

Jahresbericht 2007

Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum

Integrative Angebote niedrigschwelliger,
szenenaher- und schadensminimierender Drogenhilfe

Konzeption, Leistungsbeschreibung, Nutzungserhebung und
Dokumentation

**INDRO e.V.
Münster, Februar 2008**

Drogentherapeutische
Ambulanz (DTA)
und
Konsumraum

Jahresbericht 2007

INDRO e.V.
Bremer Platz 18 - 20
48155 Münster
Tel. 0251/60123
Fax: 0251/666580
E-Mail: INDROeV@t-online.de
Internet: www.indro-online.de

Konzeption, Zielbestimmung und Angebotsstruktur

Am 1.1.1999 wurde das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum beim INDRO e.V. um das Angebot einer Drogentherapeutischen Ambulanz ergänzt. Nach den Umbauarbeiten erfolgte die offizielle Eröffnung der Drogentherapeutischen Ambulanz am 16.4.1999. Am 10.4.01 wurde nun das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum durch den ersten Drogenkonsumraum mit offizieller Betriebserlaubnis in NRW erweitert. Gefördert wird die gesamte Einrichtung vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW und der Stadt Münster als Kooperationsprojekt im Rahmen der Vernetzungsstruktur der Drogenhilfe in Münster.

Zielbestimmung eines niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums ist es, 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 drogenbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen unterstützend bereitzustellen. Medizinische Akutversorgungen, hygienisch-kontrollierte Konsummöglichkeiten und Gesundheitsprävention sowie integrative Versorgungs- und soziale Beratungs- und Betreuungsleistungen sind hierbei die zentralen Bausteine.

Folgende **Zielhierarchie** liegt einer schadensminimierenden und gesundheitspräventiven Drogenhilfe zugrunde:

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

Niedrigschwelligkeit als Zugangsmethode bedeutet, dass so wenig Hemmschwellen wie möglich drogenabhängige Menschen von der Hilfsangebotsnutzung ausschließen sollen. **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit** als inhaltlicher Arbeitsbezug - so wie wir sie verstehen – richtet sich weiterführend an folgende **Leitbilder** (verstanden als qualitative Orientierungsstandards) aus:

- Akzeptanz von drogengebrauchenden Menschen als mündige, zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie mit und ohne Drogengebrauch;
- Wahrung und Schutz der Menschenwürde;
- Anonymität und Freiwilligkeit;
- Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Gebrauchenden;

- Verzicht auf den helfenden Appell zur sofortigen Verhaltensänderung und auf übermäßige, von außen gesetzte Strukturierung des Kontaktverlaufes;
- Akzeptanz von Drogengebrauchenden als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung (Vermeidung einer defizitbezogenen Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit);
- Verzicht auf eine pädagogisch-instruktive Interaktion („Du sollst das wollen“), auf Instrumentalisierung und Vermeidung eines sozialpädagogischen Opportunismus;
- Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;
- Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils im Sinne von Unterstützung und Förderung vorhandener Selbststeuerungskompetenzen und Selbstorganisation;
- Fachliches Verständnis der bipolaren Berufsrolle (Kontrolle/Vertrauen);
- Fachliche Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz sowie Verzicht auf helferische Verantwortungsübernahme (vgl.: Schneider 2001, 2005; Schneider/Stöver 2005; INDRO e.V. 2004).

Die Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) mit integriertem Konsumraum orientiert sich nun am Grundsatz, dass auch Menschen, die illegalisierte Drogen konsumieren, Anspruch auf direkte, soziale und medizinische Hilfe haben. Damit soll im Rahmen des gesamten niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums des INDRO e.V. und in enger Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten und Versorgungsstrukturen der Stadt Münster der gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogenabhängigen entgegengewirkt werden. Folgende Angebote werden im Rahmen des **niedrigschwelligen Hilfezentrums** vorgehalten:

- Niedrigschwellige Drogenberatung und Kontaktladen
- Drogenkonsumraum
- Spritzentausch
- Ärztliche Akutversorgung
- Infektionsprophylaxe und Safer Use
- Mobile Spritzenentsorgung und risikominimierende Aufklärung für Anwohner und Konsumentinnen im Bahnhofsbereich
- Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose
- Psychosoziale Begleitung/Betreuung für Substituierte
- Aufsuchende, psychosoziale Begleitung/Betreuung von Migranten insbesondere Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten
- Szenenahe Frauenarbeit
- Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten

In der handlungspraktischen Umsetzung lässt sich unser **integrativer Drogenhilfeansatz** methodisch und inhaltlich durch

- Niedrigschwelligkeit (Zugangsmethode),
- Sozialraumbezug (Szenenähe, Organisation und Koordination verfügbarer Hilfenetze durch strukturiertes Case-Management, Lebensweltorientierung) und
- Akzeptanzorientierung und moderierendes Empowerment

charakterisieren.

Demzufolge geht es darum,

- Überleben zu sichern,

- Gesundheitsschäden zu reduzieren,
- Ausstiegswilligkeit zu wecken,
- weiterführende Hilfs- und Versorgungsangebote vorzuhalten.

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 länderspezifisch 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).

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 suchtherapeutischer Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und
4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren“.

Fassen wir die **Leistungskriterien und Zielbestimmungen** hinsichtlich der Drogen-therapeutischen Ambulanz mit integriertem Konsumraum im niedrigschwelligen Arbeitskontext für die Zielgruppe der langjährig und kompulsiv (zwanghaft und exzessiv) gebrauchenden Drogenabhängigen konkret zusammen:

- Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation von mitgeführten Drogen (Besitz zum Eigenverbrauch in geringer Menge: § 31a BtMG und § 6 Rechtsverordnung des Landes NRW);
- 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 Hilferessourcen (strukturiertes Case-Management);
- Sicherung des Überlebens von Drogenabhängigen;
- Einleitung des Einstiegs in den Ausstieg aus der Sucht;
- Vermittlung bei Nachfrage und auf Wunsch in weiterführende suchtherapeutische Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung als Hilfe „Just in Time“;

- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen).

Dass diese Zielbestimmungen auch wirksamkeitsbezogen erreicht werden, zeigen inzwischen verschiedene **wissenschaftliche Praxisbegleitstudien**: Die durch die Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker 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/Degwitz/Vertheim 2001).

Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung wird zusammenfassend festgestellt: „Drogenkonsumräume haben mit dazu beigetragen, dass Drogentodesfälle unter langjährigen Heroinabhängigen in den letzten Jahren reduziert werden konnten. Sie erleichtern den Kontakt mit dieser Gruppe und die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Außerdem tragen sie dazu bei, öffentliche Drogenszenen zurückzudrängen“ (Drogen- und Suchtbericht 2006, S. 95).

Unsere Arbeitsansatz einer **akzeptanz-, szenenahen- und zielgruppenbezogenen Drogenarbeit** orientiert sich an vorhandene Stärken und nicht an zugeschriebene Defizite drogengebrauchender Menschen in ihrem Lebensraum in einem möglichst verständigungsorientierten und moderierenden Dialog (Empowerment = Stärkung/Stützung der Selbstbemächtigung, Selbstwirksamkeit mit und ohne Drogen). **Empowerment** kann als prozessuale, moderierende Entwicklungsbegleitung im jeweiligen Sozial- und Handlungsraum von drogenabhängigen Menschen verstanden werden. Es beinhaltet Akzeptanzorientierung und Ressourcenvermittlung für diejenigen Menschen, die über einen unzureichenden Zugang zu Ressourcen verfügen. Durch diesen Arbeitsansatz der moderierenden Gestaltung eines „offenen“ und vertrauensbezogenen Handlungsrahmens werden drogengebrauchende Menschen nicht mehr als passiv der (jeweiligen) Abhängigkeit ausgeliefert, sozusagen als versklavt, als unmündige Objekte biographischer und drogaler Lebensentwicklung (Opferstatus) angesehen, sondern als Menschen, die aktiv ihr Verhalten steuern und auch verändern können (vgl. Schneider 2000, 2005).

Ausgehend vom Modell **sozialer Unterstützungsformen**, d.h. davon, dass es vor allem die subjektiven Wahrnehmungen sind, die Menschen zur Überzeugung kommen lassen, in einem bestimmten Sozialraum anerkannt, akzeptiert und gestützt zu werden, lassen sich unsere praxisrelevanten Arbeitsstandards folgendermaßen bestimmen:

- **Emotionale Unterstützung** (Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft, Offenheit, Vertrauen, Verständnis, Akzeptanz, Verschwiegenheit, Distanzfähigkeit und respektbezogene Grenzziehung)
- **Instrumentelle Unterstützung** (auf Wunsch sofortige Einleitung von Hilfsmaßnahmen wie Vermittlung in Entzug, Substitution, Therapie, weiterführende soziale Hilfen, Gesundheitsprävention, medizinische Hilfen durch moderierendes Case-Management)
- **Unterstützung durch Information** (zielgerichtete Vermittlung von Informationen im Rahmen von Safer-Use-Hinweisen, sachbezogene, gesundheitspräventive Auf-

klärung hinsichtlich der Gebrauchsrisiken, Infektionsprophylaxe, Spritzentausch etc.)

- **Unterstützung der Selbstbewertung** (offene und ehrliche Kommunikation ohne Verantwortungsübernahme und Überbetreuungstendenzen, z.B. durch Reflexionshilfen, den drogenkonsumierenden Menschen Rückmeldung über sich selbst und ihr Verhalten geben, Selbstverantwortlichkeiten verdeutlichen und ihnen somit helfen, sich besser einzuschätzen und selbstbestimmt aktiv zu werden).

Durch diesen integrativen Arbeitszusammenhang sind also **intermittierende Hilfen** bei Bedarf und auf Wunsch jederzeit („Just in Time“) abrufbar (Beratung, Krisenintervention, Entzugsplatzvermittlung, Substitutionsvermittlung, psychosoziale Betreuung, lebenspraktische Hilfen bis hin zur Therapievermittlung über die städtischen Drogenhilfe und anderen Hilfseinrichtungen). Dadurch wird die Hilfsqualität optimiert sowie bedarfsgerecht und effizient gestaltet. Darüber hinaus ist die aktive Teilnahme am „Runden Tisch“ im Rahmen der Ordnungspartnerschaft „Illegale Drogen“ und „Bahnhof“, im Koordinierungsausschuss Drogen, in der AG Drogenhilfe und im Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte des VTA (Verein zur Förderung der Therapie abhängig Erkrankter) obligatorisch. Dem integrativen, sozialraumbezogenen „Ambulanz - Konzept“ folgend orientieren sich unsere Arbeitsschwerpunkte auf die „Verzahnung“ des Kernbereichs einer moderierenden und entwicklungsbegleitenden Gesundheitsprävention als „indizierte Prävention“ mit direkt angeschlossenen „Möglichkeiten“ der Weitervermittlung in entsprechende Versorgungssysteme, also auf das Nebeneinander/Ineinandergreifen differenzierter Begleitungs-/Betreuungsaktivitäten (von Kurzkontakten, Kriseninterventionen und „lockerer“ Begleitung bis hin zu längerfristigen, psychosozialen Betreuungsverhältnissen beispielsweise im Rahmen betreuten Wohnens oder psychosozialer Betreuung).

Notfallplan und personale Sicherheitsregeln

Während des Betriebs des Drogenkonsumraums ist eine ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge, der Einhaltung der Hausregeln und des Allgemeinzustandes der Konsumentinnen durch in der Notfallversorgung geschultes Personal sichergestellt (Arzt, Rettungssanitäter). Darüber hinaus sind alle Mitarbeiterinnen beim INDRO e.V. in Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Drogennotfallsituationen medizinisch geschult und werden permanent nach den aktuellen Reanimations-Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) weitergebildet.

In Notfallsituationen wird ein sofortiger Kontakt mit dem Rettungsdienst/Notarzt (Rufnummer 112) hergestellt. Dieser ist in der Regel in 5 – 10 Minuten vor Ort. Die Ankunftszeiten von Rettungswagen und Notarzt werden notiert. Der Zugang zum Drogenkonsumraum ist für externe Rettungsdienste schnell und problemlos erreichbar.

Bei einer Notfallversorgung aufgrund von Mischintoxikationen (polyvalenter Gebrauch) oder zufälligen Überdosierungen hinsichtlich des immer schwankenden Reinheitsgehaltes der Szenedrogen kann medizinisch im Rahmen der Erstversorgung sofort reagiert werden: Beatmungshilfsmittel (wie Beatmungsmaske und Beatmungsbeutel), Hilfsmittel zum Freihalten der Atemwege (Guedel-, Wendl-Tubus), medizinische Geräte zur Kontrolle der Vitalfunktionen (Pulsoxymeter, Blutdruckmessgerät), sowie mehrere Notfallkoffer mit medizinischen Sauerstoffflaschen sind für die Notfallversorgung sofort verfügbar.

Insbesondere die sehr gute Kooperation mit dem Rettungsdienst der Berufsfeuerwehr Münster und den Notärzten des Universitätsklinikum Münster (UKM) sei an dieser Stelle hervorgehoben.

Bei einem Notfall wird die Tür zum Konsumbereich geschlossen, ein Mitarbeiter räumt den Eingangsbereich, schließt die Eingangstür, kontrolliert den Einlass in die Einrichtung und weist den ggf. alarmierten Rettungskräften den Weg.

ABLAUF DER MEDIZINISCHEN ERSTVERSORGUNG UND DES NOTFALLPLANS BEIM „LEICHTEN“ NOTFALL

leichter Notfall = Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) leicht gefährdet, leichte Überdosierungserscheinungen, keine Unterstützung durch den Rettungsdienst/Notarzt nötig, kein Transport ins Krankenhaus nötig

1. Erforderliche Schutzmaßnahmen ergreifen (Handschuhe anziehen, Spritze und Kanüle sichern und entsorgen, Eigenschutz beachten);
2. Bei erkannter Notfallsituation (Bewusstseinstörung /Bewusstlosigkeit, Atemstörung/Atemstillstand) die betroffene Person im Vorraum in die notwendige Behandlungsposition (Rückenlage, Seitenlage, sitzend) bringen;
3. Kontrolle der Vitalfunktionen (Atmung, Bewusstsein, Kreislauf). Bei Störungen der Vitalfunktionen Maßnahmen zur Sicherung der Vitalfunktionen durchführen (z.B. Traubenzuckergabe, stabile Seitenlage, Sauerstoffgabe, assistierte Beatmung ...);
4. Ist die betreffende Person wieder bei vollem Bewusstsein (benötigt keine unmittelbare medizinische Versorgung mehr) und ansprechbar, wird sie zur weiteren Beobachtung in den DTA-Bereich gebracht;
5. Der Konsumraumbetrieb wird wieder aufgenommen – Einlass von Konsumenten in den Raum ist wieder möglich;
6. Der Notfall wird im Notfallprotokoll und im Infobuch schriftlich dokumentiert.

Bei den „leichten“ Notfällen hat sich gezeigt, dass die Handlungsbedingungen (Personal, medizinische Ausstattung) zur Behandlung eines Drogennotfalls in der Einrichtung sehr gut funktionieren. Durch rechtzeitiges Reagieren des Konsumraumpersonals konnte 2007 in 95 Fällen eine Notfallprävention durchgeführt werden - so wurden „schwere“ Notfälle präventiv verhindert.

