

Jahresbericht 2009

Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum

Integrative Angebote niedrigschwelliger,
szenenaher- und schadensminimierender Drogenhilfe

Konzeption, Leistungsbeschreibung,
Nutzungserhebung und Dokumentation

INDRO e.V.
Münster, Februar 2010

Drogentherapeutische
Ambulanz (DTA)
und
Konsumraum

Jahresbericht 2009

INDRO e.V.
Bremer Platz 18 - 20
48155 Münster
Tel. 02 51- 6 01 23
Fax: 02 51 – 66 65 80
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 als szenenahe medizinische Akutversorgung ergänzt. Nach den Umbauarbeiten erfolgte die offizielle Eröffnung am 16.4.1999. Das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum konnte am 10.4.01 durch den ersten Drogenkonsumraums mit offizieller Betriebserlaubnis in NRW erweitert werden. 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 Versorgungsleistungen wie soziale Beratungen und psychosoziale Betreuungen 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

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
- Medizinische Akutversorgung
- Infektionsprophylaxe und Safer Use
- Mobile Spritzenentsorgung und risikominimierende Aufklärung für Anwohner und Konsumentinnen im Bahnhofsbereich
- Ambulant Betreutes Wohnen für Abhängigkeitserkrankte
- Psychosoziale Unterstützung für Substituierte
- Aufsuchende, psychosoziale Begleitung/Betreuung von Migranten insbesondere Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten
- Szenenahe Frauenarbeit
- Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten.

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).

Gemäß der **Rechtsverordnung des Landes NRW** über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26.9.2000 sind folgende Zielbestimmungen als sog. „Betriebszwecke“ festgelegt worden:

„Der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll dazu beitragen,

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

Die entsprechenden **Leistungskriterien und Zielbestimmungen** für die Zielgruppe der langjährig und kompulsiv (zwanghaft und exzessiv) gebrauchenden Drogenabhängigen lassen sich konkretisierend zusammenfassen:

- 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 Aus- handlung 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 suchtttherapeutische Hil- fen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung als Hilfe „Just in Time“;
- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltenswei- sen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen).

Notfallplan und personale Sicherheitsregeln

Während des Betriebs des Drogenkonsumraums ist eine ständige Sichtkontrolle der App-likationsvorgänge, der Einhaltung der Hausregeln und des gesundheitlichen Allgemeinzus- tandes der Konsumentinnen durch in der Notfallversorgung geschultes Personal sicher- gestellt (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 (Rufnum- mer 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 Szendrogen 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 (Pulsoximeter, 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, 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 Konsumentinnen 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 2009 in 80 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	Eigenschutz: Handschuhe, Kanüle			
Bewusstseinskontrolle (Aas-Prinzip)	„Pulsoxi“ an Helfer 1 geben			
Puls-O2 Sättigungs-Kontrolle (‘Pulsoxi’) Allgemeinzustand prüfen (blaue Lippen ?)	Allgemeinzustand prüfen (blaue Lippen ?)			
„Zustand bedenklich !“	Vorbereitung: Rote Rettungsdecke + Beatmungsbeutel + Sauerstoffflasche			
„Notruf absetzen !“	Alarmknopf für Helfer 3 Notrufübermittlung an Büro	Eigenschutz: Handschuhe Unterstützung für Helfer 1 + 2	Konsumraum schließen (Anmeldezettel wegräumen)	Notruf absetzen (112) Zeit dokumentieren
Transport in Vorraum	Transportunterstützung	Konsumraum räumen	Rettungsweg freihalten	Rettungsweg freihalten
Umlagerung	Umlagerung	„Feuer aus !“	Rettungsdienst einweisen auf der Straße	Rettungsdienst einweisen auf der Straße
Mundraumkontrolle	evtl. absaugen, Fremdkörper entfernen (Magil Zange, Blaue Tasche)	Pulsoxi anschließen		
Kopf überstrecken	Puls-O2 Sättigungs-Kontrolle	ggf. automatische Blutdruckmessung		
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	
Beatmung (10-12 mal/min) Schwieriger Atemweg = Larynxtubus	Kein Puls: Herzdruckmassage: Beatmung (30:2 – 100x/min.)	Nach 2-3 min Wechsel		
erweitertes INDRO Atemwegsmanagement Schwieriger Atemweg = Larynxtubus	Assistenz beim INDRO Atemwegsmanagement	Assistenz beim INDRO Atemwegsmanagement		
Bei Naloxongabe: Verantwortung verweigern → „Ärztliche Verantwortung !“ → auf Transport ins Krankenhaus bestehen	Namen des Notarztes notieren			
Dokumentation (Notfallprotokoll)	Aufräumen 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 werden (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 sorgen 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, Milchzucker, 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).

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 ungeohnt 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, zum inhalativen Drogengebrauch sowie zum Drogennotfall (Erkennen einer Überdosis und Vorgehen beim Auffinden einer überdosierten Person) entwickelt.

