

---

Überblicksarbeit / Review

## **Drogenkonsumräume und Harm Reduction. Ein kritisches Resümee landes- und bundesweiter Evaluationsergebnisse und lokaler Erfahrungen\***

Wolfgang Schneider

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2004;1:1-9, URL: [www.indro-online.de/SchneiderDKR\\_1\\_04.pdf](http://www.indro-online.de/SchneiderDKR_1_04.pdf)**

### **Zielbestimmung von Drogenkonsumräumen**

Im Rahmen niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenarbeit geht es vordringlich darum, die körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Drogen in der offenen Drogenszene ergeben können, zu verhindern oder zumindest zu lindern und Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von Problemen bereitzustellen. Folgende Zielhierarchie innerhalb einer bedürfnis- und bedarfsbezogenen Drogenhilfe hat sich mittlerweile durchgesetzt:

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung subjektiv dysfunktionaler Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene und aus individuellen Abhängigkeitsstrukturen

Nationale und internationale Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenarbeit zeigen inzwischen, dass nicht ausschließlich abstinentbezogene Angebote im Sinne von schadensbegrenzenden, risiko-

minimierenden Unterstützungsmöglichkeiten und Überlebenshilfen in der Lage sind, drogengebrauchende Menschen direkt anzusprechen, Selbsthilfeorganisationsressourcen zu fördern, Safer-Use-Strategien zu stärken und - auf Wunsch - ergänzende, verbindliche Hilfen wie Substitutions-, Entzugsplatz- und ambulante sowie stationäre Therapievermittlungen anzubieten (vgl. Schneider 2004a).

Drogenkonsumräume sind nun inzwischen offizielle Dienstleistungsangebote der Drogenhilfe im Sinne sekundärpräventiver Unterstützung als Harm Reduction. Sie bieten langjährigen Drogenkonsumenten die Möglichkeit, unter hygienisch kontrollierten Bedingungen und ohne Verfolgungsangst Drogen zu konsumieren. Insbesondere in Großstädten mit öffentlich sichtbaren Drogenszenen wurden Konsumräume eingerichtet, um den gravierenden Gesundheitsproblemen und auch Störungen der öffentlichen Ordnung, die mit offenen Drogenszenen verbunden sein können, zu minimieren. Derzeit gibt es etwa 62 Konsumräume in 38 europäischen Städten sowie zwei medizinisch überwachte Injektionszentren in Australien und Kanada (vgl.: Springer 2004). In der Bundesrepublik Deutschland existieren inzwischen 22 Konsumräume (NRW, Frankfurt (Hessen), Niedersachsen, Hamburg, Saarland und Berlin), allein in NRW wurden 10 Injektionsräume eingerichtet: Münster, Köln, Dortmund, Bielefeld, Essen, Bochum, Troisdorf, Wuppertal, Aachen und Bonn. Hinsichtlich der Organisation von Konsumräumen dominiert der sog. „Integrierte Konsumraum“ im Gegensatz zum „reinen“ Konsumraum (ausschließlich Injektionsangebot). Integrierte Konsumräume orientieren sich am Grundsatz, dass

auch Menschen, die illegalisierte Drogen konsumieren, Anspruch auf direkte, soziale und medizinische Hilfe haben. Damit soll in der Gesamtrahmung einer integrativen, niedrighschwelligem Angebotspalette (z.B. Kontaktläden, mobile und stationäre Spritzentauschprojekte, Betreute Wohnformen, psychosoziale Begleitbetreuungen, migrationspezifische Hilfsleistungen, szenenahe Frauenprojekte, Beratungs- und Vermittlungstätigkeiten in Entzug, Substitution, Therapie) der gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogenabhängigen entgegengewirkt werden (vgl. Indro e.V. 2004). Insofern lässt sich dieser integrative Drogenhilfeansatz durch

- Niedrighschwelligkeit (Zugangsmethode)
- Sozialraumbezug (Szenenähe, Organisation und Koordination verfügbarer Hilfenetze durch Case-Management und Lebensweltorientierung) sowie
- Akzeptanzorientierung und moderieren des Empowerment (Unterstützung zur Selbstbemächtigung, Selbstorganisation)

charakterisieren (vgl. Schneider 2004b).