Falls der Gesundheitszustand bedenklich ist (Bewusstlosigkeit, Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand) greift der Drogennotfallplan „SCHWERER“ NOTFALL:

Schwerer Notfall = Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) lebensbedrohlich gefährdet, starke Überdosierungserscheinungen, Unterstützung durch den Rettungsdienst/Notarzt nötig, Transport ins Krankenhaus nötig

DROGENNOTFALLMANAGEMENT „SCHWERER“ NOTFALL

Helfer 1	Helfer 2	Helfer 3	Theke	Büro
Eigenschutz: Handschuhe, Kanüle sichern	Eigenschutz: Handschuhe, Kanüle sichern			
Bewußtseinskontrolle (Aas-Prinzip)	„Pulsoxymeter“ an Helfer 1 geben			
Puls-SpO2-Kontrolle (Pulsoxymeter) Bewusstseinszustand prüfen (blaue Lippen ?)	Bewusstseinszustand prüfen (blaue Lippen ?)			
„Zustand bedenklich!“ „Störung der Vitalfunktionen“	Vorbereitung: Rote Rettungsdecke + Beatmungsbeutel + Sauerstoffflasche			
„Notruf absetzen!“	Alarmknopf für Helfer 3 betätigen Notrufübermittlung an Büro	Eigenschutz: Handschuhe	Konsumraum schließen (Anmeldezettel wegräumen)	Notruf telefonisch absetzen (112)
Transport in Vorraum	Transportunterstützung	Konsumraum räumen	Rettungsweg freihalten	Rettungsweg freihalten
Umlagerung	Umlagerung	„Feuer aus lassen!“ Andere Konsumenten beobachten		Rettungsdienst einweisen auf der Straße
Mundraumkontrolle (ggf. Absaugen)	Pulsoxymeter anschließen	Unterstützung für Helfer 1 + 2		
Kopf überstrecken	Puls-SpO2-Kontrolle			

Helfer 1	Helfer 2	Helfer 3	Theke	Büro
Guedeltubus <ul style="list-style-type: none"> organisieren abmessen einlegen 	„Tubusalternative?“ <ul style="list-style-type: none"> Wendltubus aus Koffer Silikonspray am Waschbecken 		Vorraum freihalten	
Beatmungsbeutel aufsetzen (C-Griff)	Beatmungsbeutel anreichern + O2 anschließen (15 l/min einstellen)			
Beatmung: „21, 22, Luft, 21, 22 ...“	Doppelter C-Griff			
Puls-O2-Kontrolle	Pulsoxymeter zu Helfer 1 drehen			
Kreislaufkontrolle	Kreislaufkontrolle			
Beatmung (ggf. Kopfposition überprüfen, optimieren)	Kein Puls: Reanimation Herzdruckmassage 30 x (100 x /min) : 2 x Beatmen	Beginn der Beatmung bzw. Reanimation notieren		
Notarzt/Rettungsdienst informieren <ul style="list-style-type: none"> Substanz(en) Alkohol / Tabletten ? Vorerkrankungen (z. B. Infektionen !!!) Charakterbesonderheiten (z. B. Aggressivität) Name 	Informationen ergänzen		Rettungsdienst einweisen zum Konsumraum	Rettungsdienst einweisen zum Konsumraum Ankunftszeiten des Rettungsdienst notieren
Bei Antidot/ Naloxongabe (z.B. NARCANTI®): Verantwortung verweigern	Namen des Notarztes notieren → „Ärztliche Verantwortung!“ → auf Transport ins Krankenhaus bestehen			
Dokumentation (Notfallprotokoll – Info-Buch)	Einsatzbereitschaft herstellen (Material auffüllen)	Aufräumen	Aufräumen	

Für unser Personal im Konsumraum gelten zudem folgende **Sicherheitsregeln:**

- Für sämtliche Notfallsituationen gilt: Eigenschutz vor Hilfeleistung!
- Hepatitisimpfschutz ist Pflicht. Keine Arbeitstätigkeiten im Konsumraum, bei dem kein ausreichender Impfschutz gewährleistet ist.

- Auch minimale Verletzungen bzw. Kontaminationen sind unbedingt ernst zu nehmen und angemessen zu versorgen.
- Das jederzeit mögliche Eintreten einer Atemdepression oder eines Atemstillstandes im Konsumraum kann einen schnellstmöglichen Einsatz von medizinischem Sauerstoff notwendig machen. Da hochkomprimierter medizinischer Sauerstoff explosiv ist, gilt grundsätzlich absolutes Rauch- und Feuerverbot in unmittelbarer Nähe der medizinischen Sauerstoffversorgung. Zudem gilt absolutes Rauch- und Feuerverbot im gesamten Konsumraum beim Einsatz von medizinischem Sauerstoff während einer Notfallsituation.
- Jeder unmittelbare Kontakt durch das Personal zu benutzten Injektionsspritzen oder -nadeln ist zu vermeiden. Aufgefundene Spritzen und Nadeln sollten mit Hilfe der dafür vorgesehenen Greifzangen in den nächstmöglichen Spritzenentsorgungsbehälter befördert werden.
- Das ständige Mitführen von Einmalhandschuhen aus Nitril (z. B. in der Hosentasche) wird empfohlen. Passgenaue Handschuhe tragen!
- Jeder Handgriff an nicht vollständig und gut einsehbare Stellen ist zu vermeiden oder nur unter größtmöglichen Sicherheitsvorkehrungen im Hinblick auf eine potentielle Gefährdung durch Stichverletzungen durchzuführen (z. B. Tragen von Einmalhandschuhen aus Nitril, Herstellung maximal möglicher Einsehbarkeit, langsame und vorsichtige Bewegungen). Die Einsehbarkeit kann dabei aufgrund räumlicher Gegebenheiten (z. B. unter Heizkörpern), aufgrund funktionaler Gegebenheiten (z. B. Mülleimer) oder aufgrund situationaler Gegebenheiten (z. B. Jacken- und Hosentaschen eines bewusstlosen Notfallpatienten) eingeschränkt sein.
- Empfohlen wird die regelmäßige Übung des genauen Ablaufs der im Konsumraum aushängenden Schritt-für-Schritt-Anleitung für adäquates Verhalten nach einer Stichverletzung bzw. Augenkontamination.
- Alle Spritzen und Nadeln sind unmittelbar nach dem Konsumvorgang durch den jeweiligen Konsumenten selbst in die am Konsumplatz bereitstehenden, durchstichsicheren Spritzenabwurfbehälter zu entsorgen.
- Jeder Konsument reinigt seinen Konsumplatz unmittelbar nach dem Konsumvorgang selbst. Dabei ist der Einsatz eines Schnelldesinfektionsmittels auf alkoholischer Basis empfehlenswert, um eine möglichst effektive und schnelle Desinfektion zu gewährleisten.
- Bei sämtlichen Reinigungsarbeiten im unmittelbaren Konsumbereich sind Einmalhandschuhe aus Nitril zu tragen.
- Die jeweiligen Gebrauchsanweisungen und Dosierungsanleitungen der eingesetzten Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind genauestens zu beachten. In Zweifelsfällen ist der an der Duschräumtür aushängende Hygieneplan zu Rate zu ziehen.
- Nach Notfall- und medizinischen Behandlungssituationen sowie nach Beendigung von Reinigungs- und Desinfektionstätigkeiten gilt: Hände gründlich mit geeigneten Reinigungs- und Hautdesinfektionsmitteln unter Berücksichtigung typischer Problemzonen (z. B. Fingerzwischenräume, Daumen, Handgelenke) reinigen und desinfizieren, Papierhandtücher und Hautschutzsalbe nutzen.
- Eine konstant hohe Desinfektionsmittelkonzentration in der Atemluft kann z. B. zu Augenreizungen und Atemproblemen führen. Regelmäßiges Durchlüften des Konsumraums verringert die Konzentration von Desinfektionsmitteldämpfen in der Atemluft. Zudem wird die Konzentration vorhandener Viren und Bakterien, die durch sog. `Tröpfcheninfektion` über die Atemluft übertragen wer-

den (z. B. Grippeviren, Tuberkulosebakterien), verringert und somit einer möglichen Infektionserkrankung bei Personal und Konsumenten vorgebeugt.

- Das Rotationsverfahren - regelmäßiger Personalwechsel - gewährleistet eine stabile Aufmerksamkeit und Konzentration auf Seiten des Personals, der der Sicherheit des Personals und der Konsumenten zugute kommt. Übermüdung durch Daueranspannung erhöht die Gefahr von Arbeitsunfällen. (z. B. Stichverletzungen - und verringert die Einsatzleistung im konkreten Drogennotfall). Das Rotationsverfahren (Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge) und die permanente Weiterbildung sorgt zudem für eine breite Personalkompetenz im Erkennen und Bewältigen von Drogennotfällen.

Es ist bekannt, dass die gegebenen Konsumvoraussetzungen auch die Möglichkeit eines Drogennotfalls erhöhen. Durch wechselnde Qualität der Substanzen steigt das gesundheitliche Risiko und ist zudem durch die vielen Strecksubstanzen wie z.B. Koffein, zerstampfte Tabletten, Milchsüßholz, Talkum kaum kalkulierbar. Angst vor strafrechtlicher Verfolgung bestimmt darüber hinaus auch die Art und Weise des Konsums. Es ist ferner seit langem bekannt, dass aus Angst vor Entdeckung durch die Polizei in der Öffentlichkeit meist schnell, riskant und unhygienisch in Hauseingängen, öffentlichen Toiletten und in Gebüsch konsumiert wird. Dies begünstigt enorm das Entstehen von Drogennotfällen und weiterhin auch von Begleiterkrankungen wie Abszesse und Infektionskrankheiten. Besonders gefährlich ist jedoch der „erste Schuss“ nach einer Entzugs- oder Therapiebehandlung. Der Drogenkonsumraum ermöglicht hier **direkte Überlebenshilfe**, erhöht die **Rettungswahrscheinlichkeit** und bietet einen **Schutzraum** hinsichtlich der hygienischen und medizinisch kontrollierten Applikation von Drogen.

Safer-Use, Infektionsprophylaxe und Drogennotfalltrainings

Da der integrierte Drogenkonsumraum räumlich vom Drogenkontaktladen und der DTA getrennt ist, bietet er alle Voraussetzungen für eine hygienische Applikation von mitgebrachten Drogen. Die einzelnen Flächen bestehen aus abwaschbaren Materialien. Der Raum kann ständig belüftet und beleuchtet werden und ist jederzeit durch eine Scheibe einsehbar. Permanente Säuberung und tägliche Desinfektion ist obligatorisch. Der Drogenkonsumraum verfügt darüber hinaus über ausreichende sanitäre Anlagen. Eine sachgerechte Entsorgung der Gebrauchsutensilien ist sichergestellt.

Im Zusammenhang der Gesamtangebote werden kostenlos Kondome ausgegeben und steril verpackte Spritzen verschiedenster Fabrikate und Größen (u. a. auch filterintegrierte Spritzen zur Vermeidung des sog. „Filteraufkochens“) und Kanülen abgegeben sowie entsprechende Utensilien für eine hygienische Applikation wie destilliertes Wasser, Ascorbin, Alkoholtupfer, Löffel und Stericups, Filter, Pflaster, Desinfektionsmittel, Pflegesalben, Alufolie („Blech-Rauchen“) bereitgehalten (umfassendes Spritzentauschprogramm).

Insbesondere jedoch die „Praktik“ des sog. Filtersammelns und Filteraufkochens birgt große Infektionsgefahren. Filter werden bei der Aufbereitung von Heroin und Medikamenten auf dem Löffel benutzt, um nicht aufgelöstes Material wie Beimengungen möglichst von Nadel und Spritze fernzuhalten. Den Filtern wird irrigerweise ein Schutz vor Bakterien, Viren und Pilzsporen zugeschrieben, dazu taugen sie jedoch keineswegs. Extrem problematisch ist darüber hinaus die wiederholte Verwendung

ein und desselben Filters: „Gebrauchte Filter enthalten neben Verschmutzung auch geringe Rückstände an Heroin. Durch Verwahren und Wiederaufkochen meist mehrerer gebrauchter Filter kann ein weiterer Schuss zusammengespart werden. Das Aufkochen bedeutet keineswegs eine thermische Desinfektion, wie vielfach angenommen. Dafür reicht das kurze Erhitzen auf dem Löffel keinesfalls aus. Filter sind ein klassischer Übertragungsweg vieler Infektionen und mitverantwortlich für eine Reihe gesundheitlicher Probleme“ (Heudtlass et al 2005, S.136). Im Rahmen des Drogenkonsumraums leisten wir hier gezielte Aufklärungsarbeit über die Bedeutung der gesundheitlichen Vorteile der Benutzung der von uns vorgehaltenen filterintegrierten Spritzen, die übrigens auch nicht wiederverwendbar sind.

Der intravenöse Konsum ist eine äußerst riskante Gebrauchsmethode. Die gemeinsame Verwendung einer Spritze oder gar das Teilen der Droge von einem Löffel mit bereits benutzten Spritzen kann zur Übertragung von HIV und Hepatitis B und C führen. Dies wird im Drogenkonsumraum nicht geduldet und in Gesprächen und mit Hilfe von **Safer-Use-Faltblättern** auf diese riskante Gebrauchsmethode hingewiesen. Es erfolgt zudem keine aktive Unterstützung beim Drogengebrauch. Durch unsterile Spritzen, schmutzige Hände, verunreinigtes Wasser (etwa von der Bahnhofstoilette oder gar aus Wasserpfützen) und nicht desinfizierte Einstichstellen können Blutvergiftungen und Abszessbildungen ausgelöst werden. Fruchtfasern des möglicherweise verwandten Zitronensaftes oder Verunreinigungen des Heroins können darüber hinaus Thrombosen, Embolien, Herzkrankheiten, Venenentzündungen und Schüttelkrämpfe (der gefürchtete „Shake“) bewirken. Weiterhin kann durch die unbekannt hohe Konzentration des Heroins beispielsweise bei einem ungewohnt hohen Reinheitsgehalt Überdosierungen die Folge sein. Hier leisten wir gezielte gesundheitspräventive Aufklärungsarbeit durch medizinische Informationen zu den Risiken des intravenösen Gebrauchs von Drogen.

Ferner verteilen wir - sozusagen flächendeckend - Safer-Use-Faltblätter (auch in russischer und türkischer Sprache) mit zielgruppenspezifischen Hinweisen für eine risikoärmere Applikation. Außerdem haben wir Falblätter zu Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Risiken der intravenösen Einnahme von Tabletten durch deren Hilfsstoffe sowie zum Drogennotfall (Erkennen einer Überdosis und Vorgehen beim Auffinden einer überdosierten Person) entwickelt.

Die Gebrauchsform des **Folienrauchens** wird weiterhin stark praktiziert. Diese in den Niederlanden recht verbreitete Konsumform wird auch „chasing the dragon“ (den „Drachen jagen“) genannt. Dabei wird das Heroin auf einer Alufolie erhitzt. Das Heroin verflüssigt sich zu einer ölhaltigen Substanz und die nun entstehenden Dämpfe werden mit Hilfe eines Röhrchens inhaliert. Koffein verbessert die Verdampfung und je nachdem wie rein das Heroin ist, kann der Anteil des Heroins im Dampf sehr hoch sein. Zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Folien-Rauchens ist bisher leider wenig bekannt: Die Risiken sind jedoch geringer als beim intravenösen Gebrauch. Überdosierungen sind selten, da das Heroin direkt wirkt. Die Intensität wird vom Konsumierenden sofort gespürt, insofern können Überdosierungen relativ sicher vermieden werden. Das Inhalieren schädigt jedoch die Atemwege und bei einem schlechten gesundheitlichen Allgemeinzustand kann eine Lungenentzündung auftreten. Wir haben auf diese Applikationsform reagiert, geben im Rahmen des Spritzentauschangebotes vermehrt Alufolie aus und weisen im Zusammenhang eines Falblattes zum „Folierauchen“ und in Gesprächen auf diese risikoärmere Gebrauchsform, aber auch auf ihre durchaus vorhandenen Risiken hin. Durch die Einrichtung eines „Raucher-

raumes“ im Drogenkonsumraum ist dieser Gebrauchspraktik Rechnung getragen worden.

In 2007 wurden ferner Faltblätter zur „**Substitution und Schwangerschaft**“ und „**Schwangerschaft bei Drogenkonsumentinnen**“ (auch in russischer und türkischer Sprache) entwickelt und in die Safer-Use-Gespräche zielgerichtet bei Frauen eingesetzt. Immer wieder werden Mädchen und Frauen, die anschaffen, Opfer von Gewalt, oder sie infizieren sich mit Krankheiten wie HIV, Hepatitis oder Tripper. Vor allem Drogenkonsumentinnen, die auf dem Straßenstrich anschaffen, sind gefährdet. Hier wurde ein Flyer „**Safer Work**“ erarbeitet, der in Gesprächen mit betroffenen Frauen thematisiert wird. Er enthält zielgruppenspezifische Informationen zu mehr Sicherheit beim Anschaffen, über sexuell übertragbare Krankheiten, Hinweise zum Schutz vor entsprechenden Krankheiten und zu Hilfemöglichkeiten in der Stadt.