Ferner werden Falblätter zur „**Substitution und Schwangerschaft**“ und „**Schwangerschaft bei Drogenkonsumentinnen**“ (auch in russischer und türkischer Sprache) zielgerichtet in Gesprächen mit drogenkonsumierenden 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 Hilfsmöglichkeiten in der Stadt.

Insbesondere die **Hepatitisprävention** also das flächendeckende Bereitstellen entsprechender Prophylaxemaßnahmen wie steriles Spritzenbesteck, sterile Löffel zum Aufkochen, Vermittlung von Hygienemaßnahmen wie Hinweise zum Händewaschen wurde 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 entwickelt 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.

Zudem werden **Drogennotfalltrainings für Konsumierende** als weitere Elemente gesundheitsfördernder Maßnahmen 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:

- 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)

Zugangskriterien, Hausordnung und Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten

Im Drogenkonsumraum dürfen Konsumentenschlossene nach Unterzeichnung der 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 Konsum Erfahrung 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 niedrigschwelligen 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 Wirkweisen 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. 2005). 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-, Wart- 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 zur Zeit nur mögliches Maximalkonzept - folgende Öffnungszeiten der Drogentherapeutischen Ambulanz mit integriertem Drogenkonsumraum vorgehalten:

Montag:

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

Dienstag:

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

Mittwoch:

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

10.00 - 13.00 Uhr (Frauenangebot mit Kinderbetreuung)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

Donnerstag:

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

10.00 – 13.00 Uhr (Frühstücksangebot)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

Freitag:

09.00 - 16.00 Uhr (Spritzentausch/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 Spritzentausch 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.

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, niedrigschwelligen 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 unmittelbar praxisbezogenes Qualitätssicherungsverfahren wird abgerundet durch wöchentliche Team- und Organisationsbesprechungen, interne und externe Praxisreflexionen, 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. 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 2009 wurde erneut eine **Erhebung zur Erfassung der Zufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen** des Drogenkonsumraums durchgeführt. Ziel der regelmäßigen Erhebungen ist 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 sollen 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 weiterhin 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“. „Wenn Du mal umfällst, hast Du den richtigen Mann am Start“. „Ich bin da gut aufgehoben, wenn was passiert“), die Anonymität und Diskretion („Damit man das nicht in der Öffentlichkeit machen muss“. „Um nicht ins Gebüsch zu gehen“. „Damit ich nicht in der Öffentlichkeit konsumieren muss“), den geringen polizeilichen Verfolgungsdruck („Weil hier keine Polizei ist“), 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 und ein zweiter Raucherraum installiert werden sollte. Ferner wünschen sich viele Konsumenten eine **Ausweitung der Öffnungszeiten** insbesondere auch eine Öffnung am Wochenende.

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
17	24	3	5	

Medizinische Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
30	16		3	

Soziale Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
29	12	4	5	

Öffnungszeiten des Konsumraums

1	2	3	4	5
2	12	14	17	5

Hausregeln im Konsumraum

1	2	3	4	5
12	26	9		2

Erreichbarkeit des Konsumraums

1	2	3	4	5
14	20	8	4	2

(N= 50; fehlende Personen = keine Angaben)

An Angeboten, die neben dem Konsumraum intensiv genutzt werden, wurden Spritzen-tausch (40 Befragte), Kontaktladen (36 Befragte) Beratung und Vermittlung in andere städtische Versorgungssysteme (28 Befragte), medizinische Versorgung (16 Befragte) und Körper- und Waschhygiene (5 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 (29 Interviewte), mehr über Infektionsprophylaxe nachzudenken und auch diesbezügliche Vermeidungsstrategien zu entwickeln (36 Interviewte), sich mehr Zeit beim Konsum zu lassen (37 Interviewte), sensibler mit Blut umzugehen (33 Interviewte), im Konsumraum und nicht auf der Straße zu konsumieren (27 Interviewte), die Wunden/Abszesse früher behandeln zu lassen (34 Interviewte), häufiger Spritzen zu tauschen als früher (35 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“, „Ich lasse meine Abszesse und Wunden früher behandeln“. Auf die Frage, ob sie durch den Konsumraum mehr konsumieren als früher, antworteten 45 Befragte mit Nein. 18 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 43 Interviewte mit „zu Hause“, 18 Befragte „bei Freunden/Bekanntem“, 15 Interviewte „in der Öffentlichkeit“ und 6 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. Zwei Interviewte gaben an, eine Spritze gemeinsam benutzt zu haben. Löffel wurden von 4 Befragten, Filter von einem Interviewten, Wasser von 5 und Ascorbin von 4 Befragten gemeinsam genutzt. 38 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 alle 50 Interviewten mit Nein. Aber hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung der eigenen Spritze, erklärten 18 Befragte, diese grundsätzlich nur einmal zu nutzen. 15 Interviewte antworteten „Manchmal zwei oder drei Mal“, 5 Befragte „Es kommt vor, dass ich eine Spritze häufiger als drei Mal nutze“.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser sicherlich nicht repräsentativen Erhebung, 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 2009 konnte festgestellt werden, dass wöchentlich ca. 3.000 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 der Wirk-

samkeit des Drogenkonsumraums aus der Sicht der Nutzerinnen werden weiterhin regelmäßig durchgeführt.