### **Konzeptionell-rechtliche Grundlagen**

Nach dem dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.2000 (Kabinettsbeschluss vom 28.7.1999) ist durch die Einfügung des § 10 a ins Betäubungsmittelgesetz Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen hergestellt worden. Demnach muss eine länderspezifische Umsetzungsverordnung erlassen werden, nach der der Betrieb von Drogenkonsumräumen näher geregelt und per Antrag genehmigt werden kann. Zehn Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von mitgeführten Substanzen in Drogenkonsumräumen müssen dabei im Rahmen einer Ermächtigungsverordnung festgelegt werden. Dies betrifft die räumliche Ausstattung, die medizinische Notfallversorgung, die Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote, Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten, die Vereinbarung mit zuständigen Behörden, die Zugangskriterien, die Dokumentation, die personelle Ausstattung und die Verantwortlichkeit (zur Übersicht vgl. Stöver 2001; ZEUS 2003). Nach der Rechtsverordnung des Landes NRW über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom

26.9.2000 wurden folgende Zielbestimmungen als sog. „Betriebszweck“ festgelegt:

„Der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll dazu beitragen,

1. die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben von Abhängigen zu sichern,
2. die Behandlungsbereitschaft der Abhängigen zu wecken und dadurch den Einstieg in den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
3. die Inanspruchnahme weiterführender insbesondere suchtttherapeutischer Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und
4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren.“

Fassen wir die Leistungskriterien integrierter Konsumräume in der Bundesrepublik konkret zusammen:

- Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation von mitgeführten Drogen (Besitz zum Eigenverbrauch in geringer Menge: § 31a BtMG und § 6 Rechtsverordnung des Landes NRW, Hamburg, Niedersachsen, Berlin und Saarland);
- Reduzierung des Infektionsrisikos beim intravenösen Drogengebrauch;
- Sofortige Hilfe bei Überdosierungen und Drogennotfallsituationen;
- Vermittlungen von Techniken des Safer-Use;
- Medizinische Hilfe bei Wundinfektionen und Abszessen;
- Gesundheitspräventive Maßnahmen im Sinne der Reduzierung des Mortalitätsrisikos und der HIV- und Hepatitisinfizierungsmöglichkeit;
- Direktes Abrufen intermittierender Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) in Aushandlung mit verfügbaren Hilferesourcen (Case-Management);
- Sicherung des Überlebens von Drogenabhängigen;
- Einleitung des Einstiegs in den Ausstieg aus der Sucht;

- Vermittlung bei Nachfrage und auf Wunsch weiterführende suchttherapeutische Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung
- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen)

### **Landes- und bundesweite Evaluationsergebnisse**

Inzwischen liegen verschiedene wissenschaftliche Praxisbegleitstudien vor: Die durch die Landeskoordination Integration NRW durchgeführte wissenschaftliche Erhebung zur Nutzung von Drogenkonsumräumen in NRW (Zwischenberichte vom 1.11.02 und 31.5.04), der Endbericht „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ durchgeführt vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung, ZEUS GmbH Bonn sowie die europäische Gesamtevaluation „Drogenkonsumräume – Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten“ gefördert durch die europäische Kommission (Zurhold/Kreutzfeld/Degkwitz/Vertheim 2001).

In NRW stehen landesweit zur Zeit 77 Plätze für den Konsum von zugelassenen Drogen zur Verfügung. 25 Plätze sind speziell für die Inhalation von Drogen vorgesehen. Das Platzangebot pro Drogenkonsumraum reicht von 3 bis 16 Plätzen. Die täglichen Öffnungszeiten variieren zwischen 3 und 12 Stunden, die Öffnungszeiten pro Woche zwischen 19 und 73,5 Stunden. Von April 2001 bis Mai 2004 fanden in NRW insgesamt 305 796 Konsumvorgänge in den Drogenkonsumräumen statt. Hierbei dominierte die intravenöse Drogenapplikation mit 76 %, gefolgt von der Inhalation von Drogen mit 23 %. Die größte Altersgruppe stellt die der 26 bis 35-Jährigen mit insgesamt 50% der Konsumvorgänge dar. In 1941 Fällen musste der Besuch des Drogenkonsumraums untersagt werden, da es sich um Erst- und Gelegenheitskonsumenten, sog. „Intoxikierte“ sowie insbesondere um substituierte Drogenabhängige handelte, die unter die in der Rechtsverordnung NRW festgeschriebenen Ausschlusskriterien fallen. Ferner wurden in 8604 Fällen Konsumraumnutzer in weiterführende Hilfsangebote vermittelt. In 43 044 Fällen wurden medizinische und psychosoziale Hilfen direkt vor Ort (Drogentherapeutische Ambulanz) geleistet. In den Drogenkonsumräumen ist es bislang zu 835

drogenbedingten Notfallsituationen gekommen, die ein sofortiges Eingreifen des medizinisch geschulten Personals erforderten. In 113 Fällen konnten Drogentodesfälle durch sofortige Wiederbelebungsmaßnahmen und durch Benachrichtigung des Notarztes/RTW verhindert werden. Bislang ist nur ein Todesfall zu beklagen (in Münster). In insgesamt 2421 Fällen mussten wegen Verstößen gegen die in den jeweiligen Ordnungspartnerschaften festgelegten Regeln der Nutzungsordnung Hausverbote erteilt werden, wobei es sich in 421 Fällen um versuchten Drogenhandel handelte (hier sind jedoch auch die Hausverbote wegen Drogen-Teilens als Abgabe einer Gebrauchsration oder gemeinsamer Gebrauch aus einer Spritze mitgezählt).