In 2006 und weiterführend in 2007 haben wir die **Hepatitisprävention** insbesondere das flächendeckende Bereitstellen entsprechender Prophylaxemaßnahmen wie steriles Spritzenbesteck, sterile Löffel zum Aufkochen, Vermittlung von Hygienemaßnahmen wie Hinweise zum Händewaschen intensiviert. Hinsichtlich einer langfristigen und nachhaltigen Hepatitisprävention ist die Thematisierung und Vermittlung folgender Inhalte als lebensweltnahe, zielgruppenbezogene, geschlechts-, kultur- und altersorientierte Präventionsbotschaften in stetiger Erneuerung von zentraler Bedeutung:

- Unterscheidungsmerkmale zwischen Hepatitis A, B und C verdeutlichen;
- Hepatitis A und B-Impfungsbereitschaft unterstützend fördern;
- Szenenahe Informationen zu Übertragungsrisiken bereitstellen;
- „Blutaufmerksamkeit“ fördern;
- Umsetzung im Szenealltag verdeutlichen;
- Alltagshygiene vermitteln;
- Hepatitis-Testung (serologische Statuserhebung) ermöglichen und
- Heilungsmöglichkeiten bei Hepatitis und Re-Infektionsmöglichkeiten verdeutlichen.

Wir haben hier neben der Erstellung eines szenenahen Faltblattes „Hepatitis“(auch in russischer und türkischer Sprache), mit allen relevanten Informationen zu den Infektionsrisiken und Schutzfaktoren einen individuellen „Fahrplan“ bei einer entsprechenden Impfbereitschaft mit Begleitservice zu den mit uns zusammenarbeitenden, niedergelassenen Ärzten entwickelt. Ferner wurden Safer-Use-Gespräche zu den Risiken einer Hepatitisinfektion unmittelbar im Konsumraum verstärkt.

Im Rahmen unserer Angebotspalette **schadensminimierender Maßnahmen** haben wir uns auch der Problematik der intravenösen Applikation von Substitutionsmitteln gewidmet. Die Praxiserfahrung zeigt und dies wurde durch eine von uns durchgeführte Befragung in der Drogenszene deutlich gestützt, dass es Substituierte gibt, die aus unterschiedlichsten Gründen (u.a. Nadelgeilheit, Kickherstellung) Substitutionsmittel intravenös konsumieren. Ferner sind in der offenen Drogenszene Menschen, die sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, aber dennoch risikoreich auf dem Schwarzmarkt erworbene Substitutionsmittel und/oder aufgekochte Benzodiazepine/Barbiturate spritzen, sei es als mögliche Ausweichdroge bei Heroinenpässen oder im Rahmen eines polyvalenten/polytoxikomanen Gebrauchsmusters. Ziel ist es hierbei, möglichst schnell eine intensive Rauschwirkung zu erleben. Ein entsprechendes Faltblatt zum Thema „**Methadon & Co – Substitutionsmittel spritzen**“ wurde ent-

wickelt und in Safer-Use-Gesprächen eingesetzt. Es enthält Informationen zu den spezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen der intravenösen Applikation von Substitutionsmitteln, zur Schwarzmarktproblematik, zu den extremen Gesundheitsgefahren, Infektionsmöglichkeiten, zum Mischkonsum, Überdosierungen und Hilfsmöglichkeiten.

In 2007 wurde erstmals ein **Drogennotfalltraining für Konsumierende** als weiteres Element einer Empowermentstrategie zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Derartige Trainings können als Bestandteil einer zielgruppenorientierten „Verbraucherberatung“ im Sinne der Minimierung von möglichen letalen Risiken der intravenösen Applikation von Substanzen wie Heroin angesehen werden. Ziele sind hierbei: Die Teilnehmer sollen zum einen eine lebensbedrohliche Überdosis oder Mischintoxikation als Notfall erkennen, zum anderen lebensrettende Sofortmaßnahmen in der Drogenszene und in privaten Lebensbereichen einüben. Im Rahmen des Kurses wurde praxisbezogen über die häufigsten Ursachen von Drogennotfallsituationen informiert und über besondere Risiken des intravenösen Drogenkonsums allgemein aufgeklärt. Das Erkennen von Risikofaktoren und das richtige Vorgehen beim Auffinden einer hilflosen Person standen im Mittelpunkt der praktischen Umsetzung zur schnellen Hilfe bei einem Drogennotfall. Ein weiteres wichtiges Ziel ist hierbei, dass sich die Teilnehmer sozusagen als Multiplikatoren in der Drogenszene betätigen und ihr erlerntes Wissen direkt „vor Ort“ einbringen. Erfolgreiche Drogennotfalltrainings haben einerseits die Erfahrungsbezogenheit „erlebter Drogennotfälle“ und andererseits die authentische „Betroffenenkompetenz“ von Szeneangehörigen für den jeweiligen Vermittlungserfolg in der Szene zu berücksichtigen. Folgende Module standen im Fokus des phasenspezifischen Drogennotfalltrainings:

- Erfahrungs- und Diskussionsrunde zum Thema „Drogennotfall“
- Vermittlung wesentlicher Lerninhalte mittels computerbasierter Präsentationen
- Einübung basaler lebensrettender Sofortmaßnahmen (wie Absetzen von Notrufen, Stabile Seitenlage, Beatmung, Reanimation, Maßnahmen zur Eigensicherung)

Die ersten Erfahrungen können als erfolgreich bewertet werden. An diesem ersten Drogennotfalltraining nahmen sechs Teilnehmer aus der öffentlichen Drogenszene teil. Diese Drogennotfalltrainings für Szeneangehörige sollen regelmäßig wiederholt werden.

Zugangskriterien, Hausordnung und Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten

Im Drogenkonsumraum dürfen 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 Nutzung des Drogenkonsumraums mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden sein könnte, dürfen laut Rechtsverordnung des Landes keinen Zugang erhalten. Die Mitarbeiterinnen von INDRO e.V. sind zudem angehalten, offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumentinnen keinen Zugang zum Drogenkonsumraum zu ermöglichen und auf andere Beratungs- und Hilfseinrichtungen hinzuweisen. Jugendlichen mit Drogenabhängigkeit und Konsumerfahrung wird der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Mitarbeiterinnen sich im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt haben. Die von den Nutzerinnen und Nutzern mitgeführten Betäubungsmittel werden einer Sichtkontrolle unterzogen.

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 werden von uns unverzüglich unterbunden und mit Hausverboten belegt. Regelmäßige Abstimmungsgespräche mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden im Rahmen der **Ordnungspartnerschaft „Drogen“** 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 niedrighschwelligigen Zugang zum Drogenkonsumraum zu sichern.

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

Zu widerhandlungen werden mit Hausverboten bestraft. Jeder (e) Konsument(in) sorgt nach erfolgter Applikation für das Reinigen seines Platzes und für die Entsorgung der Gebrauchsutensilien. Injektionshilfen werden nicht geleistet. Ferner besteht ein Gebot des Eigenverbrauchs und der Nutzung bereitgestellter Utensilien.

Werbung für den Drogenkonsumraum wird unterlassen und nur zielgruppenspezifisches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt (Safer-Use-Faltblätter).

Personal- und Öffnungszeiten

Die Arbeit im Drogenkonsumraum erfordert von den Mitarbeiterinnen ein hohes Maß an Professionalität und setzt verschiedene Fähigkeiten voraus: Verständnis für die Lebenssituation der Drogenkonsumentinnen, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz, Kenntnisse der einzelnen Substanzen und deren Wirkwei-

sen sowie Risiken, Fähigkeit zur Teamarbeit, Durchsetzungsvermögen, Autorität und Authentizität, die Fähigkeit, mit Stress-, Gewalt- und Notfallsituationen umgehen zu können und Flexibilität. Da die Arbeit im Drogenkonsumraum psychisch und auch physisch äußerst belastend ist, orientieren wir uns an die Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge (u.a. an das sog. Rotationsprinzip), d.h. alle Mitarbeiterinnen von INDRO e.V. werden flexibel und rotierend in die gesamten Arbeitszusammenhänge des INDRO e.V. einbezogen (vgl. ausführlich: unser entwicklungsbegleitendes und praxisintegratives Qualitäts-Sicherungs-Verfahren (EPQ), INDRO e.V. 2004). Im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz mit integriertem Konsumraum stehen uns z. Z. eine halbe Stelle Arzt, eine halbe Stelle Rettungssanitäter, 1½ Stellen Sozialpädagogen/Sozialarbeiter und geringe Honorarmittel für den flexiblen Einsatz medizinisch geschulten Personals (zwei Honorarstellen) zur Verfügung. Die ständige Anwesenheit von drei Mitarbeiterinnen im Drogenkonsumraum (Ausgabe-, Warte- und Konsumbereich) gemäß der Rechtsverordnung des Landes NRW ist gewährleistet. Im Drogenkonsumraum können - aufgrund der baulichen Enge und räumlichen Begrenztheit - vier Plätze (maximal sechs Plätze) zur intravenösen Applikation und ein Raucherplatz mit geschlossener Entlüftung zur Verfügung gestellt werden. Aus diesen Bedingungen und eingedenk der psychisch und physisch belastenden Arbeit sowie unserer begrenzten personellen und räumlichen Ausstattung werden - als Maximumkonzept - folgende Öffnungszeiten der Drogentherapeutischen Ambulanz mit integriertem Drogenkonsumraum vorgehalten:

Montag:

09.00 - 17.00 Uhr (DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

Dienstag:

09.00 - 17.00 Uhr (DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

Mittwoch:

09.00 - 17.00 Uhr (DTA)

10.00 - 13.00 Uhr (Frauenangebot mit Kinderbetreuung)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

Donnerstag:

09.00 - 17.00 Uhr (DTA)

10.00 – 13.00 Uhr (Frühstücksangebot)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

Freitag:

09.00 - 16.00 Uhr (DTA)

11.00 - 16.00 Uhr (Konsumraum)

Weiterhin ist unser **niedrigschwelliger Kontaktladen** mit allen Beratungs-, Hygiene- und Essensangeboten täglich (außer Mittwochs ab 13.00 Uhr) von 12.00 - 17.00 Uhr geöffnet. Umfassender Spritzenaustausch und Entsorgung im Verbund mit der täglichen mobilen Spritzenentsorgung im Stadtgebiet (Projekt MSE) runden die Angebotspalette ab. Samstags und sonntags erfolgt darüber hinaus die Betreuung des Spritzenautomaten.

Aufgrund der **Kürzung der Landesmittel** für die niedrigschwellige Drogenarbeit im April 2006 um ca. 40.000,00 Euro mussten wir eine halbe Stelle sowie zwei Honorarkräfte für das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum streichen. Dies bedeutet, dass

wir gezwungen waren, die Öffnungszeiten des Kontaktladens zu reduzieren. Die Konsequenzen sind: Minimierung intermittierender Hilfen und gesundheitspräventiver Maßnahmen wie Spritzentausch, Infektionsprophylaxe, Hygiene, Beratung und Betreuung sowie vermehrter Drogenkonsum in der Öffentlichkeit, mehr Spritzenfunde und eine „wahrnehmbare“ Zunahme der sichtbaren Drogenszene.

Qualitätssicherung

Im Rahmen des Arbeitsalltages wird neben der täglichen Datendokumentation ein Info-Buch geführt, in dem alle Besonderheiten, Auffälligkeiten, Themenschwerpunkte, Belastungen, Erfahrungen etc. festgehalten wurden. Hier geht es darum, neben der Erfassung „harter“ Daten zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz/Konsumraum „subjektive“ Daten aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Nutzerinnen im Handlungskontext sozialraumbezogener Drogenhilfe zu erfassen, um somit auch die „erlebnisorientierte Perspektive“ einzubeziehen: Die im Info-Buch aufgeführten Erlebnismomente werden zur Grundlage **fallbezogener Teambesprechungen**. Sie dienen somit der Aufarbeitung von Alltagsbelastungen und zum Ausloten spezifischer Bedürfnislagen unserer Besucher. Diese Kombination von praxisbezogener Datenerhebung mit der Fixierung „subjektiver“ Elemente der Erfahrungsverarbeitung erscheint uns dazu geeignet, die Mitarbeiterinnen- und Nutzerinnenperspektive im Sinne eines qualitätsbezogenen „Feed-Backs“ zu nutzen, um die Unterstützungsqualität zu sichern und um gerade im sensiblen, niedrighwelligen und akzeptanzorientierten Drogenarbeitsbereich Angebotsstrukturen eventuell zu modifizieren und darauf aufbauend bedarfsgerechte Unterstützungsmöglichkeiten weiterzuentwickeln und umzusetzen.

Die entsprechende Erkenntnis eines **praxisbezogenen Problems** führt über die teambezogene Problemanalyse zur Planung von Veränderungsmaßnahmen. Veränderungsmaßnahmen werden probeweise eingeführt, Zielerreichung und Auswirkungen der Maßnahme überprüft und teamabgestimmt in den Routineablauf integriert und somit als „Standard“ übernommen. Diese direkte teambezogene Abstimmung unmittelbar im Praxisalltag dient dazu, die Mitarbeiterinnenzufriedenheit und die Nutzerinnenzufriedenheit im Rahmen der gegebenen Strukturbedingungen zu gewährleisten und zu sichern. D.h. „Qualitätssicherung“ setzt sich hier unmittelbar in der **Dynamik des täglichen Miteinanders diskursiv** um.

Unser qualitatives „Qualitätssicherungsmodell“ lässt sich also als ein permanenter Bewertungs- und Veränderungsprozess im diskursiv-interaktiven Sinne begreifen und definiert so praxisbezogen und unmittelbar die gemeinsamen Gestaltungsmöglichkeiten. Da unsere Räumlichkeiten „offen“ sind, d.h. kein Mitarbeiter, keine Mitarbeiterin kann sich in ein eigenes Büro zurückziehen (weil es keine gibt), ist dieses kommunikative, interaktive Verfahren neben der Flexibilisierung/Rotation der Arbeitsvollzüge die „conditio sine qua non“ unseres integrativen Arbeitszusammenhanges.

Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge heißt, dass alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in alle Arbeitsbereiche einbezogen werden, so dass es keine Arbeitsabgrenzung und Isolierung gibt. Dies hat zu einer Minimierung der psychischen und physischen Belastung geführt und die Arbeitszufriedenheit wesentlich erhöht (keine Mitarbeiterinnenfluktuation). Wichtiger Nebeneffekt einer Arbeitsflexibilisierung: Es gibt keine Wartezeiten für drogengebrauchende Menschen, die kontaktorientierte, situationsbezogene und sofortige Hilfe und Unterstützung benötigen. Unser qualitativ und unmittel-

telbar praxisbezogenes Qualitätssicherungsverfahren wird abgerundet durch wöchentliche Team- und Organisationsbesprechungen, interne und externe Qualitätszirkelsitzungen (Praxisreflexion), Weiterbildungsangebote durch regelmäßige **Deeskalations- und Drogenotfallstrainings** und durch das monatlich tagende Gremium der sog. „Projektsicherungsgruppe“. Hier laufen sozusagen die Fäden zur Optimierung und Weiterentwicklung der Praxisausgestaltung zusammen. Unser Verfahren ist als ein kontinuierlicher Prozess und als integraler Bestandteil der täglichen Arbeit angelegt und organisiert. „Evaluation“ ist dann nicht mehr etwas, das periodisch als Praxisbegleitforschung extern organisiert und in die jeweilige Einrichtung hineingetragen wird, sondern ist wie der Arbeitszusammenhang selbst integrativ und dynamisch. Eine externe, quantitative Evaluation wäre finanziell sowie personell auch nicht zu stemmen, da wir nur eine ausschließlich verwendungsbezogene Projektförderung erhalten (zusammenfassend zur entwicklungsbegleitenden und praxisintegrativen Qualitäts-Sicherung (EPQ): INDRO e.V. 2004). Das externe Controlling wird regelmäßig durch die Bezirksregierung und das Gesundheitsamt der Stadt Münster durchgeführt.

Weiterhin ist auch die Teilnahme am **bundesweiten Konsumraumbetreiber-Treffen** sowie an der **AG Drogenkonsumräume in NRW**, die vom Indro e.V. organisiert wird, zur diskursiven Erfahrungsaufarbeitung und gemeinsamen Abstimmung von notwendigen Innovationen obligatorisch.

