotfälle

Für 160 Fälle (60%) konnten Risikofaktoren festgestellt werden, die in maßgeblicher Weise für den Drogenotfall verantwortlich waren. Vielfach wurden Risikofaktoren durch die Konsumenten selbst benannt.

Maßgebliche Risikofaktoren waren²:

1. Alkoholkonsum 53 (33%)
2. Benzodiazepinkonsum 51 (32%)
3. Abstinenz 48 (30%)
4. Schlechte Verfassung 48 (30%)

Für 92 dokumentierte Fälle (34,6) konnten keine eindeutigen Risikofaktoren genannt werden. Für 16 Notfälle (6%) wurden keine Angaben gemacht.



Aus diesen Daten wird ersichtlich, dass Drogenkonsum nach erzwungener/selbstgewählter Abstinenz (Haft/Therapie) sowie der Konsum von Benzodiazepinen und Alkohol die maßgeblichen Faktoren für Drogenotfälle in Deutschland sind.

Auf Grundlage dieser Daten muss man die Frage stellen, ob Opiatkonsumenten vor ihrer Haftentlassung nicht auf eine Basisdosis Methadon, Polamidon oder Buprenorphin eingestellt werden sollten. Mit dieser Maßnahme wären eine Vielzahl dieser Notfälle zu vermeiden. Gleiches gilt für Drogenkonsumenten die ihre stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach

² Mehrfachnennungen möglich

Wochen oder Monaten vorzeitig beendigen. Vor dem Hintergrund dieses vermeidlichen „Misserfolges“ ist ein sofortiger Drogenkonsum sehr wahrscheinlich.

Wenig überraschend waren die Ergebnisse hinsichtlich der maßgeblich für den Notfall verantwortlichen Substanzen. In 212 der dokumentierten Fälle wurde Heroin als verantwortliche Substanz genannt. Mit großem Abstand folgten Kokain (46) und Benzodiazpine (39). Keine Rolle spielten Substitutionsmittel.

Nun stellt sich die Frage wie die Zahl von Drogennotfällen, mittelfristig signifikant reduziert werden kann. In einigen Drogenkonsumräumen ist eine stärkere Frequentierung von Rauchplätzen bei gleichzeitiger Abnahme der intravenösen Konsumvorgänge festzustellen. Diese Entwicklung wird im Reitox Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht auch außerhalb von Konsumräumen bestätigt.

Eine Veränderung der Konsumform kann deutliche Auswirkungen auf die Anzahl und die Schwere von Drogennotfällen haben. Daher gilt es zielgerichtet die bei Konsumenten mehr oder weniger stark ausgeprägte Änderungsmotivation hinsichtlich der Veränderung der Konsumform medial und personalkommunikativ zu fördern.

Ergänzende Angebote

Gesundheitspräventive Angebote lassen sich in Drogenkonsumräumen in geeigneter Weise an KlientInnen vermitteln. Die Räume erfüllen weit mehr Funktionen als ausschließlich Gelegenheit zum sichereren und hygienischen Drogenkonsum zu bieten, obwohl dies im Sinne von Schadensbegrenzung schon Legitimation genug wäre.

Neben der Einbettung in die Angebotsstruktur von niedrighwelligen Kontaktläden haben sich über die Jahre Schwerpunkte bei den ergänzenden Angeboten entwickelt, z.B. in der Gesundheitsberatung, der medizinischen Grundversorgung, der Vermittlung in weiterführende Hilfen (z.B. Substitution), HIV/HCV-Testung und Beratung und Hepatitisimpfung. Diese Angebote haben sich bewährt und werden sukzessive bei den meisten Drogenkonsumräumen umgesetzt.

Darüber hinaus gibt es eine Entwicklung interessanter Nebenprojekte wie z.B. ein Naloxonprojekt, Erste Hilfe Trainings, Zahnprophylaxe, Ruheräume & Akupunktur, Fußpflege, die wir im Folgenden kurz darstellen

möchten, weil sie die vielfältigen Möglichkeiten der Drogenkonsumraumarbeit verdeutlichen.

Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe

Drogennotfalltrainings für Drogengebraucher werden inzwischen von immer mehr Einrichtungen mit Drogenkonsumräumen regelmäßig angeboten. In Berlin und Bochum wird dieses Angebot mit einer Naloxonvergabe kombiniert.

Orientierung bieten die Erfahrungen des Vereins Fixpunkt e.V. Berlin, der mit seiner Pionierarbeit im Rahmen eines Modellprojektes³ zur naloxongestützten Drogentodesfall-Prävention (1998-2002) die Wirksamkeit dieser Angebote nachgewiesen hat.

Der Drogennotfall ist ein alltägliches Geschehen im Leben eines i.v.-Drogengebrauchers. Überdosierungen sind meistens unbeabsichtigt und verlaufen, mangels rechtzeitiger adäquater Hilfeleistung, häufig tödlich. Der größte Teil tödlich verlaufender Überdosierungen ereignet sich in Privatwohnungen, in circa der Hälfte der Fälle sterben Überdosierte an Atem- und Kreislaufstillstand in Anwesenheit anderer Personen. Hierbei handelt es sich meistens ebenfalls um Drogenkonsumenten. Häufig verkennen diese jedoch die Brisanz der Situation oder reagieren aus Angst vor einer Strafverfolgung falsch. Illegalität und Unwissenheit verhindern nicht nur adäquate Hilfe, sondern tragen zur Mythenbildung bei (z.B. Injizieren von Kochsalzlösung).

Das Trainieren des angemessenen Verhaltens im Drogennotfall ist für die primäre Drogennot- und -todesfallprävention von zentraler Bedeutung.

Die Vermittlung folgender Informationen haben sich als Mindeststandard bewährt:

Wirkungsweise der Opiate

- Erkennen einer Überdosis;
- besondere Risiken: Mischkonsum, nach Abstinenz, unklare Stoffqualität etc.;
- Wirkungsweise und Nebenwirkungen von Naloxon;
- Indikation, Anwendungsweise und Dosierungen von Naloxon;

³ Fixpunkt e. V. (2002): Sachbericht "Drogennot- und todesfallprophylaxe einschließlich Naloxonvergabe an Drogenabhängige", unveröffentlicht (erhältlich über website: www.fixpunkt.org) hier auch mehr zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Naloxonvergabe.

-
- Demonstration (öffnen einer Ampulle, nasale Gabe von Naloxon);
 - Vorgehen beim Auffinden einer hilflosen Person (Schwerpunkte: Bewusstlosigkeit;
 - stabile Seitenlage, Atemstillstand, pulmonale Reanimation, Atem- und Herzstillstand, cardiopulmonale Reanimation;
 - praktische Übungen: stabile Seitenlage, Beatmung und Herzdruckmassage
 - Notarzttruf
 - das „Märchen“ von der Kochsalzlösung

Themen, die außerdem häufig angesprochen werden sind:

- ▶ Strecksubstanzen
- ▶ Epilepsie
- ▶ Kokain/Überdosis
- ▶ Benzodiazepine.