Die für NRW verbindliche Praxisbegleitforschung kommt zu folgender Schlussfolgerung: „Die ersten Zwischenergebnisse zur Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume sind ermutigend. Sie sprechen dafür, dass das primäre Ziel dieses neuen Suchthilfeangebotes erreicht worden ist, drogenbedingte Notfälle abzuwenden und das Überleben von Schwerstdrogenabhängigen durch sofortige Notfallhilfe zu sichern. Durch die Bereitstellung von sterilen Spritzen und Nadeln konnten Infektionen insbesondere mit Hepatitis-Erregern und HIV vermieden werden. Des weiteren ist hervorzuheben, dass durch die vielfältigen Vermittlungen in weiterführende Suchthilfeangebote viele Drogenabhängige wieder dem Suchthilfesystem zugeführt werden konnten. Hierbei wurden auch Drogenkranke erreicht, die keinen Kontakt mehr zum Hilfesystem hatten“ (MGSFF NRW 2002, S. 3f).

Die Studie „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ des Zentrums für angewandte - Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) Bochum im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung zeigt, dass „Drogenkonsumräume erheblich dazu beitragen, die Drogentodesfälle zu reduzieren“ (BMGS 2002, S. 1). Die Zielsetzung, langjährige Heroinabhängige, die Drogenkonsumräume nutzen, in weiterführende, auch ausstiegsorientierte Hilfen zu vermitteln, wird erreicht. Über die Hälfte der befragten Nutzer gab an, bereits Kontakte zu anderen Hilfen vermittelt bekommen zu haben, insbesondere zu Entgiftungseinrichtungen (23%), Ämtern (20%) und Therapieeinrichtungen (19%). Im Zeitraum von 1995 – 2001 wurden insgesamt 2,1 Mio. Konsumvorgänge gezählt und 5426 Drogennotfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch das Personal wahrscheinlich tödlich geendet wären.

Durch die von ZEUS durchgeführte Zeitreihenanalyse, in die die Zahlen der Drogentoten in den untersuchten Städten Hamburg, Hannover, Frankfurt und Saarbrücken über einen Zeitraum von über zehn Jahren eingeflossen sind, konnte festgestellt werden, dass sich der Betrieb von Konsumräumen statistisch signifikant auf die Senkung der Drogentodeszahlen in diesen Städten auswirkt. Ferner wurde durch diese Evaluation ermittelt, dass die Mindeststandards der jeweiligen Rechtsverordnungen eingehalten werden und eine sofortige Notfallversorgung gewährleistet ist. Die ausgewerteten Daten zeigen darüber hinaus:

- Es wird die intendierte Zielgruppe der langjährig Drogenabhängigen erreicht;
- Minderjährige sind bei den Befragungen in den Konsumräumen nicht angetroffen worden;
- Die gesundheitliche Betreuung verbessert sich durch Konsumräume nach Angaben der Befragten signifikant;
- Durch Konsumräume verbessert sich insgesamt der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem;
- Die Zusammenarbeit mit Polizei und Ordnungsbehörden funktioniert in den beteiligten Städten gut (vgl. ZEUS 2002).

Eine multizentrische Evaluationsstudie in den Jahren 1999 - 2001 des ISD Hamburg durchgeführt in Hamburg, Innsbruck und Rotterdam kam zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Das Angebot von Konsumräumen erreicht die Zielgruppe der intravenös Drogenkonsumierenden, die gesundheitlich riskant und öffentlich konsumieren;
- Konsumräume führen bei dieser Zielgruppe zu positiven Veränderungen hinsichtlich eines gesundheitsbewussten Verhaltens;
- Konsumräume als Interventionsform im Harm-Reduction-Bereich leisten im Umfeld offener Drogenszenen einen relevanten Beitrag zur Reduktion öffentlicher Belastungen.

Ein gesicherter Betrieb ist allerdings nur bei einer klaren rechtlichen Absicherung, bei Absprachen mit der Polizei sowie durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Stadtteil umsetzbar (vgl. Zurhold et al 2001).

### **Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Lokale Erfahrungen aus Münster**

Wurden die Zielbestimmungen, die in der Rechtsverordnung des Landes NRW genannt werden, auch erreicht? Am Beispiel der Erfahrungen des Drogenhilfevereins Indro e.V. nach 40 Monaten der Konsumraumöffnung soll versucht werden, eine evaluierte Bilanz zu ziehen.