Ende 2007 wurde wieder eine **Erhebung zur Erfassung der Zufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen** des Drogenkonsumraums durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es insbesondere herauszufinden, wie drogenabhängige Menschen das Angebot von Konsummöglichkeiten unter hygienisch und medizinisch kontrollierten Bedingungen sowie ohne Verfolgungsstress beurteilen und die Option einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Unterstützungshilfen bewerten. Die Ergebnisse sollten dazu dienen, die Prozess- und Leistungsqualität des Drogenkonsumraums als wesentlicher Bestandteil unseres niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums zu erfassen und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Die **Ergebnisse der Befragung** zeigen, dass der Konsumraum hauptsächlich auch von älteren und langjährigen Drogenabhängigen (zwischen 25-40 Jahre) mit 5 – 20-jähriger „Drogenkarriere“ und vor allem von Heroinkonsumenten genutzt wird. Die Mehrheit der Befragten (N= 50) bewerten die Hygiene („Außerdem ist es hygienischer als in irgendwelchen WC`s“), die Notfallversorgung/Hilfe bei Überdosierungen („Weil ich dort ausreichend versorgt und sicher bin. Sollte was passieren ist sofort jemand da“. „Ich finde es klasse, dass es Leute gibt, die den Konsum im Auge haben und da sind, wenn man eine Überdosis ballert sind die Betreuer zur Hilfe“), die Anonymität und Diskretion („Wenn man an der Platte ballern will oder tut, ist man immer im Blickfeld der dortigen Anwohner und der Straße. Daher finde ich es besser im Konsumraum, weil man z.B. Kindern gesehen wird und das muss ja wirklich nicht sein“; „Damit ich nicht in der Öffentlichkeit konsumieren muss“), den geringen polizeilichen Verfolgungsdruck („Weil ich mich hier sicher fühle und keine Angst vor der Polizei haben muss“), die Schutzraumfunktion („warm und kein Wind“; „Man hat Ruhe, muss nicht Angst haben, das man überrascht wird, wie auf öffentlichen Toiletten“) sowie die medizinische und soziale Unterstützung im Konsumraum („Weil man in Krisensituationen Ansprechpartner oder eine Anlaufstelle hat“) als sehr positiv.

Die Erreichbarkeit des Drogenkonsumraums (Nähe zur Drogenszene) wird von vielen Interviewten als besonders vorteilhaft beurteilt und selbst die Hausregeln (kein Drogenhandel, kein Drogen-Teilen, keine Gewalt, kein Austausch gebrauchter Spritzen etc.) werden von der Mehrheit als notwendig und sinnvoll bewertet. Einige weisen jedoch darauf hin, dass die Zugangsregelung, „erkannte Substituierte“ von der Konsumraumnutzung auszuschließen, geändert werden müsste. Exemplarisch: „Man sollte auch wenn man substituiert ist in den Konsumraum dürfen, denn die meisten Leute die gestorben sind, sind tot, weil sie nicht im Konsumraum konsumieren durften“. Außerdem sollte Hilfe beim Konsum gestattet werden („Wenn jemand alleine beim Spritzen nicht klar kommt, dass andere helfen dürfen“). Ferner wünschen sich viele Konsumenten eine **Ausweitung der Öffnungszeiten** insbesondere auch eine Öffnung am Wochenende sowie **mehr Konsumplätze für Heroinraucher**. Einige beklagten auch die räumliche Enge und die sterile Atmosphäre im Konsumraum.

Eine **Bewertung nach Noten 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft/ungenügend)** durch die Befragten ergab folgendes Bild:

Sauberkeit/Hygiene im Konsumraum

1	2	3	4	5
18	20	5	4	

Medizinische Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
26	18	3	1	

Soziale Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
22	19	2	0	1

Öffnungszeiten des Konsumraums

1	2	3	4	5
3	9	13	18	6

Hausregeln im Konsumraum

1	2	3	4	5
19	19	9	2	

Erreichbarkeit des Konsumraums

1	2	3	4	5
16	15	11	3	4

(N= 50; fehlende Personen = keine Angaben)

An Angeboten, die neben dem Konsumraum intensiv genutzt werden, wurden Kontaktladen (42 Befragte), Spritzentausch (35 Befragte), Beratung und Vermittlung in andere städtische Versorgungssysteme (29 Befragte), medizinische Versorgung (18 Befragte) und Körper- und Waschygiene (6 Befragte) genannt.

Hinsichtlich der Fragestellung, ob sich das **Konsumverhalten** durch die Nutzung des Drogenkonsumraums verändert habe, gaben die meisten Interviewten an, inzwischen mehr auf Sauberkeit/Hygiene zu achten (38 Interviewte), mehr über Infektionsprophylaxe nachzudenken und auch diesbezügliche Vermeidungsstrategien zu entwickeln (37 Interviewte), sich mehr Zeit beim Konsum zu lassen (34 Interviewte), sensibler mit Blut umzugehen (31 Interviewte), im Konsumraum und nicht auf der Straße zu konsumieren (29 Interviewte), die Wunden/Abszesse früher behandeln zu lassen (28 Interviewte), häufiger Spritzen zu tauschen als früher (23 Interviewte). Exemplarische Kommentare: „Ich benutze keine Nadel mehr mehrmals“, „Rauche und spritze weniger als früher“, „Bin froh, einen solchen Ruheraum zu haben“, „Konsumiere nur, weil ich selber es möchte“, „Es wird weniger konsumiert mit gebrauchten Spritzen“, „Ich lasse meine Abszesse und Wunden früher behandeln“. Auf die Frage, ob sie durch den Konsumraum mehr konsumieren als früher, antworteten 44 Befragte mit Nein. 24 Interviewte gaben an, durch den Konsumraum weniger zu konsumieren als früher. Dies zeigt, dass ein Konsumraum nicht zu der häufig befürchteten Zunahme des Konsums führt.

Hinsichtlich der Frage, an welchen Orten sie außerhalb des Konsumraums Drogen konsumieren, antworten 38 Interviewte mit „zu Hause“, 23 Befragte „bei Freunden/Bekanntem“, 19 Interviewte „in der Öffentlichkeit“ und 4 Befragte „öffentliche WC´s“.

Da der Konsumraum eine besondere Bedeutung für Infektionsprophylaxe und Gesundheitsprävention hat, wurde auch danach gefragt, wie häufig die Konsumierenden in den letzten 30 Tagen Spritzen oder Spritzenutensilien wie Löffel, Filter, Wasser mit anderen gemeinsam benutzt haben. 2 Interviewte gaben an, eine Spritze gemeinsam getauscht zu haben. Löffel wurden von 9 Befragten, Filter von 3 Interviewten, Wasser von 10 und Ascorbin von 18 Befragten gemeinsam genutzt. 24 Interviewte erklärten, gar keine Gebrauchsutensilien gemeinsam zu benutzen.

Bei der Frage, wie häufig in den letzten 30 Tagen Drogen-Teilen aus einer Spritze praktiziert wurde, antworteten 49 Interviewte mit Nein. Aber hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung der eigenen Spritze, erklärten 19 Befragte, diese grundsätzlich nur einmal zu nutzen. 13 Interviewte antworteten „Manchmal zwei oder drei Mal“, 6 Befragte „Es kommt vor, dass ich eine Spritze häufiger als drei Mal nutze“.

Die Frage nach einer Hepatitis-Infektion wurde folgendermaßen beantwortet:

Hast Du.....

.....eine Hepatitis-B-Infektion? (Ja = 6 Nein = 31 Weiß Nicht = 5 Keine Antwort = 8)

.....eine Hepatitis-C-Infektion? (Ja = 22 Nein = 23 Weiß Nicht = 4 Keine Antwort = 1)

.....eine HIV-Infektion? (Ja = 1 Nein = 34 Weiß Nicht = 6 Keine Antwort = 9)

Es zeigt sich, dass die Aufklärungsarbeit zum Thema Hepatitis noch intensiviert werden muss. Die (vermutlich) falsche Sicherheit, mit der einige Konsumenten die mögliche Infektion mit Hepatitis C negieren, obwohl aufgrund von monatelangen Inkuba-

tionszeiten ein „Weiß Nicht“ der Realität angemessener wäre, verdeutlicht, dass weiterhin bedeutsame Infektionsrisiken für den Konsumenten selbst und für andere Gebraucher nicht wahrgenommen bzw. auch verdrängt werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser sicherlich nicht repräsentativen Untersuchung, dass die gesundheitspräventiven und sozialen Zielbestimmungen des Angebotes „Konsumraum/DTA“ erreicht werden und unterstützend auf die Entwicklung risikobewusster Gebrauchsmuster einwirken (Nutzung der Infektionsprophylaxe, Entwicklung und Einhaltung von Safer-Use-Strategien etc.) Insbesondere auch die zielgerichtete Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen zeigt: **Drogenkonsumräume sind aus der Sicht der Nutzerinnen wirksam!**

In einer ergänzenden Erhebung zur Nutzung des **Spritzentauschangebotes** im Monat November 2007 konnte festgestellt werden, dass wöchentlich ca. 2500 gebrauchte Spritzen getauscht und somit auch sachgerecht entsorgt wurden. Die Spritzen finden sich somit nicht im Umfeld der Einrichtung wider. Der öffentliche Raum wird dadurch weiter wesentlich entlastet (weniger Spritzenfunde, weniger offenes Konsumgeschehen etc.). Auch hier erweist sich das vorgehaltene Angebot als äußerst wirksam im Hinblick auf beobachtbare Effekte der Maßnahme.

Beide Erhebungen machen offensichtlich, dass die integrativen Angebote des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums die langjährigen Drogenabhängigen erreicht, in ihrer Vernetzung greifen und die mit den Leistungsangeboten **intendierten Effekte** eingetreten sind. Diese qualitätssichernden Erhebungen zur Überprüfung und Steuerung wirksamkeitsbezogener Effekte werden weiterhin regelmäßig durchgeführt.

Dokumentation und Ergebnissicherung

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

- Anzahl der Konsumvorgänge
- Geschlecht
- konsumierte Substanzen
- Altersgruppen
- Drogennotfälle
- medizinische und psychosoziale Hilfsleistungen
- Hausverbote
- Vermittlungen in weiterführende Versorgungssysteme
- besondere Vorkommnisse im und um den Konsumraum

Darüber hinaus wird täglich ein Info-Buch geführt, in dem alle Vorkommnisse, Besonderheiten insbesondere Drogennotfälle, Mitarbeiterinnenerfahrungen protokolliert festgehalten werden. Dieses Info-Buch dient neben der teambezogenen Aufarbeitung von Alltagserfahrungen (Praxisreflexion) 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 etc.).

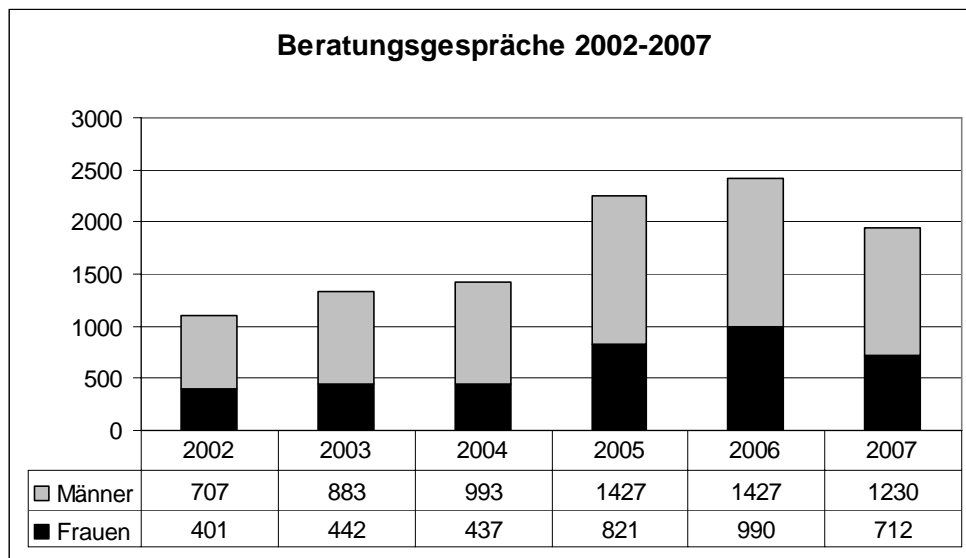
Die hier nun wiedergegebene statistische Aufbereitung der Angebotsnutzung bezieht sich auf die Konsumraumerhebung und auf unsere eigene, tägliche Datenerhebung zur Nutzung der Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA) nach folgenden Kriterien:

- Medizinische und soziale Beratungsgespräche
- Abszessbehandlungen
- Medizinische Versorgung wie Wundbehandlungen
- Gespräche über Safer-Use, Infektionsprophylaxe
- Kriseninterventionen
- Weitervermittlungen: Substitution, Entzug, Therapie, Arzt, Krankenhaus, weiterführende soziale Hilfen

Die folgende Datenpräsentation zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz beinhaltet eine „längsschnittliche“ Perspektive und wird in deskriptiv-vergleichender Darstellung über sechs Jahre (2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007) aufgearbeitet.

Daten zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz

Graphik 1: Beratungsgespräche 2002 - 2007



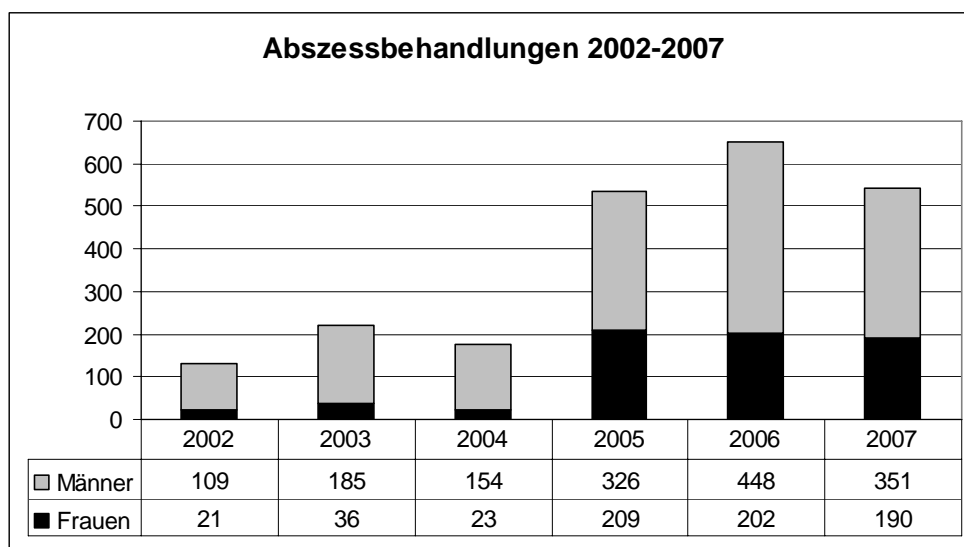
Graphik 1 zeigt die Anzahl der durchgeführten medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche im Vergleich der Jahre 2002 – 2007. Die Gesprächskontakte sind 2007 im Vergleich zu 2006 leicht gesunken. Insgesamt wurden 2007 1.942 (2002: 1.108; 2003: 1.325; 2004: 1.430; 2005: 2.248; 2006: 2.417) Beratungsgespräche

che durchgeführt. Das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum wird also über die Jahre gesehen permanent stark in Anspruch genommen, eine Nutzung dieser beratungsspezifischen Angebote hat sich beispielsweise im Vergleich zu 2002 fast verdoppelt. Besonders hervorzuheben ist, dass das Vertrauen der Besucher zum Arzt, zum Pflege- und sozialpädagogischen Betreuungspersonal stetig gewachsen ist.

Folgende Inhalte dominierten in den psychosozialen und medizinischen Beratungsgesprächen (abfallend gewichtet):

- Soziale Probleme
- Abszessvorbeugung und Abszessbehandlung
- Safer Use
- Hautprobleme
- Wundbehandlungen
- Blutdruck/Kreislauf
- Hepatitis und HIV
- Venenpflege
- Kopfschmerzen
- Magenprobleme
- Gynäkologische Probleme (Pilzkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft etc.)