Naloxon-Abgabe

Der schnellste spezifische Weg, eine Atemdepression, die durch Opiate verursacht wurde, zu beseitigen, ist die Injektion (bzw. nasale Applikation) des Opiatantagonisten Naloxon. Dieser wird bereits seit mehr als 40 Jahren zur Behandlung von Opiatüberdosierungen eingesetzt. Naloxon kann innerhalb weniger Minuten opiatbedingte lebensbedrohliche Effekte wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufheben. In höheren Dosierungen kann Naloxon einen Entzug auslösen. Eine Überdosierung ist nicht möglich. Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Lungenödem sind sehr, sehr selten. Naloxon kann inzwischen nasal gegeben werden. Die Halbwertszeit des Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten und ist damit deutlich kürzer als die der gebräuchlichen Opiate. So kann eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen. Ein erneuter Atem- bzw. Kreislaufstillstand droht. Dieser muss dann erneut mit einer Naloxon-Gabe behoben werden. Naloxon ist verschreibungspflichtig, kann also nur von einem Arzt auf (Privat-) Rezept (Kosten für eine Ampulle: ca. 5,00 €) verordnet werden.

Für die Naloxon-Abgabe müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- ▶ Der Naloxon-Empfänger wird zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert (Drogennotfalltraining, Anwendungsanleitung und Gespräch mit der Ärztin).
- ▶ Die Aufklärung und Naloxon-Abgabe werden dokumentiert.
- ▶ Der Naloxonempfänger muß selber drogenabhängig sein.
- ▶ Bereitschaft uns über den Einsatz von Naloxon im Drogennotfall zu berichten.

Eine Verschreibung von Naloxon an Personen, für die keine Indikation vorliegt (beispielsweise nichtkonsumierende Lebenspartner oder Sozialarbeiter) ist gemäß AMVV⁴ nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch durchaus Lebenspartner, Familienangehörige oder Mitarbeiter zum angemessenen Verhalten im Notfall zu schulen. Sollten Laienhelfer im Notfall Naloxon beim überdosierten Konsumenten finden und dieses injizieren, sind sie als Ersthelfer vor rechtlichen Konsequenzen geschützt.

Alltagsnah ist es zudem, „Konsumgemeinschaften“ in der Anwendung von Naloxon zu schulen und jedem Teilnehmer Naloxon zu verschreiben. Im Idealfall hätte somit jeder Opiatkonsument sein eigenes Naloxon in der Tasche und jeder Konsumpartner wüsste den Antagonisten adäquat einzusetzen, insbesondere zu den rechtlichen Rahmenbedingungen einer Naloxonvergabe).

Gesundheitliche Aufklärung und HIV/HEP Prävention in Drogenkonsumräumen

Angesichts der Problemlage einer extrem hohen Infektionsrate von Hepatitis in der Gruppe drogenkonsumierender Personen wurden in allen Drogenkonsumräumen Konzepte

- zur infektionsprophylaktischen Aufklärung der Betroffenenengruppe und
- zur Bereitstellung einer Impfmöglichkeit mit dem Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis A und B erarbeitet.

Mit Hilfe verschiedener Medien finden Aufklärungskampagnen statt, die über die Gefährdungen durch Infektionskrankheiten, hier im Besonderen über Hepatitis A, B und C, informieren.

⁴ „Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln“

Die Kampagnen verfolgen somit

- eine zielgruppenspezifische und settinggerechte Aufklärungskampagne durchzuführen, die den Informations-/Wissensstand bezüglich übertragbarer Krankheiten, insbesondere Hepatitis A, B und C, in der Zielgruppe verbessert.
- die Ermöglichung einer Hepatitis-Schutzimpfung bei Drogenabhängigen, die aktuell illegale Drogen intravenös oder inhalativ konsumieren.
- die Einbindung bzw. Vermittlung von Impffinteressierten in das Hilfesystem.

Nachhaltigkeit: Die Aufklärungsarbeit, deren Ziel es ist, mit dem Konsum verbundene Risiken und schadensminimierende Strategien zu thematisieren, bedarf einer stetigen Verfestigung und Erneuerung und ist als Basissegment in die Beratungsarbeit der Drogenkonsumräume integriert.

Evaluationen der Projekte zeigen große Erfolge

Im Rahmen der Impfprojekte konnten eine Vielzahl von Personen beraten, untersucht und geimpft werden. Entgegen ursprünglichen Einschätzungen belegt die Zahl der mit den unterschiedlichen Angeboten erreichten Personen, dass auch Menschen mit akutem Drogengebrauch willens und in der Lage sind,

- ihre gesundheitliche Situation in den Blick zu nehmen,
 - ein starkes gesundheitsvorsorgendes Eigeninteresse zu entwickeln,
 - unterstützende Hilfen anzunehmen,
 - und letztlich die notwendigen Gesundheitsmaßnahmen über einen langen Zeitraum wahrzunehmen,
- wenn ihnen entsprechende – ihren Lebensumständen angepasste – Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden.

Pilotprojekt „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention bei DrogengebraucherInnen“

Die Hepatitis C ist eine typische Folgekrankheit bei injizierenden DrogengebraucherInnen mit massiven individuellen wie gesellschaftlichen Folgekosten. Eine Hepatitis-C-Infektion wird oft bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der „Konsumkarriere“ erworben. Da die meisten injizierenden DrogenkonsumentInnen erst nach mehreren Jahren Konsumerfahrung in

persönlichen Kontakt mit der Drogenhilfe kommen, müssen andere Zugangswege gefunden bzw. genutzt werden, um erfolgreiche Präventionsmaßnahmen bei DrogengebraucherInnen durchführen zu können und damit einen Beitrag zur Verringerung der Hepatitis-C-Verbreitung zu leisten. Auch müssen die derzeit praktizierten Präventionsmaßnahmen sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Methodik erweitert werden.

Fixpunkt e. V. führt im Zeitraum Oktober 2008 bis September 2011 ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Evaluierung von Hepatitis-C-Präventionsmaßnahmen durch. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert, von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit unterstützt und vom Forschungsinstitut ZIS (Hamburg) wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse des Projekts sollen bundesweit und im Rahmen des europäischen Projekts „Correlation II“ international kommuniziert werden.

Im Rahmen des Pilotprojekts sollen Good-Practice-Modelle entwickelt und so aufbereitet werden, dass sie weiterentwickelt und von anderen Einrichtungen ebenfalls durchgeführt werden können.