### **Senkung der Gesundheitsgefahren und Überlebenshilfe**

Insgesamt fanden im Drogenkonsumraum von April 2001 bis zum September 2004 insgesamt 45.532 Konsumvorgänge (40.772 Männer, 4.760 Frauen) statt, die nicht im öffentlichen Raum praktiziert wurden. Der Konsumraum in Münster „als kleinster Konsumraum der Welt“ ist täglich mit 50 bis 60 Konsumvorgängen sehr gut ausgelastet. Das intravenöse Gebrauchsmuster dominiert vor dem inhalativen Gebrauch im „Raucherraum“. Es wurden im Öffnungszeitraum April 2001 bis September 2004 34.698 intravenöse, 10.058 inhalative und 561 nasale Applikationen praktiziert (gelegentliche orale Anwendungen).

Die Nutzung des „Raucherraumes“ findet somit auf hohem Niveau statt, was zum einen auf die Anwendung doch eher risikoärmerer Gebrauchsformen im Sinne von Safer Use hinweist und zum anderen die Notwendigkeit der Einrichtung eines derartigen Raumes verdeutlicht. Heroin ist in Münster mit ca. 90% die am häufigsten konsumierte Substanz. Eine Zunahme des eher risikoreichen Mischkonsums von Heroin, Pillen und Alkohol insbesondere bei Konsumenten der Spätaussiedlergeneration ist jedoch beobachtbar. Hier werden verstärkt Safer-Use-Beratungen über die unkalkulierbaren Wirkungen polyvalenten Drogengebrauchs durchgeführt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Konsumenten den Konsumraum inzwischen als einen „konsumsicheren“ Raum ansehen, d.h. als einen Schutzraum vor möglichen Mischintoxikationen und Überdosierungen bedingt durch die ständige Anwesenheit von in Notfallprophylaxe und Reanimation geschultem Personal (Arzt, Rettungssanitäter, alle Mitarbeiterinnen). Unser ausgewiesener Drogennotfallplan hat sich bestens bewährt. Über jeden schwerwiegenden Notfall werden ausführliche, standardisierte Protokolle erstellt, um beim Eintreffen des RTW/Notarztes sofort Informationen über den

Gesundheitszustand und über eingeleitete Maßnahmen verfügbar zu haben. Diese Protokolle sowie die Vereinbarungen zur Konsumraumnutzung werden nach Konsumraumschließung sofort vernichtet. Insgesamt 386 Drogennotfallsituationen wurden in den 41 Monaten der Eröffnung des Drogenkonsumraums erfolgreich vor Ort behandelt. Davon waren 51 Drogennotfälle lebensbedrohlich, was den Einsatz des RTW/Notarztes erforderlich machte. Insgesamt zeigt sich hier deutlich die lebensrettende Funktion des Konsumraums. Unter anderen Konsumbedingungen auf der Straße, in Büschen, öffentlichen Toiletten oder Hauseingängen wäre die Rettungswahrscheinlichkeit wesentlich minimiert gewesen. Zudem wurden im Evaluationszeitraum 5.558 kleinere Wundversorgungen und meist problemlose Erste-Hilfe-Maßnahmen (Verletzungen, Kreislaufprobleme, Abszesse, Schwindel, Übelkeit etc.) durchgeführt. Der Anspruch, Gesundheitsgefahren zu senken und Überlebenshilfe zu gewährleisten, kann als erfüllt angesehen werden und spricht eindeutig für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen.

Problematisch hinsichtlich der Erfüllung dieses Anspruches erweisen sich allerdings die gesetzten Zugangskriterien.

Laut Rechtsverordnung des Landes NRW dürfen im Drogenkonsumraum Konsumentenschlossene nach Unterzeichnung der für alle verbindlichen Vereinbarung über die Zugangsbedingungen sich selbst

- eine eigene Ration (illegalisierter Substanzen wie Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate) intravenös, oral, nasal oder inhalativ
- in dem eigens dafür ausgestatteten Raum (Drogenkonsumraum) applizieren,
- wenn sie volljährig und drogenabhängig sind
- und erkennbar nicht mit Ersatzstoffen substituiert werden.

Alkoholisierten und „offensichtlich intoxikierten“ Personen, bei denen die Benutzung des Drogenkonsumraums ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verursachen könnte, dürfen keinen Zugang erhalten. Jugendlichen mit Drogenabhängigkeit und Konsumerfahrung darf der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt