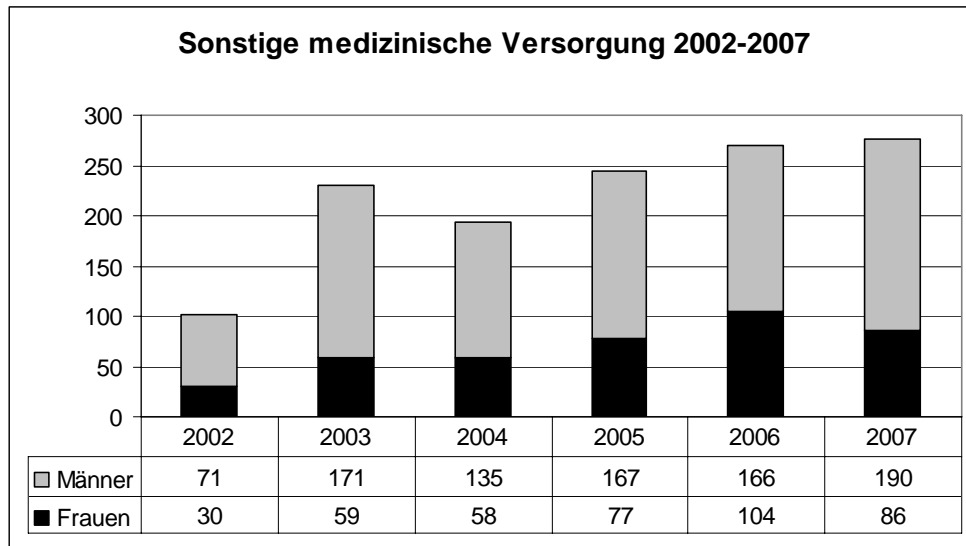
Graphik 2: Abszessbehandlungen 2002 – 2007



Graphik 2 verdeutlicht die medizinische Inanspruchnahme im Hinblick auf Abszessbehandlungen im Vergleich der Jahre 2002 – 2007. Insgesamt wurden 2007 541 Abszessbehandlungen (2005 535; 2006 650 Behandlungen) im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz durchgeführt (bei 190 Frauen und 351 Männern). Im Vergleich zu 2006 ist ein leichter Rückgang festzustellen. Diese insgesamt gesehen jedoch hohe Anzahl an Abszessbehandlungen verdeutlicht die inzwischen große Akzeptanz der Einrichtung bei drogenabhängigen Menschen und zeigt somit die intensive Nutzung der Leistungsangebote unseres gesamten niedrigschwelligen Drogen-

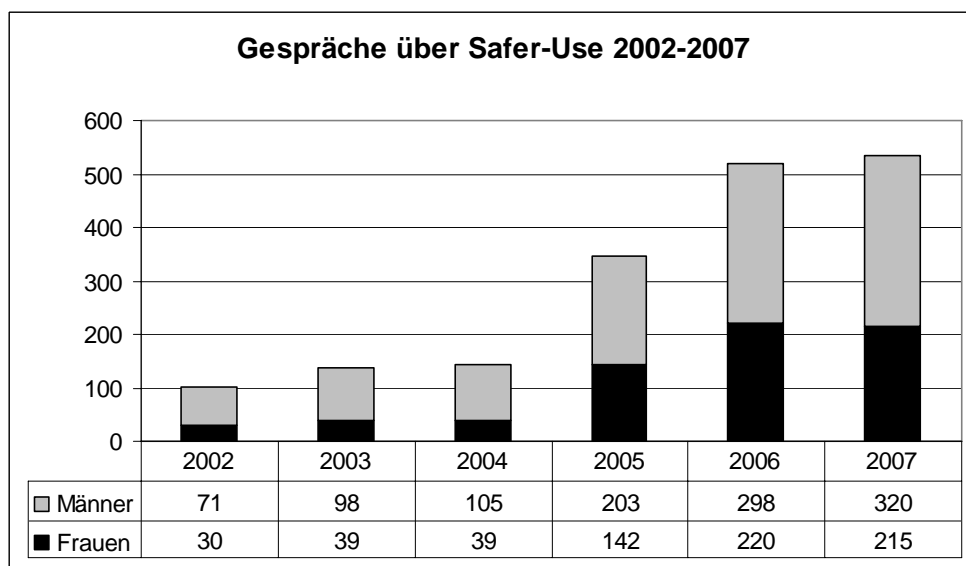
hilfezentrus. Das integrative Modell hat sich über die Jahre hinweg etabliert und bestens bewährt. Der Behandlung von Abszessen ist ein wesentlicher Arbeitsbestandteil der Drogentherapeutischen Ambulanz.

Graphik 3: Sonstige medizinische Versorgung 2002 -2007



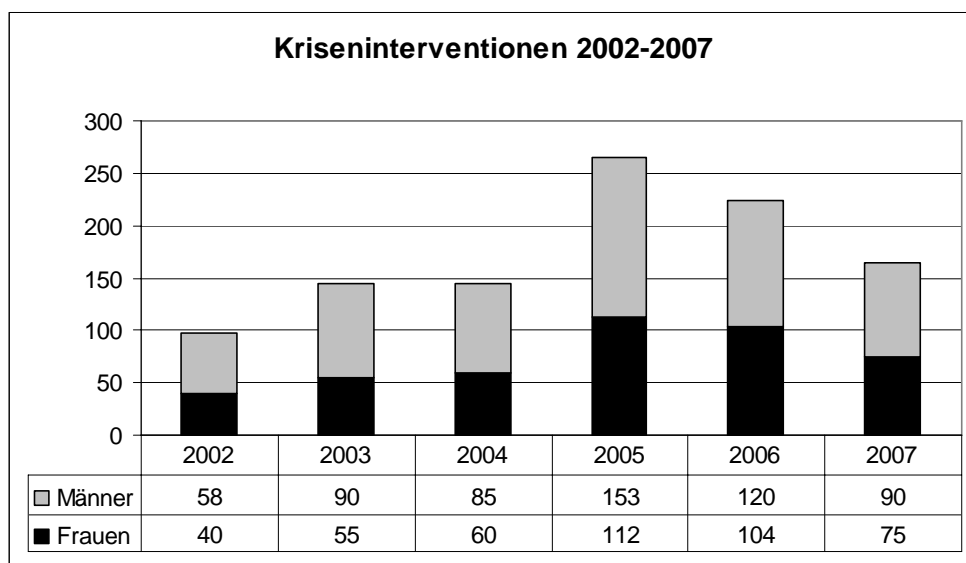
Graphik 3 gibt nun die sonstigen medizinischen Behandlungen der Jahre 2002 bis 2007 wieder. Wie aus der Graphik ersichtlich, wurden in 2007 insgesamt 276 mal medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen (2006 270 Behandlungen) und dies bei 86 Frauen und 190 Männern. Bei den medizinischen Versorgungsleistungen dominieren leichtere Hauterkrankungen, kleinere Wundbehandlungen und Blutdruck- und Kreislaufprobleme. Insgesamt ist seit 2004 eine kontinuierliche Steigerung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen festzustellen, was wieder für das integrative Versorgungsmodell spricht.

Graphik 4: Safer-Use-Gespräche 2002 – 2007



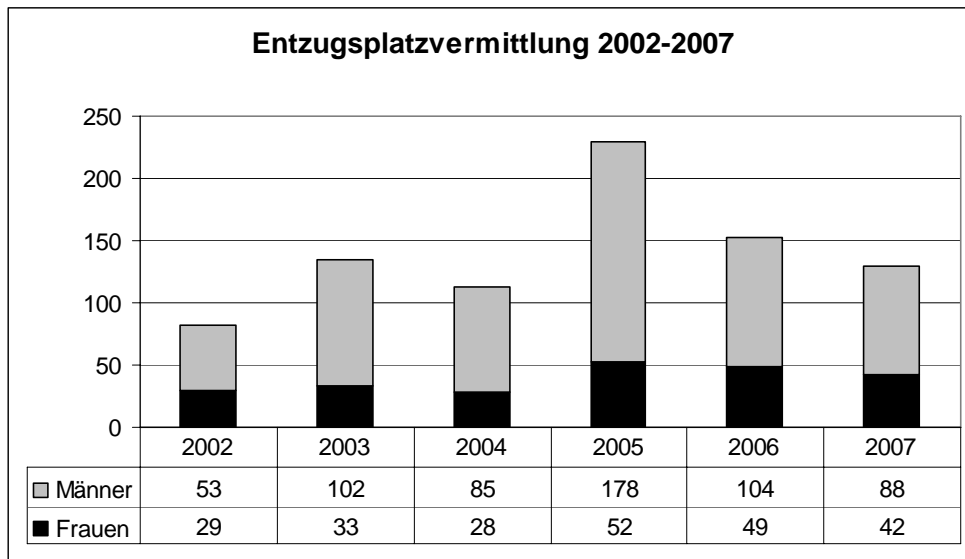
Graphik 4 verschafft einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten Safer-Use-Gespräche im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz. In 2007 wurden 535 Safer-Use-Gespräche dokumentiert (in 2006 518 Gespräche) mit insgesamt 215 Frauen und 320 Männern. Themenschwerpunkte sind nach wie vor: Aufklärung über die richtige Anwendung von Gebrauchsutensilien (u.a. Needle Sharing, polyvalentes Drogengebrauchsverhalten (Heroin, Benzodiazepingebrauch, Alkohol, Kokain), vorsichtige Dosisantestung aufgrund des schwankenden Reinheitsgehaltes und diverser Beimengungen bei Straßendrogen, Aufklärung über die Anwendung von Filtern (Vermeidung von Filteraufkochen), Aufklärung über die Gefahren beim „Drogen-Teilen“ aus einer Spritze (im Drogenkonsumraum nicht erlaubt), Hinweise zur Beachtung der Sicherheitsreihenfolge bei der intravenösen Applikation, allgemeine Aufklärung über risikoärmere Gebrauchspraktiken, Venenpflege, Infektionsprophylaxe (insbesondere Vermittlung von Vermeidungsstrategien hinsichtlich der Infizierungsmöglichkeit mit Hepatitis B und C sowie HIV) und Informationen zur Beigegebrauchsproblematik und des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln. Es ist eine deutliche Erhöhung der Safer-Use-Gespräche gegenüber 2002 – 2004 zu konstatieren. Die ab 2005 eingeleitete Intensivierung der Maßnahmen zur Hepatitisprävention, zur Aufklärung hinsichtlich polyvalenter Drogengebrauchsmuster und bezüglich der Problematik des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln spiegelt sich in dieser Statistik deutlich wider. Infektionspräventive Botschaften werden verbal und medial (über entsprechende Faltblätter) vermittelt und auch wirksamkeitsbezogen genutzt.

Graphik 5: Kriseninterventionen 2002 – 2007



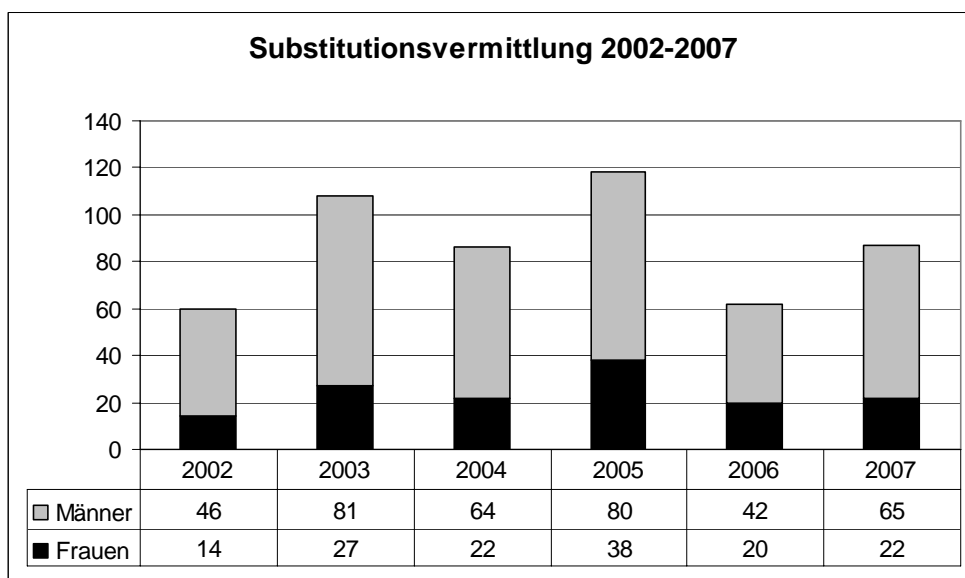
Im Erhebungszeitraum 2.1.07 – 31.12.07 wurden insgesamt 165 (2006 224) Kriseninterventionen mit 104 Frauen und 120 Männern) durchgeführt. Bei dieser rückgängigen Anzahl von eingeleiteten Kriseninterventionen geht es häufig um psychische und soziale Ausnahmesituationen, die ein sofortiges, einzelfallbezogenes Krisen- und Casemanagement erforderten: Haftproblematik, Depressionen, Wohnungsnot, Arztkonflikte, Sozial- und/oder Arbeitsamtsprobleme, Beziehungsprobleme, bevorstehende Gerichtsverhandlung, Verschuldung, Räumungsklage, Vormundschaftsprobleme, Abgabe eines Kindes, Prostitution, Schwangerschaftskonflikte etc.

Graphik 6: Kontaktvermittlung zur Entgiftung 2002 – 2007



Graphik 6 zeigt die Kontaktvermittlungen zur Entgiftung im Arbeitsbereich der Drogentherapeutischen Ambulanz. In 2007 konnten insgesamt für 130 Menschen (42 Frauen und 88 Männer) Entzugskontakte hergestellt werden (in 2006 153 Personen). Hier ist im Vergleich zu 2006 ein leichter Vermittlungsrückgang festzustellen.

Graphik 7: Vermittlungen in Substitution 2002 – 2007



In dieser Graphik wird die Vermittlungsanzahl von Personen wiedergegeben, die eine Substitutionsbehandlung aufnehmen wollten. In 2007 konnten insgesamt 87 Menschen (22 Frauen und 65 Männer) im Vergleich zu 62 Personen in 2006 in eine Substitutionsbehandlung (niedergelassene Ärzte, Methadonschwerpunktpraxen, Methadonambulanz) weitervermittelt werden. Dies bedeutet wieder eine Zunahme der Vermittlungszahlen. Insgesamt können wir in Münster von einer guten Versorgungssituation im Bereich der Substitutionsbehandlungen ausgehen: ca. 650 Menschen

werden mit Methadon, Buprenorphin (Subutex) und anderen Mitteln in Münster substituiert.

Fazit

Die gesamten Angebote der integrativen Versorgung wie Substitutions- und Entzugvermittlungen, ärztliche Akutversorgung, niedrigschwellige Sofort-Hilfe und Unterstützung, Infektionsprophylaxe, Gesundheitsprävention, Safer-Use-Maßnahmen etc. zeigen deutliche Auswirkungen hinsichtlich **gesundheitlicher und psychosozialer Stabilisierung und Minimierung von Gebrauchsrisiken bei Drogenabhängigen**.

Die Angebotsnutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz im Gesamtkontext des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums erweist sich auch in 2007 als erfolgreich. Die Zielgruppe der Drogenkonsumentinnen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene wird weiterhin deutlich erreicht. Der Sechsjahresvergleich zeigt, dass die gesundheitspräventiven Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz in der Gesamtrahmung der niedrigschwelligen Drogenhilfe fest verankert sind und als integratives Modell in Verbindung mit der städtischen Vernetzung und anderen Versorgungssystemen erfolgreich umgesetzt wird. Unsere Erhebung zur Nutzerinnenzufriedenheit im Rahmen der qualitativen Qualitätssicherung zeigt darüber hinaus, dass die niedrigschwelligen Angebote sehr positiv bewertet werden und wirksam im Hinblick auf die selbsttätige Gesundheitsprävention und die Entwicklung risikobewusster Gebrauchsmuster sind. Besonders vorteilhaft erweist sich das von uns vorgehaltene Konzept des Ineinandergreifens von verbindlichen und unverbindlichen Hilfsangeboten zur Schadensminimierung, die Verbindung von zugangsoffenen und anforderungsarmen medizinischen und niedrigschwelligen Versorgungsmöglichkeiten. Es ist offensichtlich: Das Eine (DTA/Konsumraum) ist ohne das Andere (Niedrigschwelligkeit) sinnlos.

Die strukturell verknüpfte Angebotspalette akzeptanzorientierter und gesundheitspräventiver sowie risikominimierender Maßnahmen hat sich - so kann zusammenfassend festgestellt werden - bestens bewährt.