Das Projekt wird schwerpunktmäßig in Berliner Kontakteinrichtungen mit Drogenkonsumräumen umgesetzt. Denn in den Drogenkonsumräumen verfügen die Fachkräfte über einen guten Zugang zur Klientel und über eine personenbezogene Dokumentation, die in anonymisierter Form auch dem Pilotprojekt zugänglich gemacht werden kann. In den Drogenkonsumräumen beobachten die Fachkräfte den Drogenkonsum und haben direkt die Möglichkeit, bei Risikoverhalten pädagogisch zu handeln.

Deeskalationstraining für MitarbeiterInnen in Drogenkonsumräumen

Drogenkonsumraum-MitarbeiterInnen sind im Arbeitsalltag mit gewalttätigen Situationen und gegen sie gerichtete Aggressionen konfrontiert. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an Professionalität und erforderliche Handlungsoptionen.

In Anti-Gewalt- und Deeskalationstrainings, die auf die Problemlagen in Drogenkonsumräumen ausgerichtet sind, wird die Möglichkeit geboten, beides zu erweitern und zu verbessern.

In den Seminaren werden gewaltdeeskalierende Verhaltens- und Handlungsoptionen entwickelt durch:

- Primäre Prävention (vor Grenzüberschreitungen),
- Situationseinschätzung und Situationsbeherrschung,

-
- Stressmanagement,
 - Aktive Deeskalationsmöglichkeiten, -techniken,
 - Formen der Fremddeeskalation.

Mit diesen Kommunikations- und Verhaltensschulungen werden die Mitarbeiter gestärkt für bzw. gegen:

- Eskalierende Gesprächssituationen;
- Aufdringlichkeiten, Belästigungen, Störungen,
- Beleidigungen, Bedrohungen;
- Tätliche Angriffe.

Durch rechtzeitige Anwendung der erlernten Deeskalationstechniken soll es den Drogenkonsumraum-Mitarbeitern gelingen durch Umsicht und Kontrolle erfolgreich auf Konflikt- und Gefahrensituationen zu reagieren.

Modellprojekt „test it“ - Szenenahe HIV-Schnelltests für Drogenkonsumenten in niedrighschwelligen Einrichtungen

Trotz einer Stabilisierung von neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei intravenös Drogen Gebrauchenden auf relativ niedrigem Niveau ist diese Gruppe besonders von HIV bedroht. Die meisten Drogenkonsumenten der offenen Drogenszene verfügen nur über einen sehr eingeschränkten Zugang zum medizinischen Hilfesystem. Untersuchungen bei Substituierten und aktuell Konsumierenden zeigen, dass die Kenntnis des eigenen Infektionsstatus unzureichend ist und HIV-Tests nicht angeboten oder aufgrund des hochschwelligen Zugangs kaum wahrgenommen werden.

Mit dem modellhaften Projekt „test it“ geht es darum Drogenkonsumenten einen szenenahen und niedrighschwelligen Zugang zu einem HIV-Testangebot zu ermöglichen. Mittels Beratung und Risikocheck sollten das Bewusstsein aktuell Drogen konsumierender Menschen in Bezug auf HIV erhöht und die Entwicklung persönlicher HIV-Schutzstrategien unterstützt werden. Es geht zu überprüfen, ob HIV-Schnelltests in niedrighschwelligen und ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen eingesetzt und die Hürden zur Inanspruchnahme eines HIV-Tests gesenkt werden können.

Ausgewählte Ergebnisse

► Von Januar bis Ende September 2009 wurden insgesamt 185 Testberatungen und 179 Tests durchgeführt; bei 17 dieser Tests handelte es sich um Wiederholungstests ein halbes Jahr nach der Ersttestung.

► 133 Männer und 35 Frauen wurden im Rahmen des Projektes erstmals beraten.

► In acht Monaten hat sich etwa ein Drittel der bisher ungetesteten (potenziellen) KICK Nutzer auf HIV testen lassen.

► Von den 162 Schnelltests waren sechs reaktiv, dies entspricht einem Anteil von 3,7%. Von den sechs HIV-positiv getesteten Personen gaben allerdings drei an, sich keiner Risikosituation ausgesetzt zu haben. Drei Personen nannten „unsafe use“, also die gemeinsame Benutzung von Spritzen, eine Person zusätzlich „unsafe sex“ (Sex ohne Kondom) als Risiko.

► Frauen gaben als Testgrund tendenziell häufiger „unsafe sex“ an (37,5% gegenüber 34,4% bei den Männern), „unsafe use“ dagegen seltener (20% gegenüber 30,5% bei den Männern,

► Die am häufigsten von den TeilnehmerInnen genannte Risikosituation war Geschlechtsverkehr mit unbekanntem Personen oder Gelegenheitspartnern – oft im Zusammenwirken mit Alkohol, der die Schwelle für das Eingehen von Risikosituationen senkt.

Der Anteil der TeilnehmerInnen, die bereits vor dem Projektzeitraum auf HIV getestet worden waren, war mit über 80% bei Männern wie Frauen sehr hoch. Nach Angaben der Befragten wurden diese Tests vor allem bei Krankenkassen-, Therapie- oder Haftaufenthalten durchgeführt.

► Befragungen von TeilnehmerInnen erbrachten deutliche Hinweise auf die Bedeutung von Testort (eigene Einrichtung) und Testart (Schnelltest) für die Testteilnahme. Der Schnelltest kann Drogengebrauchern tatsächlich einen niedrighwelligen Zugang zum HIV-Test ermöglichen. Entscheidend dafür sind zwei Aspekte:

a) Die kurze Dauer zwischen Test und Ergebnis ist sehr attraktiv – gerade für akut Drogen Gebrauchende, die zumeist nicht in längeren Zeithorizonten planen.

b) Das Vertrauen zum Berater/zur Beraterin in „ihrer“ Einrichtung spielt eine große Rolle. Die vorherige Beratung sowie die weitere Begleitung des Klienten (bei reaktivem Ergebnis) erfolgen durch bekannte Mitarbeiter einer akzeptanzorientiert arbeitenden Hilfeinrichtung.

Drogengebraucher haben einen ausgeprägten Wunsch, mit den Beratern ihr „Risikomanagement“ zu reflektieren und Informationen über HIV und Hepatitis zu erhalten.

► Drogengebraucher verfügen über ein hohes Maß an Gesundheitsbewusstsein.

- Sie wünschen sich einen regelmäßigen HIV-Test.
- Sie verhalten sich in der Regel risikobewusst (Safer Use/Safer Sex) und nur in „Krisen-/Not-/Ausnahmesituationen“ riskant.

Nach Aussagen der Teilnehmer wird die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und die Durchführung regelmäßiger HIV-Tests im Drogenhilfesystem weder systematisch noch niedrig-schwellig/klientenorientiert organisiert.



Ausgewählte Daten zu Drogenkonsumräumen

Evaluation der Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen 2001-2009⁵

Inzwischen sind in NRW 12 Drogenkonsumräume mit insgesamt 97 Plätzen in Betrieb, davon 31 Plätze für den inhalativen Konsum.