(sehr realitätsnah!) oder die Mitarbeiterinnen sich im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt haben. Die von den Nutzerinnen und Nutzern mitgeführten Betäubungsmittel müssen einer Sichtkontrolle unterzogen werden. Es stellt sich die Frage, ab wann ist ein Konsument als „intoxikiert“ einzuschätzen. Konkrete Kriterien werden in der Rechtsverordnung nicht genannt. Das Kriterium „offensichtlich intoxikiert“ reicht hier bei weitem nicht aus. Ein abgewiesener Konsument wird sich vom Konsumentenschluss sicherlich nicht abbringen lassen und wird in der Öffentlichkeit unter noch risikoreicheren Bedingungen konsumieren, so dass die Gefahr einer Überdosierung oder einer Mischintoxikation erheblich ist. Im Konsumraum selbst wäre die Rettungswahrscheinlichkeit jedoch wesentlich erhöht. Insgesamt mussten bisher 58 „offensichtlich“ intoxikierte Personen abgewiesen werden. Gravierender ist aber noch das gesetzte Zugangskriterium, Menschen, die substituiert werden, den Zugang zum Konsumraum zu verwehren („erkennbar nicht mit Ersatzstoffen substituiert werden“). Insgesamt verlangten in den letzten 41 Monaten – trotz des Wissens um die Zugangskriterien - 563 Personen, die „erkennbar“ substituiert wurden, Zugang zum Konsumraum. Realität ist, dass einige Substituierte Beigebrauch – zumindest in der Anfangsphase einer Substitution – praktizieren. Der Beigebrauch verschiedenster Substanzen gehört im zeitintensiven und dynamischen Prozess eines auch selbstorganisierten Herauswachsens aus drogendominanter Lebenspraxis häufig dazu. Ein Beigebrauch sollte als die Ermöglichung eines kontrollierten Umgangs mit Substanzen im Prozess einer Selbstbemächtigung bei Aufklärung bestehender Risiken und nicht als ein Ausschlusskriterium verstanden werden.

Wie der Name schon sagt, handelt es sich hier um Beigebrauch und nicht um „Vollgebrauch“. Jeder Beigebrauch hat eine subjektsspezifische, psychosoziale Bedeutung, die es jenseits moralischer Diktionen gilt, gemeinsam im moderierenden Unterstützungsverlauf aufzuarbeiten. Erfahrung ist, dass Methadon oder andere Substitutionsmittel Medikamente sind und keine Ersatzstoffe für Heroin, da sie Heroin aufgrund fehlender Euphorieerzeugung eigentlich nicht ersetzen können. Jedenfalls lassen sich abgelehnte Substituierte und auch Benzodiazepingebrauchende (weiteres Ausschlusskriterium) nicht vom Konsum abhalten: Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf der Straße. Die Konsequen-

zen sind bekannt (öffentlich wahrnehmbarer Drogengebrauch, Spritzenfunde). Hier kann der Anspruch eines Drogenkonsumraums, Gesundheitsgefahren zu senken und Überlebenshilfe zu sichern, aufgrund der festgelegten Zugangskriterien nicht erfüllt werden. Die Zugangskriterien müssen dringend überarbeitet und geändert werden. Weiterhin bleiben Drogenkonsumenten auf das gestreckte und gepanschte Straßenheroin angewiesen. Das Problem bleibt: Kein Drogenkonsument weiß, was er konsumiert. Auf dem Schwarzmarkt erworbene Substanzen schwanken ständig hinsichtlich Zusammensetzung, Reinheitsgehalt, Wirkstoffkonzentration(en) und Verpanschungsgrad. Zudem ist eine Zunahme an Mischkonsum und Polytoxikomanie zu beobachten. Laut Rechtsverordnung des Landes NRW ist es uns verwehrt, Substanzenanalysen vor Ort vorzunehmen. Zudem sind viele drogenkonsumierende Menschen aufgrund ihrer langen Drogengebrauchskarriere körperlich schwer krank. Dies macht den Konsum unkalkulierbar und führt unweigerlich auch zu Drogennotfallsituationen. Insofern: Ein Drogenkonsumraum kann einen Drogentod nicht verhindern, sondern „nur“ die Rettungswahrscheinlichkeit erhöhen und drogengebrauchenden Menschen den Konsum unter hygienischen und medizinisch kontrollierten Bedingungen ermöglichen ohne die gesellschaftlichen Konsumbedingungen generell beeinflussen zu können.

### **Behandlungsbereitschaft wecken – Einstieg in den Ausstieg einleiten**

Insgesamt wurden innerhalb der bisherigen Öffnungszeit des Drogenkonsumraums 979 psychosoziale Beratungen unmittelbar im Drogenkonsumraum durchgeführt. 526 Weitervermittlungen in Substitution, Entzug, andere ärztliche Hilfen, andere soziale Versorgungssysteme, Sofort Hilfe und städtischer Drogenberatung konnten eingeleitet werden. Eine deutliche Zunahme insbesondere der Vermittlungstätigkeiten in Substitution ist darüber hinaus in den letzten Monaten festzustellen. Dies spricht für die erfolgreiche Umsetzung des integrativen Modells Konsumraum/Drogentherapeutische Ambulanz/Niedrigschwelligkeit. Der Anspruch „Behandlungsbereitschaft wecken, den Einstieg in den möglichen Ausstieg einzuleiten“, kann als erfüllt angesehen werden.