Die sehr gute **Vernetzungsstruktur** der Drogenhilfe und der sozialen Versorgungsstruktur in Münster erleichtert die Arbeit im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz enorm: Synergieeffekte werden aufgrund der klaren Aufgabenzuordnungen im Sinne von Hilfe „just in time“ für die betroffenen Menschen erfolgreich genutzt. Insbesondere sei hier die kontinuierliche und intensive Kooperation mit der städtischen Drogenhilfe neben den anderen Einrichtungen wie die Westfälische Klinik für Psychiatrie, dem Centrum für interdisziplinäre Medizin (CIM), dem Haus der Wohnungslosen (HDW), dem Gertrudenhause, Pension Plus, mit niedergelassenen Substitutionsärzten, mit Substitutionsschwerpunktpraxen, mit dem Jugendamt, Gesundheitsamt, AIDS-Hilfe, Street Work, dem Sozialamt, Wohnungsamt u.v.a.m. erwähnt.

Die Zielbestimmungen der Drogentherapeutischen Ambulanz, unbürokratisch lebenspraktische, gesundheitspräventive und medizinische Hilfen zur Verringerung von Drogengebrauchsrisiken und zur Infektionsprophylaxe unmittelbar „vor Ort“ bereitzustellen, erweist sich bezüglich der beobachtbaren Effekte als wirksam. Die gesundheitliche und soziale Verelendung von vielen zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden konnte aufgefangen und deren Lebenssituation stabilisiert werden.

2. Daten zur Konsumraumnutzung

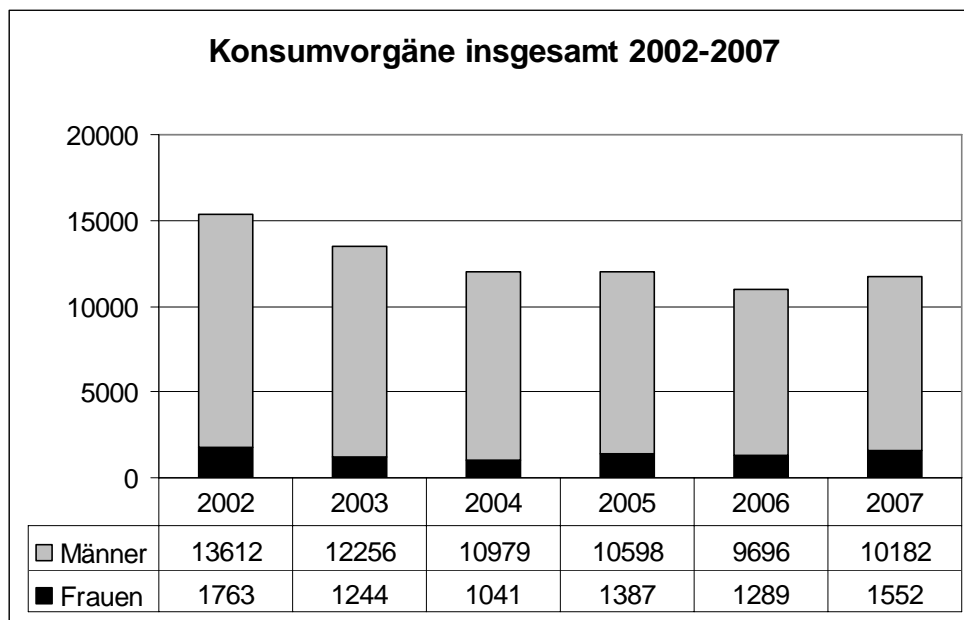
Die folgende statistische Auswertung hinsichtlich der Nutzung des Drogenkonsumraums in den Jahren 2002 - 2007 bezieht sich auf die Datenerfassung für das Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (durchgeführt von der Landeskoordination Integration NRW), die von uns täglich durchgeführt und wöchentlich an die Landeskoordination geschickt werden muss. Die statistische Erhebung umfasst folgende Kriterien:

- Konsumvorgänge
- Konsumart
- Altersgruppen
- Abgewiesene Personen
- Leistungen der Einrichtung
- Vermittlungen
- Besondere Vorkommnisse
- Erteilte Hausverbote
- Drogennotfälle

Der Drogenkonsumraum war in den Jahren 2002 – 2007 an 1.492 Tagen mit insgesamt 8.427,5 Zeitstunden geöffnet (2006: 247 Tage mit 1.414,5 Zeitstunden).

Konsumvorgänge

Graphik 8: Konsumvorgänge 2002 – 2007



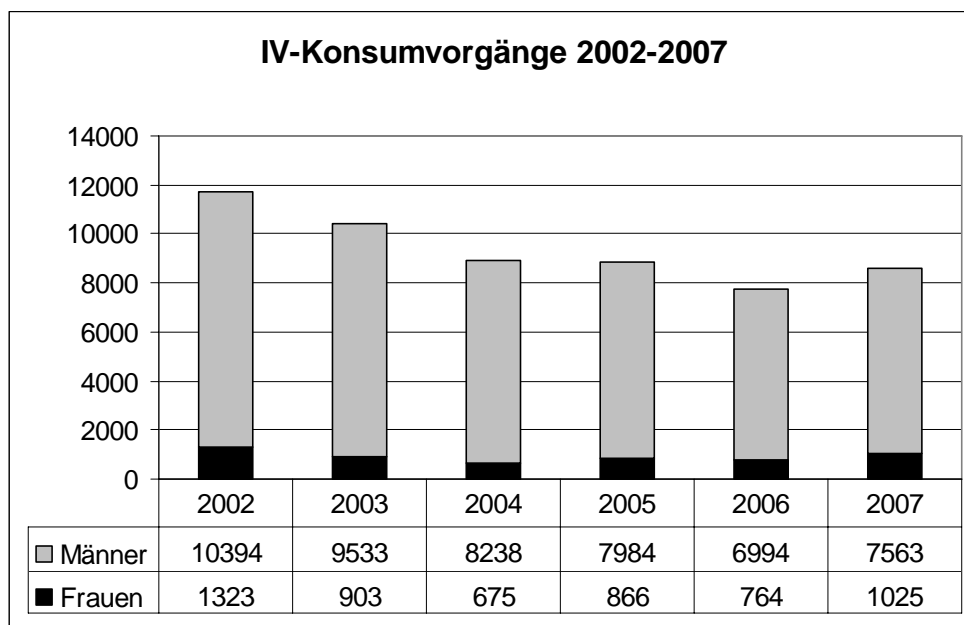
Unter Konsumvorgänge verstehen wir den intravenösen, inhalativen, nasalen und/oder oralen Konsum von in der Rechtsverordnung des Landes NRW festgelegten Substanzen durch eine Person in einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort (Konsumraum) mit entsprechenden Gebrauchsutensilien. Bei der Erfassung von Konsumvorgängen gilt das „Lichtschrankenprinzip“: Jeder der den Konsumraum

nach Anmeldung, Unterzeichnung der Nutzungsvereinbarung und Kurzbefragung für die Konsumraumstatistik mit den entsprechenden Gebrauchsutensilien (Spritzenet, Folie, Röhrchen) betritt und einen Konsumplatz einnimmt, geht in die Zählung ein und wird als Konsumvorgang festgehalten. Bei Nutzung einer zweiten Spritze/Folie/Röhrchen wird dies als weiterer Konsumvorgang gezählt. Drogen-Teilen und Austausch der Gebrauchsutensilien z.B. auch Löffel ist im Konsumraum nicht erlaubt. Es erfolgt ein Nutzungsverbot.

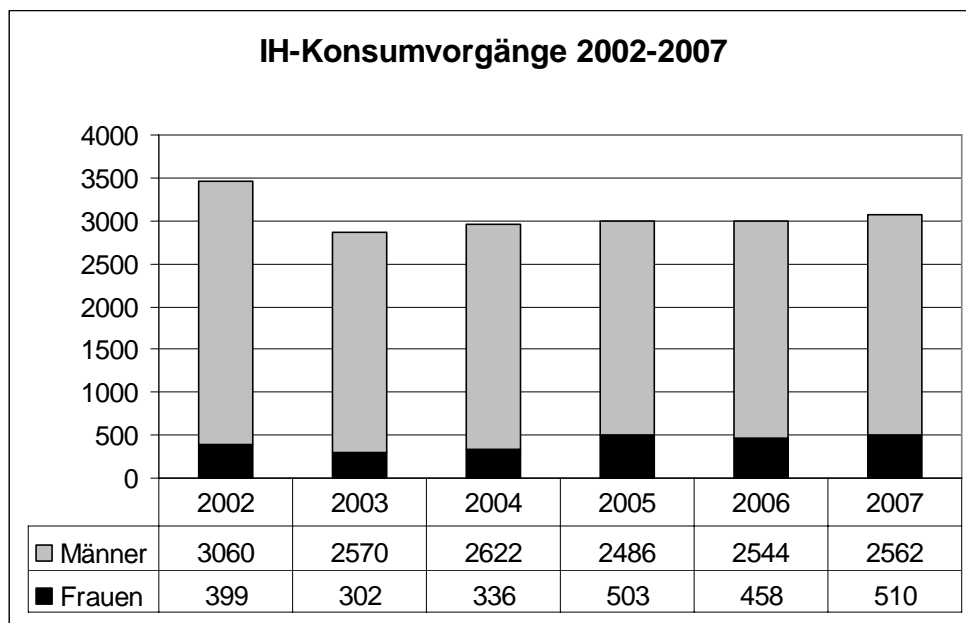
Aus der vorstehenden Graphik 8 geht nun hervor, dass in 2007 insgesamt 11.734 Konsumvorgänge (2006 10.985) dokumentiert werden konnten (1.552 Frauen und 10.182 Männer). Somit fanden täglich im Durchschnitt etwa 47,5 Konsumvorgänge - bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von ca. 10 Minuten bei intravenösem und ca. 15 bis 20 Minuten bei inhalativem Gebrauch - statt. Dies sind 11.734 Konsumvorgänge in 2007, die **nicht** im öffentlichen Raum praktiziert wurden: Insgesamt fanden in den Jahren 2002 – 2007 also 75.599 Konsumvorgänge nicht in öffentlichen Bereichen statt. Das Verhältnis Männer - Frauen beträgt in 2007 ca. 7:1. Im Vergleich zu den in 2006 praktizierten Konsumvorgängen (10.985) ist eine Zunahme der Konsumvorgänge in 2007 festzustellen (in 2002: 15.375; 2003: 13.500; 2004: 12.020; 2005: 11.985 Konsumvorgänge).

Konsumformen

Graphik 9: IV-Konsumvorgänge 2002 - 2006



Graphik 10: IH-Konsumvorgänge 2002 – 2006



Die Graphiken 9 und 10 verweisen auf die Anzahl der intravenösen (IV) und inhalativen (IH) Konsumformen, die im Konsumraum praktiziert wurden. Wie aus den Graphiken ersichtlich wird, dominiert bei den Männern weiterhin das Drogengebrauchsmuster der intravenösen Applikation (in 2007 7.563 intravenöse Anwendungen). Bei den Frauen konnten in 2007 1.025 intravenöse Applikationen ermittelt werden. Der inhalative Gebrauch wurde im Untersuchungszeitraum 2007 3.072 mal dokumentiert (510 Frauen und 2.562 Männer). Auch hinsichtlich eines Vergleichs mit den Erhebungen von 2002, 2003, 2004, 2005 und 2006 bleibt das intravenöse Gebrauchsmuster insbesondere bei den Männern absolut dominant. 2002 – 2007 wurden also insgesamt 56.262 intravenöse Applikationen und 18.352 inhalative Anwendungen dokumentiert.

Bezüglich der Gesamtzahl inhalativer Gebrauchsformen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die Installation eines „Raucherraums“ eindeutig bewährt hat, wobei die Einrichtung eines zweiten Raucherraums dringend notwendig erscheint. In 2007 wurden darüber hinaus auch 56 nasale Applikationsvorgänge dokumentiert (13 Frauen und 43 Männer).

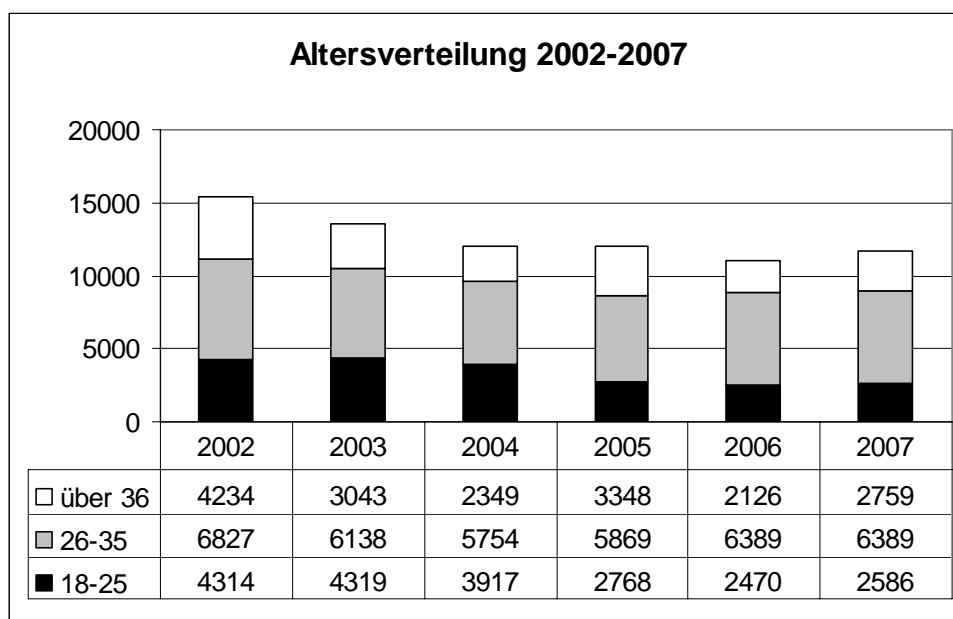
Hinsichtlich der konsumierten Substanzen ist Heroin mit ca. 95% eindeutig die am häufigsten konsumierte Droge. Die restlichen 5% verteilen sich im Wesentlichen auf Heroin-Kokain-Cocktails und Kokainkonsum. Eine Zunahme des risikoreichen Mischkonsums von Heroin, Pillen (hier insbesondere Benzodiazepine), gelegentlich Kokain, Schwarzmarktmethadon und häufig auch Alkohol ist insgesamt zu beobachten. Safer-Use-Beratungen über die unkalkulierbaren Wirkungen polyvalenten Drogengebrauchs wurden und werden verstärkt durchgeführt.

Jedoch hat sich die schon in 2002 festgestellte Zunahme der Konsumraumnutzung durch zum Teil recht junge Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten auf recht hohem Niveau stabilisiert. Inzwischen erreichen wir viele Migranten mit unseren niedrigschwelligen Angeboten. Das beim INDRO e.V. angesiedelte und von der Stadt Münster geförderte Projekt **„Aufsuchende, stadtteilorientierte, psychosoziale Be-**

gleitung und Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsumenten“ hat dazu beigetragen, russlanddeutsche Drogenkonsumentinnen in den Stadtteilen und der öffentlichen Szene zu erreichen und sie an das vorhandene Hilfs- und Versorgungssystem anzubinden. Nach mehreren internen, statistischen Momenterhebungen (letzte Erhebung im November 2007) ohne Repräsentativitätsanspruch liegt inzwischen die Konsumraumnutzung durch Drogenkonsumentinnen mit Migrationsvordergrund (Herkunft dominant weiterhin: Kasachstan, Kirgisien, Weißrussland) bei 44% (im November 2003 lag die Nutzungsfrequenz „nur“ bei ca. 25%; im November 2004 bei ca. 38%, November 2005 bei ca. 40%, November 2006 bei 53%).

Altersverteilung

Graphik 11: Altersverteilung 2002 – 2007



Graphik 11 präsentiert die Altersgruppenverteilungen der Konsumraumnutzerinnen im Sechsjahresvergleich. Die Altersgruppe der 18- 25-Jährigen konnte in 2007 2.586 mal gezählt werden. In der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen wurden insgesamt 6.389 Personen dokumentiert. Die über 36-Jährigen wurden mit 2.759 Personen erfasst. Von 2002 bis 2007 konnten somit in der Altersgruppe der 18 – 25-Jährigen 20.954, in der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen 37.366 und in der Altersgruppe der über 36-Jährigen 17.279 Personen ermittelt werden. Dies zeigt deutlich, dass über die Jahre 2002 – 2007 der Konsumraumöffnung insbesondere auch die älteren und langjährig drogenkonsumierende Menschen aus der öffentlich sichtbaren Drogenzene erreicht werden.