Das Platzangebot reicht von 3-16 Plätzen pro Drogenkonsumraum.

Im Berichtszeitraum April 2001 bis Dezember 2009 wurden mehr als 1,2 Mio. Konsumvorgänge dokumentiert.

Insgesamt wurden ca. 75.000 NutzerInnen von Drogenkonsumräumen in weiterführende Hilfen vermittelt.

Es wurden 3.271 Drogennotfälle behandelt.

In 710 Fällen konnten Todesfälle durch sofortige Wiederbelebensmaßnahmen verhindert werden.

Die größte Altersgruppe der NutzerInnen stellen 26-35-Jährige mit 46% der Konsumvorgänge dar.

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der inhalative Konsum zu- und der i.v. Konsum abgenommen.

Der Frauenanteil der NutzerInnen hat sich insgesamt kaum verändert und ist mit ca. 15% immer noch vergleichsweise gering. Lediglich in der Gruppe der 18-25-Jährigen überwiegt der Frauenanteil, was ein Hinweis darauf ist, dass junge Frauen das Angebot früher annehmen als Männer.



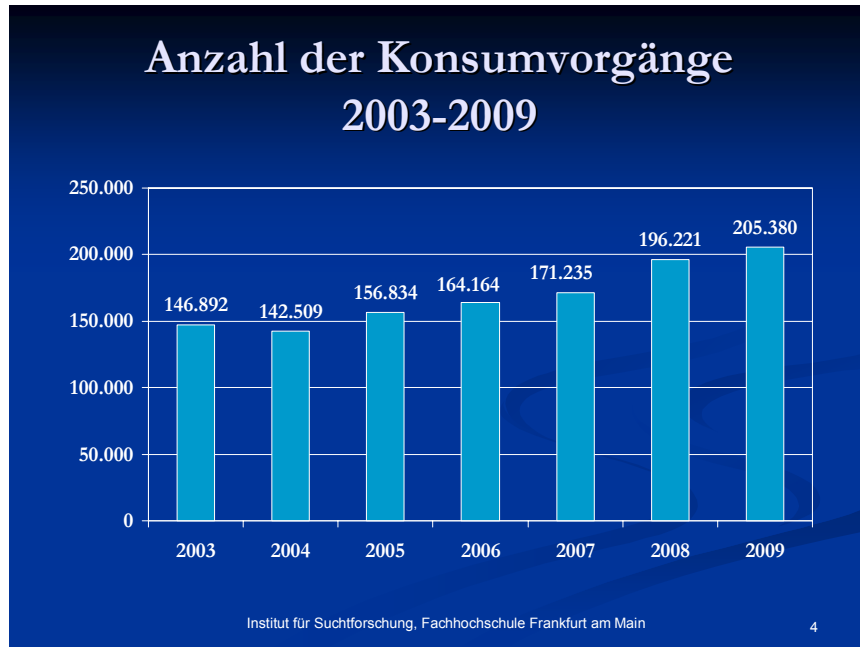
←INDRO, Münster
Gleis 1, Wuppertal→



⁵ MAGS: Ergebnisniederschrift der Besprechung zum Betrieb von Drogenkonsumräumen in NRW mit Bezirksregierungen, Standort-Kommunen und Trägern am 21.Mai 2010

Dokumentation der Frankfurter Drogenkonsumräume⁶ - Jahresauswertung 2009

Im Zeitraum 2003 bis 2009 ist eine kontinuierlich stärkere Frequentierung von Drogenkonsumräumen in Frankfurt zu verzeichnen. Während im Jahr 2003 146.892 Konsumvorgänge stattfanden wurden im Jahr 2009 bereits 205.380 Konsumvorgänge ermittelt. Diese Evaluation macht deutlich, dass die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen bei DrogengebraucherInnen sukzessive gestiegen ist.



Konsumformen in Frankfurter Einrichtungen

Während in vielen anderen Drogenkonsumräumen eine Abnahme des intravenösen Konsums von Heroin zugunsten von inhalativen und nasalen Applikationsformen zu verzeichnen ist, zeigt sich in den Frankfurter Einrichtungen ein anderes Bild. Während im Jahr 2003 der Anteil des intravenös konsumierten Heroins bei 68% lag, zeigt sich in 2009 ein

⁶ Polizeipräsidium Frankfurt am Main. „Drogenszene Frankfurter Bahnhofsgebiet – Lageanalyse November 2009“

erhöhter Anteil von 82%. In den Jahren von 2003 bis 2009 ist jährlich ein geringer aber kontinuierlicher Anstieg intravenös applizierten Heroins festzustellen. Hiermit steht die Frankfurter Entwicklung der Entwicklung in anderen Städten diametral entgegen.

Da sich weder die Qualität noch der Preis des Heroins signifikant vom Qualitäts- und Preisniveau in anderen Städten unterscheidet, ist diese Entwicklung schwer zu begründen. Die fehlenden Möglichkeiten für einen inhalativen Konsum im Drogenkonsumraum La Strada könnten Gründe für dieses Bild sein.

In Frankfurt/M. variiert die Zahl der NutzerInnen der Konsumräume zwischen 4.000–4.700 pro Jahr. Heroin ist mit 82% die am häufigsten konsumierte Droge. Der Crack-Konsum ist in 2009 erneut gesunken (36%). Unterschiedliche Konsummuster von Männern und Frauen sind seit 2003 dokumentiert (vgl. Vogt/Simmedinger 2010).



Ragazza, Hamburg

Drogenkonsumräume weltweit: Verbreitung und Effektivität

Drogenkonsumräume in den verschiedensten Ausprägungen finden sich in den Niederlanden, der Schweiz (in Bern ist der erste offizielle Konsumraum 1986 entstanden) und Spanien. In allen anderen Ländern, in denen offizielle Angebote existieren, beschränken diese sich auf jeweils ein Angebot in einer Stadt: Luxemburg/Stadt, Norwegen/Oslo, Kanada /Vancouver und Australien/Sydney. Politische bzw. fachliche Initiativen gibt es in Portugal, England, Italien/Mailand/Turin und Österreich/Graz und Frankreich. Jedoch steht keines dieser bekannten Projekte kurz vor der Eröffnung.

Anfang 2009 existierten weltweit 92 Drogenkonsumräume in 61 Städten, einschließlich der 16 deutschen, 30 holländischen und 8 schweizerischen Städte.

Weltweit existiert eine Reihe von Studien zur Effektivität von Drogenkonsumräumen. Die größte Anzahl der Studien kommt aus Kanada, wo es seit 2003 in Vancouver einen Drogenkonsumraum gibt.