### **Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen reduzieren**

Nach Maßgabe der Rechtsverordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen des Landes NRW sind Verstöße gegen das BtMG, mit Ausnahme des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch - insbesondere Handel, Abgabe und Überlassung von Drogen -, verboten. Entsprechende Vorkommnisse müssen unverzüglich unterbunden und mit Hausverboten belegt werden. Regelmäßige Abstimmungsgespräche mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden im Rahmen der Ordnungspartnerschaft finden statt, um frühzeitig eventuelle Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und die Begehung von Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums zu verhindern sowie den niedrigschwelligen Zugang zum Drogenkonsumraum zu sichern. Diesbezügliche Vereinbarungen werden regelmäßig aktualisiert.

Die folgende mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden abgestimmte Hausordnung ist gut sichtbar im Drogenkonsumraum ausgehängt (auch in russischer Sprache):

- Der Handel, die Weitergabe und das Teilen von Drogen sind verboten
- Der Konsum von Drogen ist nur im Konsumraum erlaubt
- Keine Gewalt und Gewaltandrohung gegen Personen und Gegenstände
- Keine gemeinsame Verwendung einer Spritze
- Kein Teilen der Drogen von einem Löffel
- Keine Hehlerei
- Rauchen (außer „Folien rauchen“), Essen und Trinken ist verboten

Zuwiderhandlungen müssen mit Hausverboten bestraft werden. Jeder (e) Konsument(in) muss nach erfolgter Applikation für das Reinigen seines Platzes und für die Entsorgung der Gebrauchsutensilien sorgen. Injektionshilfen dürfen nicht geleistet werden. Ferner besteht ein Gebot des Eigenverbrauchs und der Nutzung bereitgestellter Utensilien. Werbung für den Drogenkonsumraum

muss unterlassen und nur zielgruppenspezifisches Informationsmaterial darf zur Verfügung gestellt werden (Safer-Use-Faltblätter).

Die Nutzungsfrequenz des Drogenkonsumraums muss beständig dokumentiert werden. Täglich müssen Daten zur Angebotsnutzung im Rahmen einer statistischen Aufbereitung erhoben und wöchentlich an die Landeskoordination Integration NRW geschickt werden. Monatlich erfolgt auf der Grundlage dieser Daten ein zusammenfassender Lagebericht für die städtische Ordnungspartnerschaft.

Darüber hinaus wird täglich neben dem DTA-Info-Buch ein Konsumraum-Info-Buch geführt, in dem alle Vorkommnisse, Besonderheiten, Mitarbeitererfahrungen protokolliert festgehalten werden. Dieses Konsumraum-Info-Buch dient neben der teambezogenen Aufarbeitung von Alltagserfahrungen auch dazu, bestimmte (mögliche) Auswirkungen auf das soziale Umfeld unserer Einrichtung sowie besondere Vorkommnisse zu dokumentieren (Beeinträchtigungen Dritter, Szenebildung vor dem Eingangsbereich, Störung der öffentlichen Ordnung im Umfeld der Einrichtung, Polizeipräsenz im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung etc.).

Durch das umfassende Spritzenaustauschprogramm nebst täglicher mobiler Spritzenentsorgung im öffentlichen Raum werden wöchentlich ca. 3800 gebrauchte Spritzen sachgerecht entsorgt und finden sich demzufolge nicht in der Öffentlichkeit wieder. Zudem fanden bisher – wie bereits gesagt – 45.532 Konsumvorgänge im Konsumraum statt, die auch nicht im öffentlichen Raum praktiziert wurden. Zudem werden Safer-Use-Faltblätter auch in russischer Sprache verteilt, die Anleitungen, Aufklärungen und Vermittlungen über HIV- und Hepatitis-präventive Botschaften, Safer-Use und Safer-Sex Strategien wie Risiken beim Needle-Sharing, Drogen-Teilen aus einer Spritze und Risiken sexueller Übertragungen beinhalten (Infektionsprophylaxe). All diese Maßnahmen tragen dazu bei, Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren. Das ordnungspolitisch motivierte Ziel wird also erreicht. Konsumräume sind insofern auch Teil drogenpolitischer Regulierungsmaßnahmen, ein besonders sichtbares „soziales und risikoreiches Problem“ zu managen, d.h. den Drogenkonsumenten und den Konsumakt möglichst unsichtbar zu machen, um den gefürchteten öffentlichen Problemdruck zu reduzieren. Konsumräume dienen somit auch der sozialen Ausschließung bei gleichzeitiger „harm reduction“ im Sinne sozialräumli-

cher Verdrängungsstrategien.