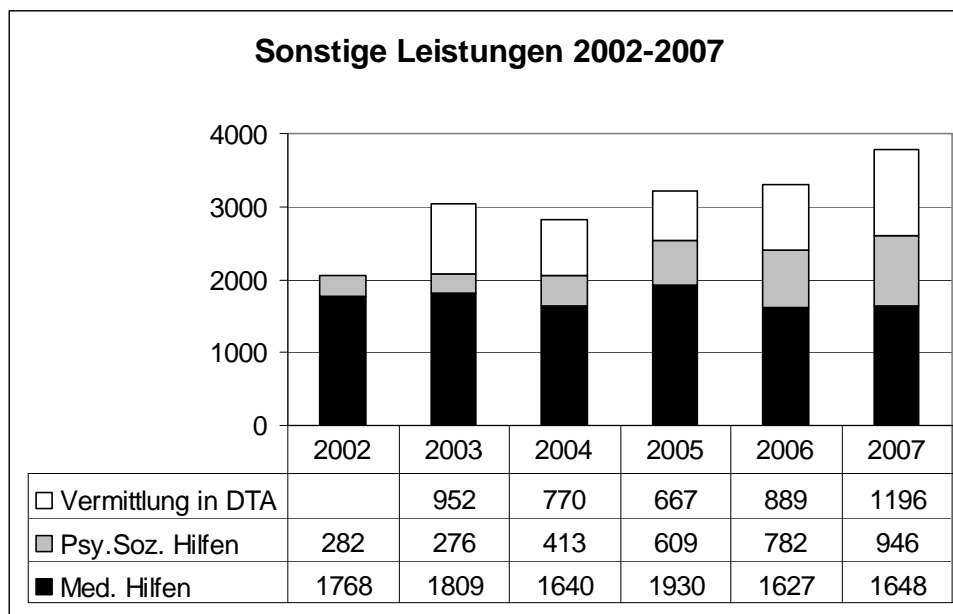
Abgewiesene Personen

Hinsichtlich der gesetzten Zugangskriterien durch die Rechtsverordnung des Landes NRW mussten wir in 2007 insgesamt 130 Besucherinnen als „erkannte Substituierte“ einen Zugang zum Konsumraum verwehren. Im Vergleich dazu: 2002 99, 2003 157, 2004 162, 2005 231 und 2006 196 „erkannte Substituierte“. Zusammengefasst sind also 975 Menschen (!) im Zeitraum 2002 – 2007 von der Nutzung des Drogenkon-

sumraums ausgeschlossen worden. Das Problem hierbei ist und bleibt: Abgelehnte Substituierte mit Beikonsum lassen sich dadurch nicht vom Konsum abhalten. Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf der Straße. Die ordnungspolitischen Konsequenzen dürften bekannt sein: offenes Konsumgeschehen und vermehrte Spritzenfunde. Ferner musste in 2007 9 offensichtlich intoxikierte Menschen und eine minderjährige Person eine Erlaubnis zur Nutzung des Drogenkonsumraums verweigert werden (2002 11, 2003 20, 2004 11, 2005 9 und 2006 18 offensichtlich intoxikierte Personen).

Leistungen der Einrichtung

Graphik 12: Leistungen der Einrichtung 2002 – 2007



Die hier in der Graphik 12 wiedergegebenen Leistungen der Einrichtung beziehen sich ausschließlich auf den Konsumraum, d.h. nur Leistungen **innerhalb** des Drogenkonsumraums wurden hier erhoben. Die Weitervermittlungstätigkeiten im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz wurden weiter oben bereits ausführlich dokumentiert.

Wie ersichtlich umfassen die Leistungen innerhalb des Drogenkonsumraums 2007 in 1.648 Fällen akute **medizinische Hilfen** wie kleinere Wundversorgungen und problemlose Erste Hilfe Maßnahmen (in 2002 1.768, 2003 1.809, 2004 1.640, 2005 1.930 und 2006 1.627 medizinische Hilfen). Die insgesamt hohe Nachfrage nach medizinischer Unterstützung in den sechs Jahren verdeutlicht die intensive und effektive Nutzung dieses integrativen Angebotes.

2007 wurden darüber hinaus in 946 Fällen **psychosoziale Beratungen/Unterstützungen** durchgeführt (in 2002 282, 2003 276, 2004 413, 2005 609 und 2006 782 psychosoziale Hilfen), die in 66 Fällen (in 2006 37) als Kontaktvermittlungen zur Entgiftung, in 36 Fällen als Kontakte zu Substitutionsärzten (2002 21, 2003 56, 2004 43, 2005 35 und 2006 45 Kontaktvermittlungen) mündeten. Darüber hinaus wurden 138 (!) Personen (2006 134) in andere ärztliche Hilfen, 487 (!) Personen (2006 290) in weiterführende soziale Hilfen, 63 Personen (2006 49) zur städtischen Drogenhilfe weitervermittelt. 1.196 (!) Vermittlungen erfolgten aus dem Konsumraum in die Drogentherapeutische Ambulanz (2004 770, 2005 667 und 2006

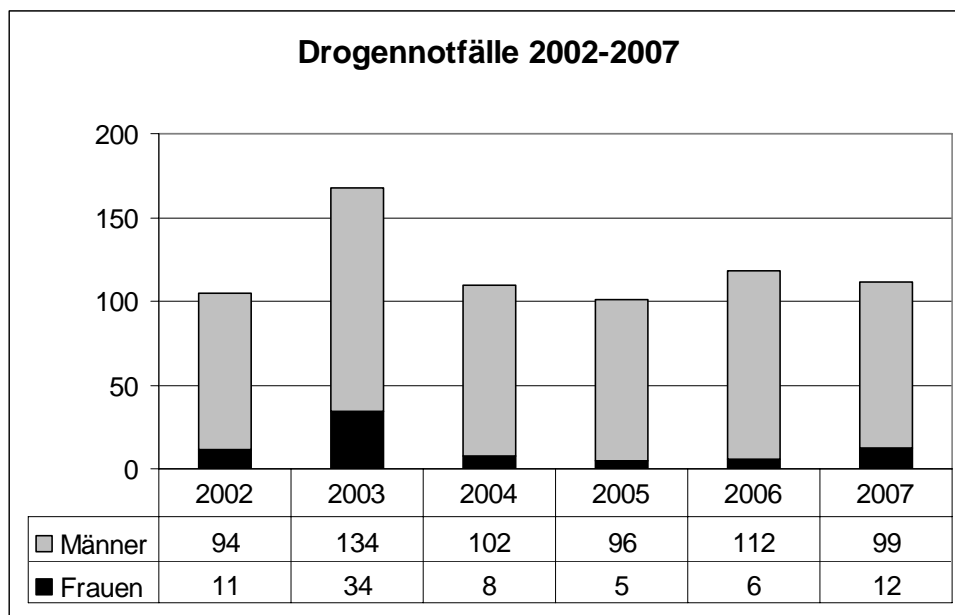
889). Eine deutliche Steigerung der psychosozialen Beratungen/Unterstützungen unmittelbar im Konsumraum sowie eine weitere Zunahme der Vermittlungsleistungen in die Drogentherapeutische Ambulanz ist auch in 2007 festzustellen. Die Zielbestimmung „Behandlungsbereitschaft wecken, den Einstieg in den möglichen Ausstieg einzuleiten“ wird durch gezielte Hilfen und Weitervermittlungen effektiv erfüllt.

Hausverbote

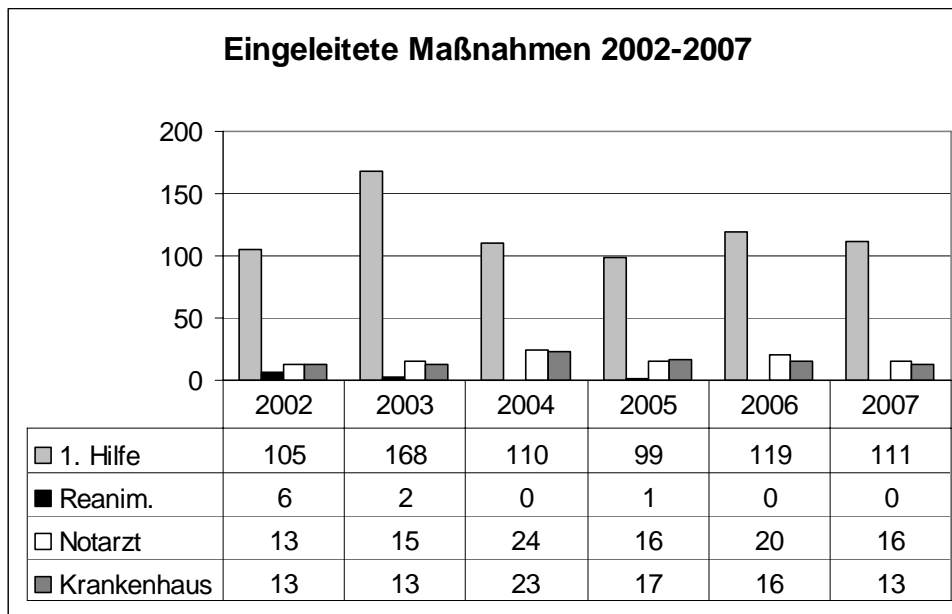
Insgesamt wurden im Jahr 2007 16 Hausverbote (2002 64, 2003 51, 2004 34, 2005 35 und 2006 22 Hausverbote) erteilt. Die 16 Hausverbote erfolgten aufgrund gesundheitsgefährdender Konsumvorgänge (Drogen-Teilen), der Weitergabe einer Konsumration, gemeinsamen Konsums aus einer Spritze oder aggressiven Verhaltens gegenüber dem Personal.

Drogennotfälle

Graphik 13: Drogennotfälle 2002 – 2007



Graphik 14: Maßnahmen bei Notfällen 2002 – 2007



Die Graphiken 13 und 14 verweisen auf die im Fünfjahresverlauf dokumentierten Drogennotfallsituationen und die eingesetzten Maßnahmen. Drogennotfälle werden differenziert nach leichten und schweren Drogennotfällen. Neben der Erfassung von Alter, Geschlecht, konsumierte Substanzen gelten bei der Zuordnung **leichter Drogennotfallsituationen** folgende Kriterien: Kreislauf- und Blutdruckprobleme, Erste Hilfe durch Personal der Einrichtung, Überwachung der Vitalfunktionen, Sauerstoff- und Zuckergabe. Bei der Erfassung **schwerer Drogennotfallsituationen** gelten neben Feststellung von Alter, Geschlecht, konsumierten Substanzen folgende Zuordnungskriterien: Atemdepression, Kreislaufzusammenbruch, Schock, Krampfanfall, Sauerstoffsättigung im Blut unter 80%, epileptischer Anfall, Erste Hilfe und Reanimation durch Personal der Einrichtung, Benachrichtigung von Notarzt/RTW, Transport ins Krankenhaus.

Insgesamt wurden in 2007 111 Drogennotfallsituationen notiert (99 Männer und 12 Frauen). Von diesen 111 Drogennotfallsituationen (2002 105, 2003 168, 2004 110, 2005 101 und 2006 118 Drogennotfallsituationen) waren 16 gekennzeichnet durch lebensbedrohliche Atemdepression und Herz/Kreislaufprobleme infolge von Heroinüberdosierungen und/oder Mischkonsum (schwere Drogennotfälle). Diese Personen konnten durch sofortige Einleitung von fachkundiger Erster Hilfe durch unser medizinisch ausgebildetes Personal (u.a. Beatmung, Sauerstoffgabe, Vitalfunktionskontrolle) und durch die schnelle Benachrichtigung des Notarztes/Rettungswagens (in allen Fällen in ca. 5 - 10 Minuten vor Ort) gerettet werden (in 2002 13, 2003 15, 2004 24, 2005 16 und 2006 20 Personen). Insgesamt gesehen wurden in den Jahren 2002 – 2007 104 lebensbedrohliche Drogennotfallsituationen erfolgreich behandelt (95 Personen wurden vom RTW ins Krankenhaus transportiert).

Bei den restlichen 95 Drogennotfallsituationen in 2007 handelte es sich um leichte Drogennotfälle (größtenteils Kreislaufprobleme) die durch Einleitung von Erste-Hilfe-Maßnahmen (u.a. Vitalfunktionskontrolle, Sauerstoffgabe, Traubenzuckergabe) ohne Inanspruchnahme des Notarztes/Rettungsdienstes sofort behoben werden konnten.

Der von uns ausgearbeitete Drogennotfallplan mit klaren Verantwortlichkeitszuordnungen hat sich bisher bestens bewährt. Insgesamt gesehen zeigt sich deutlich die lebensrettende Funktion eines Drogenkonsumraums. Unter anderen Konsumbedingungen auf der Straße, in Büschen, öffentlichen Toiletten oder Hauseingängen und in anderen Nischen wäre die Rettungswahrscheinlichkeit wesentlich eingeschränkt gewesen.

Das Problem ist und bleibt: Kein(e) Drogenkonsument(in) weiß, was er/sie konsumiert. Auf dem **Schwarzmarkt erworbene Substanzen** schwanken ständig hinsichtlich Zusammensetzung, Reinheitsgehalt, Wirkstoffkonzentration(en) und Verpanschungsgrad. Zudem ist auch eine Zunahme an Mischkonsum und Polytoxikomanie bei Drogenabhängigen zu beobachten (insbesondere eine große Verbreitung des zusätzlichen Benzodiazepingebrauchs). Darüber hinaus ist es uns laut Rechtsverordnung verwehrt, Substanzenanalysen vorzunehmen. Ferner sind viele drogenabhängige Menschen aufgrund ihrer langen Drogenkarriere körperlich und teilweise auch psychisch schwer krank. Das macht den Konsum unkalkulierbar und führt unweigerlich auch zu Drogennotfallsituationen. Insofern: Ein Drogenkonsumraum kann unter diesen Bedingungen die Rettungswahrscheinlichkeit wesentlich erhöhen, den drogenabhängigen Menschen einen Schutzraum bieten und den Konsum unter hygienischen und medizinisch kontrollierten Bedingungen ermöglichen. Die Zielbestimmung, „die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben von Abhängigen zu sichern“ (Rechtsverordnung des Landes NRW) wird also durch einen Drogenkonsumraum überdeutlich erfüllt.

Besondere Vorkommnisse

Die doch recht aufwendige Zugangsermittlung (Aufklärung über die Hausordnung und Zugangskriterien, Unterzeichnung der Nutzungsvereinbarung und Befragung für die Dokumentation) ist inzwischen den Nutzerinnen durch ausführliche Erklärungen verständlich gemacht worden, so dass sich die von uns anfangs befürchteten Stress-Situationen im Eingangs- und Wartebereich bisher weiterhin vermeiden ließen. Wir konnten ferner im Auswertungszeitraum keine Szenebildung vor unserer Einrichtung oder Störung der öffentlichen Ordnung im unmittelbaren Umfeld feststellen, die ursächlich auf den Betrieb des Drogenkonsumraums zurückzuführen gewesen wäre. Weiterhin konnte keine Sogwirkung auf Konsumentinnen, die nicht aus Münster kommen, beobachtet und dokumentiert werden. Jedoch erfolgten im letzten Jahr wieder häufig Polizeiaktionen in unmittelbarer Nähe der Einrichtung, was an diesen Tagen zu einer geringeren Nutzung des Drogenkonsumraums und zum vermehrten Konsum im öffentlichen Raum führte. Mehrmals im Jahr 2007 wurden wir auch zu Drogennotfällen außerhalb des Konsumraums gerufen. Da diese Notfälle nicht unmittelbar im Konsumraum stattfanden, sind sie auch nicht in die Konsumraumstatistik eingeflossen. Diese zum Teil schweren Drogennotfälle im Umfeld der Einrichtung werden im Rahmen der statistischen Dokumentation der Landeskoordination Integration NRW als besondere Vorkommnisse erfasst. 11 mehr oder weniger schwere Drogennotfälle konnten erfolgreich behandelt (Erste Hilfe, Notarzt, Transport ins Krankenhaus) werden.

Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die von der Konzeption anvisierte Zielgruppe der kompulsiv und langjährig konsumierenden Drogenabhängigen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene weiterhin erreicht wird. Die präsentierten Ergebnisse im Vergleich der Jahre 2002 - 2007 zeigen, dass die Leistungen, die in den Zielbestimmungen genannt sind, deutlich wirksamkeitsbezogen umgesetzt werden konnten: Neben der Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation konnten durch die vorgehaltenen Leistungsangebote Infektionsrisiken beim intravenösem Gebrauch reduziert, risikobewusste Gebrauchsmuster durch vielfältige Safer-Use-Maßnahmen bewirkt, sofortige Hilfe in leichten und schweren Drogennotfallsituationen gewährleistet werden. 16 mögliche Todesfälle wurden in 2007 unmittelbar im Konsumraum verhindert und somit das Überleben gesichert. Ferner konnten medizinische Hilfen bei kleineren Wundversorgungen durchgeführt, allgemeine gesundheitspräventive Maßnahmen eingeleitet, intermittierende Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) angeboten und in weiterführende suchtttherapeutische Hilfen vermittelt werden. Somit konnte ein Einstieg in den möglichen Ausstieg aus der Sucht initiiert und eine Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (achtloses Wegwerfen gebrauchter Spritzen und anderer Gebrauchsutensilien, öffentliches Konsumgeschehen) bewirkt werden.

Unsere qualitätssichernde Erhebung zur Erfassung der Nutzerinnenzufriedenheit zeigt darüber hinaus, dass die Konsumentinnen den Konsumraum inzwischen als einen „konsumsicheren“ Raum ansehen, d.h. als einen anonymen Schutzraum vor möglichen Mischintoxikationen und Überdosierungen, als Hygieneraum und als Nutzungsmöglichkeit für sofortige medizinische und soziale Hilfe und Unterstützung.

Die Zielbestimmungen wie **„Senkung der Gesundheitsgefahren und Überlebenshilfe“**, **„Behandlungsbereitschaft wecken – Einstieg in den Ausstieg einleiten“** und **„die Inanspruchnahme weiterführender insbesondere suchtttherapeutischer Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern“** (Rechtsverordnung des Landes NRW) werden also deutlich wirkungsbezogen umgesetzt.

Problematisch erweist sich jedoch weiterhin der Ausschluss des Konsums von Benzodiazepinen im Konsumraum durch die Rechtsverordnung des Landes NRW. Eine Zunahme des Mischkonsums ist deutlich festzustellen und damit auch eine Zunahme von Drogennotfallsituationen. Unter Drogenkonsumentinnen haben sich Benzodiazepine zu einer beliebten Ausweich- oder Zusatzdroge entwickelt. Zu den am häufigsten in der Drogenszene konsumierten Substanzen gehören Diazepam, Flunitrazepam, Oxazepam, Bromazepam und Temazepam. Da diese im Konsumraum nicht konsumiert werden dürfen, werden sie in der Szene (draußen) zusätzlich konsumiert, was die Gefahr einer Mischintoxikation und damit eines Drogennotfalls im öffentlichen Raum, aber auch im Konsumraum selbst wesentlich erhöht.

Ein weiteres immer noch gravierendes Problem stellt der Beigebrauch von Substituierten dar. Im Konsumraum abgelehnte Substituierte lassen sich nicht vom „zusätzlichen“ Konsum verschiedenster Substanzen abhalten. Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen im öffentlichen Raum. Die durch die Rechtsverordnung des Landes definierten Zugangskriterien wären dringend zu überarbeiten und zu verändern.

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 Kontrollichte bisher nicht eingetreten. Es lässt sich resümierend feststellen, dass die Kooperation mit den Gesundheits-, Ordnungs- und Sicherheitsbehörden im Rahmen der Ordnungspartnerschaft der Stadt Münster - festgelegt in einer gemeinsamen Vereinbarung - weiterhin bestens funktioniert.

Das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum dient als Schutz- und Ruheraum abseits der Szenezusammenhänge und als Kommunikations- und Versorgungsort insbesondere auch zur Vermittlung von Safer-Use-Botschaften, Unterstützung der Alltagshygiene, gesunder Ernährung, Infektionsprophylaxe und medizinischer Akutversorgung. Im Drogenkonsumraum werden darüber hinaus die Konsumbedingungen relativ sicher und hygienisch-kontrolliert gestaltet, somit die Rettungswahrscheinlichkeit bei Überdosierungen und Mischintoxikationen erhöht und Mortalitäts- und Infektionsprophylaxe ermöglicht. Eine Problematisierung in der Öffentlichkeit (offenes Konsumgeschehen, Spritzenfunde) konnte wirksam gemindert werden. Die Spritzen-tauschsituation (umfassendes Spritzenaustauschprogramm, Spritzenautomaten am Bremer Platz und in Kinderhaus, Konsumraumnutzung und mobile Spritzenentsorgung sowie Aufklärungsarbeit im öffentlichen Raum) hat sich weiterhin auf hohem Niveau stabilisiert. Nach eigenen Erhebungen werden ca. 2500 gebrauchte Spritzen jede Woche getauscht und sachgerecht entsorgt. Dies sind über das Jahr 2007 gesehen ca. 130.000 gebrauchte Spritzen, die sich **nicht** im öffentlichen Raum wiederfinden.

Alle mit dem Drogenkonsumraum verbundenen Maßnahmen im Rahmen niedrigschwelliger Drogenhilfe tragen jedenfalls auch dazu bei, die vierte Zielbestimmung „**Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren**“ (Rechtsverordnung des Landes NRW) deutlich zu erfüllen.

Eine Studie zu den Auswirkungen eines niedrigschwelligen Drogenhilfeangebots in Hamburg konnte beispielsweise zeigen, dass eine „niedrigschwellige Einrichtung mit Drogenkonsumraum entscheidend zur Entlastung eines von Drogenkonsumenten stark frequentierten Stadtteils beiträgt. Ausschlaggebender Faktor dabei ist die Attraktivität der Einrichtung. Eine für Drogenkonsumenten attraktive Einrichtung erfüllt nicht nur ihren Versorgungs- und Betreuungsauftrag, sondern reduziert auch die Belastung für die Anwohner“ (Prinsleve/Martens 2004, S. 83).

Anzumerken bleibt jedoch, dass der Arbeits- und Kontrollaufwand neben der psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enorm hoch ist. Die **Kürzung der Landesmittel** für die niedrigschwellige Drogenhilfe in 2006 haben unsere personelle und finanzielle Situation enorm verschärft.

Die Konsequenzen sind jetzt schon sichtbar: insbesondere in den Sommermonaten vermehrter Drogenkonsum in der Öffentlichkeit, mehr Spritzenfunde, höhere Infektionsrisiken bei den Konsumierenden, weniger Beratung und Betreuung und aufgrund der geringeren Aufenthaltsmöglichkeit im Kontaktladen und eine wahrnehmbare Zunahme der sichtbaren Drogenszene. Zudem werden **personelle Engpässe** bei unseren täglichen Öffnungszeiten insbesondere in Krankheits- und Urlaubszeiten immer manifest. Ein niedrigschwelliges Drogenhilfezentrum ist nur in der Kombination von Niedrigschwelligkeit, Konsumraum sowie medizinischer und sozialer Akutversorgung funktionsfähig und somit sinnvoll. Mittelkürzungen gerade im niedrig-

schwelligen Bereich bewirken langfristig eine immense Kostensteigerung, die sich im gesamten Gesundheitsbereich niederschlagen (Infizierungen mit HCV, HIV etc.) werden. **Die langfristigen Folgekosten sind jedenfalls wesentlich höher als die kurzfristig erzielten Einsparungen!**

Durch das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum wird insgesamt gesehen eine wesentliche Verminderung der Folgeprobleme des compulsiven Drogenkonsums insbesondere im öffentlichen Raum erreicht. Eine Entlastung der Öffentlichkeit von Spritzenfunden und offenem Konsumgeschehen konnte so über die Jahre hinweg bewirkt werden. Darüber hinaus erreichen Konsumraumangebote eine Senkung der Mortalitätsraten durch die Erhöhung der Rettungswahrscheinlichkeit bei Drogenotfällen. Sie ermöglichen weiterhin unmittelbare Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen. Jedoch muss auch deutlich hervorgehoben werden, dass das gesellschaftlich produzierte „Drogenproblem“ durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen nicht gelöst werden kann. Weder kann ein Drogentod aufgrund der Illegalität der Drogenbeschaffung (Verpanschung, Ver Streckung 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 (jedoch wesentlichen) Baustein im Rahmen umfassender und differenzierter Hilfeangebote zur Gesundheitsprävention, Überlebenshilfe und Schadensminimierung dar.

Die Realität sieht jedoch immer noch folgendermaßen aus: Aufgrund der Illegalität weiterhin hohes Mortalitätsrisiko bei Konsumierenden durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, Zunahme polyvalenter Drogengebrauchsmuster und Polytoxikomanie, Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck sowie Infizierungsmöglichkeiten mit Hepatiden und HIV. Nach neusten Erhebungen sind ca. 30% der Drogenabhängigen mit Hepatitis A, 40 – 60% mit Hepatitis B und ca. 50 – 90% mit Hepatitis C infiziert. Nüchtern betrachtet tragen der Drogenkonsumraum, die niedrigschwelligen Hilfsangebote zur Minimierung der gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden des meist intravenösen Drogengebrauchs (Überlebenshilfe, Gesundheitsschutz, Infektionsprophylaxe) bei, sie dienen der gesundheitlichen und sozialen Basisversorgung und Schadensbegrenzung. Hier ist sicherlich Einiges erreicht worden.

Trotz positiver sozial- und ordnungspolitischer Auswirkungen von Drogenkonsumräumen als integrativem Bestandteil niedrigschwelliger Drogenhilfe, bleibt die gegenwärtige **Rechtssituation durch das vorherrschende Legalitätsprinzip** weiterhin prekär. Durch die Änderung im Betäubungsmittelgesetz (§ 10a) und länderspezifische Rechtsverordnungen gibt es „tolerierte Räume“ des Drogenkonsums. Diese Tolerierung gilt aber „draußen“ und in anderen Einrichtungen wie Notschlafstellen (§11) schon nicht mehr. Der Erwerb und Besitz von Drogen ist dort weiter verboten. Zudem ist nach den neuen Richtlinien zur Anwendung des § 31a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes (Gemeinsamer Runderlass des Justizministeriums vom 13.8.2007) die Eigenbedarfsgrenze bei Heroin, Kokain und Amphetamin aufgehoben worden. Dies bedeutet, dass die Rechtsverordnung des Landes NRW hinsichtlich der Drogenkonsumräume nur noch als „Ausnahmefall“ angesehen wird. Insofern wird die bereits bestehende rechtliche Unsicherheit in § 29 Abs. 1, Nr. 10 und 11 BtMG (Verschaffung und Gewährung einer Gelegenheit zum unbefugten Gebrauch) insbeson-

dere bei Konsumraummitarbeiterinnen unverhältnismäßig verschärft. Die Ausnahmeregelung erweist sich darüber hinaus für Außenstehende und auch für alle Beteiligten als kaum noch nachvollziehbar. Der Besitz einer Konsumration im Konsumraum ist „erlaubt“. Vor der Konsumraumbür ist er es jedoch nicht mehr. Aber wie es bei jeder Ware so ist: Um sie konsumieren zu können, muss sie besessen werden und um sie besitzen zu können, muss sie zunächst erworben werden. Und um diese dann im Konsumraum zu konsumieren, muss der Konsument den Konsumraum aufsuchen. Bei diesem „Aufsuchungsvorgang“ nun ist der Besitz einer Konsumration verboten und muss strafverfolgt werden. Dies kann keiner verstehen!? Drogenabhängige Menschen lassen sich zudem kaum durch die Aufhebung der Eigenbedarfsgrenze vom Drogenkauf und vom Konsum abhalten. Cui bono?

Ohne eindeutige gesetzliche Änderungen und Klarstellungen bleibt das so geschaffene System undurchsichtig und recht fragil. Die regionale Umsetzung hängt dabei entscheidend von der jeweiligen, „guten“ Kooperation in den Ordnungspartnerschaften ab. Daher fallen die regionalen Auslegungen der jeweiligen Vereinbarungen zwischen den Trägern von Konsumräumen und den Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden sehr unterschiedlich aus. So sind Zugänge zu Drogenkonsumräumen stark sanktioniert oder relativ offen, auswärtigen Konsumentinnen erlaubt oder sie werden ausgeschlossen. Identifikationskontrollen und Überwachungsmaßnahmen wurden rigide oder moderat ausgestaltet.

Notwendig wäre die Schaffung eindeutiger **rechtlicher Rahmenbedingungen**, die Rechtssicherheit für Mitarbeiterinnen und Nutzerinnen von Angeboten niedrigschwelliger Drogenhilfe sowie für die Strafverfolgungsbehörden gewährleisten. Flankierend wären weitere politisch-rechtliche Maßnahmen erforderlich. Die Entpönalisierung Konsum vorbereitender Handlungen, also die Herabstufung des Besitzes und Erwerbes von Drogen zu einer Ordnungswidrigkeit und die Einführung eines Opportunitätsprinzips auf polizeilicher Ermittlungsebene wären hier die ersten, einzuleitenden Schritte.

Da räumliche Ausschließung inzwischen vielerorts zu einem zentralen Merkmal urbaner, sicherheitsinszenierender Kontrollpolitik geworden ist, bleibt zu hoffen, dass Drogenkonsumräume als integrative Angebote niedrigschwelliger Drogenhilfe und prospektiv auch die Umsetzung staatlich kontrollierter Heroinvergabe nicht Teil sozialräumlicher Verdrängungsstrategien im Sinne weiterer sozialer Ausgrenzung drogenkonsumierender Mitbürgerinnen werden. Eine rein ordnungspolitische Perspektive im Sinne kontrollierender Neutralisierung abweichender Verhaltenweisen ist jedenfalls wenig sinnvoll.

„Junkie-Jogging“ und „Szenedislozierung“ (gelenkte Raumverteilung) als Auflösungsstrategien von Drogenszenen in einigen Großstädten, Razzien in niedrigschwelligen Drogenhilfseinrichtungen sowie Videoüberwachung des öffentlichen Raums nebst Intensivierung „neuer“ kommunaler Sicherheits- und Ordnungsverfügungen wie Platzverbote, Aufenthaltsverbote, in Gewahrsamnahmen für Menschen, die als „gefährlich“, „bedrohlich“, „störend“ oder „fremd“ visualisiert werden, verzeichnen darüber hinaus kaum Erfolge. Sie dezentralisieren und verdrängen Drogenszenen, deren Mitglieder dann kaum mehr erreichbar sind. Die Wirkung ist kontraproduktiv. Damit werden die Probleme im öffentlichen Raum nur verschärft, der ja eigentlich allen gehört.

Literatur:

akzept e.V.: Leitlinien für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen. Münster 2000

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2006. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin 2006

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

Heudtlass,J. et al (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. FHS-Verlag. Frankfurt 2005

Indro e.V.: Entwicklungsbegleitende und praxisintegrative Qualitätssicherung (EPQ). Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien. 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

Prinsleve,M./Martens,M.-S. : Entlastung für den Stadtteil? Die Auswirkungen eines niedrigschwelligen Drogenhilfeangebots auf die Anzahl an Drogenkonsumenten in Hamburg-St. Georg. In: Suchttherapie 2/2004, S. 83 – 89

Schneider,W.: Schadensbegrenzung in Drogenkonsumräumen. Ein kritischer Erfahrungsbericht am Beispiel Münster. In: Schneider,W./Gerlach,R. (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 2004

Schneider,W.: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger,B./Schneider,W.: Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 2005

Schneider,W.: Niedrigschwellige Drogenhilfe als Sozial- und Ordnungspolitik. In: Forum Kommunalpolitik 4/2006, S. 17 – 19

Schneider, W.: Die „sanfte“ Kontrolle. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 2006

Schneider,W./Stöver,H.: Das Konzept Gesundheitsförderung - Betroffenenkompetenz nutzen - Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass,J. et al (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. FHS-Verlag. Frankfurt 2005

Stöver,H.: Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik 2/2001, S. 3 – 12

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

Dr. Wolfgang Schneider
Leiter des Drogenhilfevereins INDRO e.V.

Unter Mitarbeit von:
Ulrich Dove
Gil Vogt

Satz und Layout:
Stefan Engemann

Eine ausführliche Dokumentation der Presseberichterstattung zum Drogenkonsumraum ist im INDRO - Jahresbericht 2006/2007 erschienen.