Bezogen auf den Gesundheitsstatus gibt es Belege, dass Drogenkonsumräume die Gesundheit der Konsumenten verbessern und stabilisieren (Springer 2003). Es werden positive Veränderungen im Gesundheits- und Risikoverhalten der Konsumenten nachgewiesen (Wood et al. 2008; Zurhold et al. 2003). Somit erweisen sich Konsumräume als effektive Harm Reduction Maßnahme, indem Risikoverhalten wie Spritzenteilen, Spritzenwiederverwendung unter Konsumraumbesuchern sinkt und hygienisches Verhalten bei der Injektion wie die Nutzung von sterilem Wasser und Desinfektion der Einstichstelle steigt (Wood et al. 2006). Die Reduzierung von Infektionen durch Konsumräume ist hingegen schwer nachzuweisen, da die Drogenkonsumenten i.d.R. auch andere Orte zum Konsum aufsuchen, und auch andere risikohafte Verhaltensweisen (Sexarbeit etc.) praktizieren. Somit ist der konkrete Ansteckungsort mit HIV oder Hepatitis C häufig unbekannt. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass Konsumräume das Risiko von Infektionen verringern (vgl. Runciman et al. 2006).

Darüber hinaus reduzieren Drogenkonsumräume die Zahl der Drogentodesfälle (vgl. Beispielsweise Kerr et al. 2006; Poschadel et al. 2002). Schließlich zeigen eine Reihe von Studien, dass eine (Re-) Integration in

das Drogenhilfesystem stattfindet (z.B. Kerr et al. 2009; Schu und Tossmann 2005).

Die Annahme, dass Crackkonsum in Rauchräumen zu vermehrter Aggression und Gewalt führen würde, konnte in einer Schweizer Untersuchung nicht bestätigt werden, im Gegenteil verbesserte sich die Atmosphäre in der Einrichtung mit der Einführung des Rauchraumes (Spreyermann und Willen 2003).

Ein Ziel von Drogenkonsumräumen ist die Reduzierung von öffentlicher Belastung. Die Akzeptanz einer niedrigschwelligen Einrichtung mit Konsumraum in Berlin unter den Anwohnern war mit 70-80% zufällig ausgewählter Anwohner hoch, wobei die mit höherer Bildung und politischem Interesse noch höhere Zustimmung zeigten (Schu und Tossmann 2005). Die Einrichtung von Rauchräumen führte zu weniger öffentlichem Konsum im Umfeld der Einrichtung (Spreyermann und Willen 2003). Auch Zurhold et al. (2003) weisen eine Reduzierung öffentlicher Belästigungen im Umfeld von Drogenkonsumräumen nach. Auch andere Studien finden keine Beeinträchtigung für das Umfeld durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen (Freeman et al. 2005; Schu und Tossmann 2005; Wood et al. 2006). Eine Untersuchung von Runciman et al. in 2006 zeigt, dass durch den Betrieb von Drogenkonsumräumen auch die Zahl gefundener Spritzen abnimmt. Eine australische Studie fand keinen Anstieg des öffentlichen Konsums und keinen Anstieg von Raub oder Diebstahl im Umfeld der Einrichtung, hingegen eine Reduzierung des Aufenthalts vor der Einrichtung im Vergleich zu vor Einrichtung des Konsumraums (Freeman et al. 2005).



← Saarbrücken
Bochum →



Zusammenfassung

1. Seit 17 Jahren (1994) existieren Drogenkonsumräume offiziell in Deutschland und seit 11 Jahren gibt es eine rechtliche Klarstellung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Trotzdem bleibt der Betrieb von niedrighschwelligen Einrichtungen im Rahmen der Prohibitionspolitik ein juristischer Drahtseilakt, in dem alle Beteiligten (Drogenkonsument, Betreiber der Einrichtung und Polizei) potentiell gefährdet sind sich straf-fällig zu machen und mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten.

2. Die Erfahrungsberichte und Evaluationen der einzelnen DKR belegen eindrucksvoll, dass diese Angebote inzwischen an allen Standorten ein durchweg erfolgreicher Bestandteil des differenzierten Suchthilfesystems sind, mit dem akute gesundheitliche Beeinträchtigungen reduziert und zahlreiche Drogentodesfälle verhindert werden. Die Integration der DKR in die bestehenden niedrighschwelligen Drogenhilfeangebote stellt sicher, dass weiterführende Hilfen „just in time“ bereit stehen, eingeleitet oder bei neu sichtbarem Bedarf entwickelt werden können.

DKR sind sozialverträglich und kommunalpolitisch verankert und die Rahmenbedingungen des Betriebs werden in regelmäßig tagenden kommunalen Arbeitskreisen besprochen und abgestimmt.

3. Weder auf Bundes-, Länder- oder kommunaler Ebene hat es bisher grundsätzliche Bedenken oder kritische Äußerungen im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Fortführung der Angebote gegeben. Vereinzelt gibt es, in der Regel temporäre, Standortprobleme, die häufig durch entsprechende Umfeldpflege (Beseitigung von Verunreinigungen, Ansprache an die Nutzer ob ihrer eigenen Verantwortung, Gespräche mit den Nachbarn und in den Arbeitskreisen der Ordnungspartnerschaften) entschärft und beseitigt werden können. Insgesamt zeigt sich, dass ein Standort mit Bedacht gewählt und ausgestattet werden muss. Er sollte szenenah, in die lokale Drogenhilfe eingebunden und umfeldverträglich sein. Die Umfeldverträglichkeit und die Entlastung der Innenstädte von Problemen durch offene Drogenszenen und Drogenkonsum sind entscheidend davon abhängig, dass es dem Bedarf nach angemessene Öffnungszeiten und Räumlichkeiten gibt und aufkeimende Probleme in den Ordnungspartnerschaften zeitnah besprochen und arbeitsteilig gelöst werden.

4. So positiv und erfolgreich die Bilanz der Legallösung von Drogenkonsumräumen auch ist, so hat sie doch eine Kehrseite. Es wurde ja nicht

nur bestimmt was jetzt wie erlaubt ist, sondern ebenso dass jedes Abweichen davon jetzt strafbewehrt ist. Durch die hohen Mindeststandards werden sozialräumliche Initiativen mit integrierter Konsummöglichkeit (z.B. Notschlafstellen, Jugendzentren in Problemvierteln, mobile Angebote, kleine Angebote an Beratungsstellen, Angebote im ländlichen Bereich) unmöglich gemacht und die Versuche unterhalb dieser Schwelle ausdrücklich kriminalisiert.

5. Drogenkonsumräume leisten einen entscheidenden Beitrag zur Überlebenshilfe und Risikominimierung beim Konsum illegalisierter Drogen. Im Drogenkonsumraum findet der Konsum unter hygienischen Bedingungen und unter Beachtung von Safe-Use-Regeln statt, welche wohlwollend penetrant von den Mitarbeitern eingefordert werden. Das im Konsumraum trainierte Verhalten wird zunehmend auch im Alltag praktiziert und zeigt auch eine Signalwirkung in die (noch) nicht erreichte Szene.