Auch die prekäre Rechtsituation bleibt durch das vorherrschende Legalitätsprinzip weiterhin bestehen: Es gibt „tolerierete“ Räume durch Änderung im Betäubungsmittelgesetz (§ 10a) und länderspezifische Rechtsverordnungen; dies gilt aber „draußen“ und in anderen Einrichtungen wie Notschlafstellen (§11) nicht mehr. Hier muss weiterhin strafverfolgt werden. Ohne gesetzliche Änderungen und Klarstellungen bleibt das so geschaffene System sehr fragil und hängt entscheidend von der regional bestimmten, „guten“ Kooperation in den sog. Ordnungspartnerschaften ab. Dies betrifft insbesondere auch regionale Auslegungen im Rahmen der jeweiligen Vereinbarungen zwischen den Trägern von Konsumräumen und den Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden hinsichtlich stark sanktionierter oder relativ offener Zugangskriterien wie Ausschluss von auswärtigen Konsumenten, Identifikationskontrollen, Überwachungsmaßnahmen etc. Auch sorgt der immer noch bestehende § 29 Abs. 1, Nr. 10 und 11 BtMG (Verschaffung und Gewährung einer Gelegenheit zum unbefugten Gebrauch) für Rechtsunsicherheit insbesondere im integrierten niedrigschwelligen Drogenarbeitsbereich (siehe Bielefeld und Bochum) und führt zu Verunsicherungen aufseiten der Mitarbeiterinnen.

Im Rahmen der Drogenhilfe lässt es sich niemals vermeiden, dass Nutzer/innen entsprechender Einrichtungen Straftaten nach dem BtMG begehen, in dem sie beispielsweise illegalisierte Substanzen besitzen (sonst könnten sie ja nicht konsumieren) und im Umfeld der Drogenszene und der Einrichtungen Drogenvermittlungsgeschäfte tätigen.

Die Bundesdrogenpolitik hat es versäumt, hier eindeutig rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die Rechtssicherheit für Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen niedrigschwelliger Drogenhilfe und für die Strafverfolgungsbehörden gewährleisten. Obwohl im Abschlussbericht der Drogen- und Suchtkommission vom Juni 2002 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung festgestellt wird: „Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren aus politischen Erwägungen mit den §§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10,11 und 12 BtMG besondere Tatbestandsformen der Beihilfe zum Konsum geschaffen und mit Strafe bedroht, obwohl von Seiten der Strafverfolgung hier kein Bedürfnis bestand. So zeigen denn auch Statistiken der Strafverfolgungsbehörden, dass diese Vorschriften nicht zu Verurteilungen führen, aber von den politischen Parteien bei der Bewertung

von Drogenhilfe und Therapiemaßnahmen häufig zitiert werden. Die Lösung der Probleme wäre deshalb eine ersatzlose Streichung dieser Vorschriften“ (Drogen- und Suchtkommission, Abschlussbericht 2002, S. 31).

Das Betäubungsmittelgesetz wäre dahingehend zu ändern, dass ähnlich wie bei Spritzenaustauschprogrammen und Drogenkonsumräumen die Überlebenshilfen im niedrighwelligen Drogenarbeitsbereich kein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz beinhalten. Konkret bedeutet dies als erster Schritt die Streichung des § 29.1.(10) BtMG, so wie es die Drogen- und Suchtkommission fordert. Zumindest wäre aber die Ergänzung des Paragraphen 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 durch folgenden Satz zwingend: „Dies gilt nicht für Mitarbeiter/innen im Rahmen staatlich geförderter Drogenhilfeangebote“.

Ferner wäre die Forderung im „Drogen- und Suchtbericht 2003“ der Bundesdrogenbeauftragten nach einer Prädominanzklausel im Betäubungsmittelgesetz umzusetzen, d.h. die vorrangige Berücksichtigung der Gesundheits- und Drogenhilfe vor repressiven Maßnahmen im Konfliktfall.

## **Fazit**

Insgesamt kann aufgrund unserer Erfahrungen festgehalten werden, dass die von der Konzeption anvisierte Zielgruppe der Konsumenten aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene erreicht wird. Die Leistungen, die in den Zielvorgaben des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.2000 und in der Rechtsverordnung des Landes NRW zur Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26.9.2000 genannt werden, werden deutlich erfüllt: Neben der Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation reduzieren die vorgehaltenen Leistungsangebote Infektionsrisiken beim intravenösen Gebrauch, gewährleisten sofortige Hilfe bei Überdosierungen und anderen Drogennotfallsituationen, vermitteln Safer-Use und Safer-Sex-Techniken, gewähren medizinische Hilfen bei kleineren Wundversorgungen und Abszessbehandlungen, leiten allgemeine gesundheitspräventive Maßnahmen ein, bieten intermittierende Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) an und vermitteln in weiterführende suchttherapeutische Hilfen. Ein Einstieg in den möglichen Ausstieg aus der Sucht wird somit ermöglicht und eine Reduzie-

rung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (achtloses Wegwerfen gebrauchter Spritzen und anderer Gebrauchsutensilien, öffentliches Konsumgeschehen) bewirkt.

Die befürchteten Auswirkungen wie Szenebildung vor dem Eingangsbereich, Störung und Belastung der Öffentlichkeit im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung, Drogenhandel im Konsumraum, Sogwirkung sind aufgrund der fachlichen Arbeit und Kontrolldichte bisher in Münster jedenfalls nicht eingetreten.