Die Erfahrungen in NRW, wo die Drogenkonsumräume eng mit einer medizinischen Grundversorgung (Drogentherapeutische Ambulanzen – DTA) gekoppelt sind, zeigen deutlich, dass die Drogenkonsumraumnutzer im Vergleich zu den akut i.v. Drogenkonsumenten, welche die Räume nicht nutzen, im Verlauf wesentlich weniger Abszesse entwickeln, die Behandlungsverläufe bei mit Drogenabhängigkeit assoziierten Krankheiten besser und stringenter sind und sie mehr Bereitschaft zeigen auf risikoärmere Konsumformen umzusteigen. Darüber hinaus etabliert sich zunehmend als begleitendes Angebot ein Drogennotfalltraining für User.

Aufgrund kommunaler Ordnungspartnerschaften funktionieren solche Einrichtungen trotzdem nahezu reibungslos und leisten einen beachtlichen Beitrag zur Schadensminimierung und Überlebenshilfe für Drogenkonsumenten und tragen bei angemessenen Öffnungszeiten wesentlich zur Entlastung der Innenstädte von Problemen mit offenen Drogenszenen und offenem Drogenkonsum bei.

Diese durchweg positive Bilanz, die sich aus Sicht der Städte, Betreiber und Nutzungsberechtigten ziehen lässt, spricht für eine Ausweitung und Weiterentwicklung des Drogenkonsumraumangebotes.



Suchthilfe Essen direkt



Ragazza, Hamburg

Literatur

- Dissertation Sven Walloch, Hamburg 2006.
- Rahmenkonzept Drogenkonsumraum Fixpunkt 2003.
- Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland, Untertitel: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Verfasser: Sebastian Poschadel et al., ISBN 3-8329-0073-X.

Konsumraum-Literatur

AK Konsumraum: <http://www.konsumraum.de/>

ab 2012: www.drogenkonsumraum.eu

- akzept e.V. (1999): Guidelines for the operation and use of Consumption Rooms
Consumption rooms as a professional service in addictions-health: International conference for the development of guidelines. Hannover: Carl von Ossietzky University, Oldenburg, Faculty of Addiction & Drug Research and akzept-Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.
- ANORO, M., ILUNDAIN, E., SANTISTEBAN, O. (2003): BARCELONA'S SAFER INJECTION FACILITY - EVA: A HARM REDUCTION PROGRAM LACKING OFFICIAL SUPPORT. *Journal of Drug Issues* 33(3): 689-712.
- van Beek, I. (2003): The Sydney medically supervised injecting centre: A clinical model. *Journal of Drug Issues* 33(3): 625-38.
- Beletsky, L., Davis, C.S., Anderson, E., Burris, S. (2008): The law (and politics) of safe injection facilities in the United States. *Am J Public Health* 98(2): 231-7.
- Bourgeois, P. (1995): Just another night in a Shooting Gallery. San Francisco.
- Broadhead, R.S. (2003): Safer injection facilities: Obstacles, proposals, policies, and program evaluations. *Journal of Drug Issues* 33(3): 533-38.
- Broadhead, R.S., Borch, C.A., Hulst, Y.V., Farrell, J., Villemez, W.J., Altice, F.L. (2003): Safer Injection Sites In New York City: A Utilization Survey Of Injection Drugs Users. *Journal of Drug Issues* 33(3): 733-50.
- Cruz, M.F., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J., Kalousek, K., Cruz, M.F., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J., Kalousek, K. (2007): Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy* 18(1): 54-61.
- van der Poel, A., Barendregt, C., van de Mheen, D. (2006): Drug Users' Participation in Addiction Care: Different Groups Do Different Things. *Journal of Psychoactive Drugs* 38(2): 123-32.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D., Trautmann, F. (2000): Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review* 19: 337-46.
- Drucker, E. (2006): Insite: Canada's landmark safe injecting program at risk. *Harm Reduct J* 3: 24.

-
- Fairbairn, N., Small, W., Shannon, K., Wood, E., Kerr, T. (2008): Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Social Science and Medicine* 67(5): 817-23.
- Fischer, B., Turnbull, S., Poland, B.D., E, H. (2004): Drug use risk and urban order: examining supervised injecting sites as governmentality. *Int J Drug Policy* 15: 357-65.
- Flotiront, E., Bürge, I., Hendry, P. (2008): Vom Fixerstübli zur Kontakt- und Anlaufstelle K&A. *SuchtMagazin* (1): 16-23.
- Freeman, K., Jones, C.G., Weatherburn, D.J., Rutter, S., Spooner, C.J., Donnelly, N., (2005): The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug & Alcohol Review* 24(2): 173-84.
- Fry, C.L., Cvetkovski, S., Cameron, J. (2006): The place of supervised injecting facilities within harm reduction: evidence, ethics and policy. *Addiction* 101(4): 465-7.
- Garmaise, D. (2005): Toronto: report calls for more harm reduction measures for drug users. *HIV AIDS Policy Law Rev* 10(3): 16-7.
- Gold, F. (2003): Advocacy and activism. Supervised injection facilities. *Can Nurse* 99(2): 14-8.
- Green, T., Hankins, C., Palmer, D., Boivin, J.-F., Platt, R. (2003): Ascertaining The Need For A Supervised Injecting Facility (SIF): The Burden Of Public Injecting In Montreal, Canada. *Journal of Drug Issues* 33(3): 713-32.
- Green, T.C., Hankins, C.A., Palmer, D., Boivin, J.F., Platt, R. (2004): My place, your place, or a safer place: the intention among Montreal injecting drug users to use supervised injecting facilities. *Can J Public Health* 95(2): 110-4.
- Hall, W., Kimber, J. (2005): Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *Lancet* 366(9482): 271-2.
- Hedrich, D. (2004): European report on drug consumption rooms. Luxembourg: EMCDDA.
- Hedrich, D., Kerr T., Dubois-Arber, F. (2010): Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Rhodes, T.; Hedrich, D. (ed.): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Lisbon. S. 305ff
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- Jacob, J.; Rottmann, J.; Stöver, H (1999): *Gesundheitsräume für Drogenkonsumierende*. Oldenburg: BIS-Verlag, 1999, 320 S.
- Hunt, N. (2006): *The evaluation literature on drug consumption rooms: The Independent Working Group*, Joseph Rowntree Foundation.
- Kemmesies, U. (1995): *Szenebefragung Frankfurt /aM. Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in FaM - ein erster 'Erfahrungsbericht'*. Frankfurt am Main: Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO e.V.).
- Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., Wilson, D., Schechter, M.T., Tyndall, M.W. (2003): Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safe injecting facilities? *Journal of Drug Issues* 33(3): 579-608.

-
- Kerr, T., Oleson, M., Wood, E. (2004): Harm-reduction activism: a case study of an unsanctioned user-run safe injection site. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 9(2): 13-9.
- Kerr, T., Stoltz, J.A., Tyndall, M., Li, K., Zhang, R., Montaner, J., Wood, E. (2006): Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *Bmj* 332(7535): 220-2.
- Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2006): Drug-related overdoses within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 17: 436-41.
- Kerr, T., Kimber, J., Debeck, K., Wood, E. (2007): The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Curr HIV/AIDS Rep* 4(4): 158-64.
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., Wood, E. (2007): A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *Int J Drug Policy* 18(1): 37-45.
- Kerr, T., Wood, E., Montaner, J., Tyndall, M. (2009): Findings from the evaluation of Vancouver's pilot medically supervised safer injection facility - Insite. Vancouver: Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.
- Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., Hedrich, D., Zurhold, H. (2003): Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug Alcohol Rev* 22(2): 227-33.
- KIMBER, J., MACDONALD, M., BEEK, I.V., KALDOR, J., WEATHERBURN, D., LAPSLEY, H., MATTICK, R.P. (2003): THE SYDNEY MEDICALLY SUPERVISED INJECTING CENTRE: CLIENT CHARACTERISTICS AND PREDICTORS OF FREQUENT ATTENDANCE DURING THE FIRST 12 MONTHS OF OPERATION. *Journal of Drug Issues* 33(3): 639-48.
- Kimber, J., Dolan, K., Wodak, A. (2005): Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug Alcohol Rev* 24(1): 21-4.
- Klee, J., Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.) (1997): Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe - Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- KLEIN, H., LEVY, J.A. (2003): SHOOTING GALLERY USERS AND HIV RISK. *Journal of Drug Issues* 33(3): 751-68.
- Lenton, S. (2003): Policy from a harm reduction perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 16(3): 271-77.
- Maher, L., Chant, K., Jalaludin, B., Sargent, P. (2004): Risk behaviors and antibody hepatitis B and C prevalence among injecting drug users in south-western Sydney, Australia. *J Gastroenterol Hepatol* 19(10): 1114-20.
- MSIC (Medically Supervised Injection Centre) (2003): Final report of the evaluation of the Sydney medically supervised injection centre. Sydney, Australia: MSIC Evaluation Committee.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenberger, D. (2002): Evaluation der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Bochum: Zeus GmbH.
- Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., Holloway, G.

-
- (2006): Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction* 101(10): 1384-93.
- Runciman, R., Lloyd, C., Hunt, N., Bamford, T., Fortson, R., Green, K., Hayman, A., McKeganey, N., Stimson, G., Strang, J., Wright, N. (2006): *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Schneider, W. (2004): *Drogenkonsumraum und Harm Reduction. Ein kritischer Erfahrungsbericht aus der Praxis eines neuen Drogenhilfeangebotes in Münster*. *Sozial Extra* 28(2): 47-51.
- Schu, M., Tossmann, H.P. (2005): *Evaluation der Drogenkonsumräume in Berlin*. Köln, Berlin: FOGS GmbH, delphi Gesellschaft.
- Shah, S.M., Shapshak, P., Rivers, J.E., Stewart, R.V., Weatherby, N.L., Xin, K.Q., Page, J.B., Chitwood, D.D., Mash, D.C., Vlahov, D., McCoy, C.D. (1996): Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 1996 11(3): (301-306).
- Shannon, K., Ishida, T., Morgan, R., Bear, A., Oleson, M., Kerr, T., Tyndall, M.W. (2006): Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduct J* 3: 1.
- Spreyermann, C., Willen, C. (2003): *Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen. Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seitengraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Bern: Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Springer, A. (2003): *Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fond Soziales Wien*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Stoltz, J.A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J., Kerr, T. (2007): Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health (Oxf)* 29(1): 35-9.
- Stöver, H. (1991): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe, DAH-Band VI*, 1991.
- Stöver, H. (2000): *Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe. Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (4): 290-92.
- Stöver, H. (2001): *Konsumräume. Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. Akzeptanz* (2): 3-12.
- Stöver, H. (2002): *Consumption Rooms: A Middle Ground between Health and Public Order Concerns*. In: Böllinger, L. u.a. (Hrsg.): *Journal of Drug Issues*, Vol. 32, No. 2, Spring 2002, pp. 597-606.
- Thein, H.-H., Kimber, J., Maher, L., Macdonald, M., Kaldor, J.M. (2005): Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney medically supervised injecting centre. *Int J Drug Policy* 16: 275-80.
- Vogt, I.; Simmedinger, R. (2010): *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation*. Frankfurt/Main: Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt/Main (ISFF).

-
- Wodak, A., Symonds, A., Richmond, R. (2003):** The role of civil disobedience in drug policy reform: How an illegal safer injection room led to a sanctioned, "medically supervised injection center". *Journal of Drug Issues* 33(3): 609-24.
- Wolf, J., Linssen, L., de Graaf, I. (2003):** Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* 33(3): 649-62.
- Wood, E., Kerr, T., Spittal, P.M., Li, K., Small, W., Tyndall, M.W., Hogg, R.S., O'Shaughnessy, M.V., Schechter, M.T. (2003):** The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 32(1): 2-8.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., Kerr, T. (2006):** Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj* 175(11): 1399-404.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z., Zhang, R., Montaner, J.S., Kerr, T., Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z., Zhang, R., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2006):** Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Public Health* 96(5): 770-3.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Stoltz, J.A., Lai, C., Montaner, J.S., Kerr, T. (2006):** Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *N Engl J Med* 354(23): 2512-4.
- Wood, R.A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., Kerr, T. (2008):** Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 19(3): 183-8.
- Wright, N.M., Tompkins, C.N. (2004):** Supervised injecting centres. *Bmj* 328(7431): 100-2.
- Wright, N.M., Tompkins, C.N. (2006):** A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J* 3: 27.
- Zobel, F., Dubois-Arber, F. (2004):** Kurzgutachten zu Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zurhold, H., Kreuzfeldt, N., Degkwitz, P., Verthein, U. (2001):** Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten, Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., Haasen, C. (2003):** Drug consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance. *Journal of Drug Issues* 33: 664-88.