Das integrative Modell Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum ist als ein sozialraumbezogenes, niedrighwelliges und gesundheitspräventives Angebot zur Schadensminimierung und Überlebenshilfe im Kontext der Vernetzung der gesamten Drogenhilfe in Münster anzusehen. Im Konsumraum werden die Konsumbedingungen relativ sicher und hygienisch gestaltet, die Rettungswahrscheinlichkeit bei Überdosierungen und Mischintoxikationen erhöht und Infektionsprophylaxe ermöglicht. Eine Problemmassierung in der Öffentlichkeit (offenes Konsumgeschehen, Spritzenfunde) konnte gemindert werden. Jedoch muss auch deutlich hervorgehoben werden, dass der bürokratische Arbeits- und Kontrollaufwand neben der psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiterinnen enorm hoch ist. Hier flexibilisieren wir die Arbeit und praktizieren – wenn möglich – das „Rotationsprinzip“.

Die Wirklichkeit von Harm Reduction zeigt aber auch, dass das gesellschaftlich produzierte „Drogenproblem“ durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen nicht gelöst werden kann. Weder kann ein Drogentod aufgrund der weiterhin bestehenden Illegalität der Drogenbeschaffung (Verpanschung, Verstreckung der Substanzen) vermieden, die öffentlich sichtbare Drogenszene zum Verschwinden gebracht, noch die Beschaffungskriminalität eingedämmt werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es auch mit einer Ausweitung der Konsumraumnutzungsmöglichkeit im Sinne einer „Rund-Um-Betreuung“ nicht gelingen kann, alle öffentlich konsumierenden Drogenabhängigen jederzeit zu erreichen. Konsumräume sind ein freiwillig zu nutzendes Angebot. Sie stellen nur einen Baustein im Rahmen umfassender und differenzierter Hilfeangebote zur Gesundheitsförderung, Überlebenshilfe und Schadensminimierung dar.



Die Realität ist jedoch: Aufgrund der Illegalität weiterhin hohes Mortalitätsrisiko bei den Konsumenten durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, polyvalente Drogengebrauchsmuster und Polytoxikomanie, Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck sowie Infizierungsmöglichkeiten mit Hepatitis C und HIV (ca. 70% mit Hepatitis C infizierte Drogenabhängige). Nüchtern betrachtet tragen der Drogenkonsumraum sowie das Angebot der Drogentherapeutischen Ambulanz zur Minimierung der gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden des meist intravenösen Drogengebrauchs (Überlebenshilfe, Gesundheitsschutz, Infektionsprophylaxe) bei, sie dienen der gesundheitlichen und sozialen Basisversorgung. Hier ist sicherlich Einiges erreicht worden. Mehr kann jedoch nicht erwartet werden. Drogenkonsumräume sollten zudem nicht Teil sozialräumlicher Verdrängungsstrategien im Sinne weiterer sozialer Ausgrenzung drogenkonsumierender Mitbürgerinnen werden.

#### **Literatur:**

BMGS: Pressemitteilung Nr. 25. 16.9.02

Drittes Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.00. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2000 Teil I Nr. 13 vom 31.3.00

Drogen- und Suchtkommission: Abschlussbericht 2002. Berlin 2003

Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin 2004

Indro e.V.: Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum. Jahresbericht 2003. Münster 2004

MGSFF NRW: Zusammenfassung der Zwischenergebnisse zur Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW. Düsseldorf 2002

MGSFF NRW: Zusammenfassung der 4. Zwischenergebnisse zur Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW. Düsseldorf 2004

Schneider,W.: Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen. In: Schneider,W./Gerlach,R. (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter

Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin 2004 a

Schneider,W.: Schadensbegrenzung in Drogenkonsumräumen. Ein kritischer Erfahrungsbericht am Beispiel Münster. In: Schneider,W./Gerlach,R.: DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin 2004b

Springer,A.: Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien 2004

Stöver,H.: Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik 2/2001, S. 3 – 1

Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26.9.2000 (Rechtsverordnung NRW)

ZEUS GmbH: Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 2002

Zurhold,H./Kreutzfeldt,N./Degwitz,P./Vertheim,U.: Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten. Lambertus Verlag. Freiburg 2001

#### **Kontaktadresse des Autors/Author's contact details:**

Dr. Wolfgang Schneider  
INDRO e.V.  
Bremer Platz 18-20  
D-48155 Münster  
Germany  
Email: [indroev@t-online.de](mailto:indroev@t-online.de)

---

\*Veröffentlicht/Published: 1. Dezember 2004/  
December 1, 2004

Eingereicht/Received: 15. Oktober 2004/  
October 15, 2004

Angenommen/Accepted: 1. November 2004/  
November 1, 2004