Drogenkonsumraum Saarbrücken



Drogenhilfe Düsseldorf

KONTAKTADRESSEN DROGENKONSUMRÄUME

WEB: www.konsumraum.de;
ab 2012: www.drogenkonsumraum.eu

Konsumräume Berlin

Fixpunkt e.V. Drogenkonsummobil
Boppstr.7; 10967 Berlin
Telefon: +49 (0)30/693 22 60; Fax: +49 (0)30/694 41 11
Email: druckmobil@fixpunkt.org;
www.fixpunkt.org

VISTA Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH
Kontakt- und Anlaufstelle in Mitte, „Birkenstube“
Birkenstraße 51; 10559 Berlin
Telefon: (030) 447 213 53; Fax.: (030) 447 213 55
Email: birkenstube@vistaberlin.de;
www.vistaberlin.de

Konsumräume Hamburg

Drob Inn Jugendhilfe e.V.
Besenbinderhof 71; 20097 Hamburg
Telefon: 040-39 99 93 0; Fax: 040-39 99 93 61
Email: drob.inn@jugendhilfe.de;
www.jugendhilfe.de

Stay Alive, Jugendhilfe e.V.
Davidstr. 30; 20359 Hamburg
Telefon: 040-31 78 72 0; Fax.: 040-31 78 72 20
Email: styalive@jugendhilfe.de;
www.jugendhilfe.de

Abrigado Freiraum e.V.
Schwarzenbergstr. 74; 21073 Hamburg
Telefon: 040-76 76 412; Fax: 040-76 553
Email: abrigado@freiraum-hamburgev.de;
www.freiraum-hamburgev.de

Jugend hilft Jugend e.V. - „Kodrobs Altona“
Hohenesch 13-17; 22765 Hamburg

Telefon: 040-39 08 640 / 41; Fax.: 040-39 08 611
Email: altona@kodrobs.de;
www.kodrobs.de

Ragazza e.V – Konsumraum nur für Frauen
Brennerstr. 81; 20099 Hamburg
Telefon: 040-24 46 3; Fax.: 040-28 05 50 33
Email: ragazza@w4w.net;
www.ragazza-hamburg.de/

Konsumräume Hessen

Integrative Drogenhilfe e.V. (IDH) Frankfurt
Schielestraße 22-26; 60314 Frankfurt am Main
Telefon: (069) 94 19 70-36; Fax: (069) 94 19 70-42
Email: eastside@idh-frankfurt.de;
www.idh-frankfurt.de

Integrative Drogenhilfe e.V. (IDH) Frankfurt
Konsumraum Nidda 49
Niddastraße 49; 60329 Frankfurt/Main
Telefon: 069-23 45 64; Fax: 069-24 00 48 97
Email: druckraum@idh-frankfurt.de;
www.idh-frankfurt.de

La Strada , AIDS-HILFE Frankfurt e.V
Mainzer Landstraße 93; 60329 Frankfurt
Telefon: (069) 23 10 20; Fax: (069) 23 10 04
Email: lastrada@frankfurt.aidshilfe.de;
www.frankfurt-aidshilfe.de/

Drogennotdienst Frankfurt
Elbestraße 38; 60329 Frankfurt
Telefon: 069/24 26 44-0; Fax: 069/24 26 44-29
Email: dnd@jj-ev.de;
www.jj-ev.de

Konsumraum Niedersachsen

Fixpunkt Step gGmbH
Hamburger Allee 75; 30161 Hannover

Telefon: 0511-38 86 4 65; Fax: 0511-38 86 4 66
Email: fixpunkt@step-hannover.de;
www.step-hannover.de

Konsumräume Nordrhein- Westfalen

Suchthilfe Aachen Caritas und Diakonie
Kaiserplatz 15-18; 52062 Aachen
Telefon: 0241 980 9106 o. 9107; Fax: 0241 980 9106
Email: info@suchthilfe-aachen.de;
www.suchthilfe-aachen.de

Drogenberatung Bielefeld e.V.
Borsigstr. 13; 33602 Bielefeld
Telefon: 0521. 96780-80; Fax : 0521. 96780-90
Email: dhz@drops-bielefeld.de
www.drogenberatung-bielefeld.de

Krisenhilfe Bochum e.V.
Viktoriastr. 67; 44787 Bochum
Telefon: 0234. 964780; Fax: 0234. 15179
Email: cafe@krisenhilfe-bochum.de;
www.krisenhilfe-bochum.de

Verein für Gefährdetenhilfe (VFG) gGmbH
Quantiusstr. 2 a; 53115 Bonn
Telefon : 0228/7259135 ; Fax: 0228/7259140
Email: konsumraum@vfg-bonn.de;
www.vfg.de

Drogenhilfeeinrichtung KICK,
Träger ist die AIDS-Hilfe Dortmund e.V.
Eisenmarkt 5; 44137 Dortmund
Telefon: 0231-47736990; Fax: 0231-477369920
Email: info@kick-dortmund.de;
www.kick-dortmund.de

Düsseldorfer Drogenhilfe e.V
Erkrather Str. 18; 40233 Düsseldorf
Telefon: 0211-8996091; Fax: 0211 – 8929386
Email: duesseldorfer@drogenhilfe.eu
www.duesseldorfer-drogenhilfe-ev.de

Suchthilfe direkt Essen gGmbH
Hoffnungstr.24; 45127 Essen
Telefon: 0201- 8603 150, Fax: 0201- 86 03 100
Email: zentrale@suchthilfe-direkt.de;
www.suchthilfe-direkt.de

Kölner Anlaufstelle für schwer Drogenabhängige
SKM e.V. Köln
Bahnhofsvorplatz 2 a; 50667 Köln
Telefon: 0221-13 55 60; Fax: 0221-1300018
Email: kns@skm-koeln.de;
www.skm-koeln.de

Drogenhilfe Köln gGmbH
Victoriastr. 12 ; 50668 Köln
Telefon: 0221. 91 27 97-11; Fax: 0221. 91 27 97-20
Email: cafe@drogenhilfe-koeln.de;
www.drogenhilfe-koeln.de

INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20; 48155 Münster
Telefon: 0251-60123 ; Fax: 0251-666580
Email: indroev@t-online.de;
www.indro-online.de/

Drogenhilfe im Diakonischen Werk Siegburg
Poststr.91; 53840 Troisdorf
Telefon: 02241-72 6 33 ; Fax: 02241-67 70 3
Email: dw-drogenhilfe@ekasur.de;
www.ekasur.de/cafe_koko/

Gleis1 Drogentherapeutische Ambulanz
Döppersberg 1; 42103 Wuppertal
Telefon: 0202-47 82 80; Fax: 0202-47 82 21
Email: gleis1@sucht-hilfe.org;
www.sucht-hilfe.org

Konsumraum Saarland

Drogenhilfezentrum Saarbrücken gGmbH
Brauerstr. 39; 66123 Saarbrücken

Telefon: 0681-93 81 80; Fax: 0681-93 81 825
Email: info@drogenhilfezentrum.de;
www.drogenhilfezentrum.de/

Luxembourg

TOX-IN - Tageszentrum
8, rte de Thionville; L-2610 Luxembourg
Telefon: 0352-26 480 130; Fax: 0352-26 480 132
Email: tox-injour@cnds.lu; www.cnds.lu



Mobiler Druckraum Fixpunkt Berlin



Gleis 1 Wuppertal



Konsumraum Aachen

NOTIZEN/ERGÄNZUNGEN