Exemplarisch: Tagesprotokoll im Konsumraum

10:30 Uhr

Vorbereiten des „Raumes“, sterilen Injektionsbestecks (Spritzen und Kanülen) und Zubehörs (Löffel, Ascorbinsäure, Tupfer etc.), Nutzervereinbarungen bereit legen (in deutscher, russischer und englischer Sprache). Checken des Notfallkoffers und der Sauerstoffflasche.

10:45 Uhr

Reflexion mit den Kollegen (2 im Konsumraum, 1 an der Anmeldung) über Auffälligkeiten des Vortages (Notfallsituationen, potentiell gefährdete Personen, Besonderheiten etc.) und Aufteilen der Arbeitsbereiche (im Verlauf „Rotationsprinzip“).

11:00 Uhr

Öffnung des Konsumraumes.

Sascha, Igor, Oliver und Sandra unterschreiben die Nutzervereinbarung und bekommen, ohne Einführungsgespräch, da sie schon seit langer Zeit regelmäßig den Konsumraum nutzen, ihr „Set“.

11:02- 11:18 Uhr

Oliver ist schon „fertig“ und klagt über Schmerzen an der Einstichstelle. Ihm wird ein „heparinhaltiger“ Salbenverband in dem angrenzenden Behandlungsraum der DTA angelegt und der Hinweis gegeben, diese Stelle erst einmal mit Injektionsversuchen zu meiden. Er erzählt uns, dass er sein Abitur nachmachen will und er die Chance einer Festanstellung bei seinem Arbeitgeber hat. Um nicht noch mehr „abzustürzen“, überlegt er eine substitions-gestützte Behandlung zu beginnen. Da er nicht genau weiß, wie dies funktioniert, gebe ich ihm die Adressen der ortsansässigen substituierenden Ärzte sowie Informationen über die unterschiedlichen Substitutionsmittel und deren Wirkungsweise

Da wir Sandra schon lange kennen, fällt uns auf, dass sie ein wenig „durcheinander“ wirkt. Wir fragen nach, ob alles in Ordnung ist und erfahren, dass ihr das Sorgerecht für ihr Kind vom Jugendamt entzogen werden soll. Bevor Sandra konsumiert, bieten wir ihr im Sinne einer Krisenintervention ein Gespräch an, welches sie auch dankend annimmt. Sandra konsumiert, so wie in letzter Zeit öfter, Heroin und Kokain gemischt und teilt uns auf Nachfrage mit, dass sie vorher Benzodiazepine sowie Alkohol eingenommen hat. Da dies zusätzliche Risikofaktoren für eine Überdosierung sind, achten wir besonders auf sie und weisen sie darauf hin, dass sie erst einmal nur die Hälfte konsumieren sollte.

Sascha hat nach zehn Minuten dann auch mal „getroffen“. Da er die für ihn übliche Menge konsumiert, wundern wir uns, dass er leicht eintrübt, d.h. weniger ansprechbar ist und weniger atmet. Wir vermuten, dass das von ihm injizierte Heroin einen höheren Reinheitsgehalt hat als sonst.

11:19 Uhr

Nachdem wir mittels „Pulsoxymeter“ den Puls und die Sauerstoffversorgung von Sascha überprüft haben (Puls: 62, Spo2: 89 %), kommen wir zu dem Schluss, ihn aufgrund seiner leichten Überdosierungserscheinungen in den Behandlungsvorraum der DTA mitsamt seinem Stuhl zu ziehen und ihm dort medizinischen Sauerstoff und ein wenig Traubenzu-

cker zu verabreichen, um seinen Zustand zu verbessern. Es greifen die Maßnahmen nach dem Notfallplan für den „leichten Notfall“.

Da er „teilweise“ doch noch erweckbar ist und ansprechbar, trinkt er den Traubenzucker und spricht auch nach 5 Minuten auf den Sauerstoff an, so dass er wieder komplett selber regelmäßig atmet und auch wieder komplett bei Bewusstsein ist. Er verlässt die DTA und wir sehen ihn heute auch nicht wieder.

11:20 – 12:33 Uhr

Bisher 26 Konsumvorgänge (13-mal Heroin intravenös, 8-mal Heroin geraucht im Raucherraum und 2-mal Heroin + Kokain gemischt intravenös und 2-mal Kokain intravenös). Alles ohne weitere Zwischenfälle. Hier und da einmal eine kleine medizinische Versorgung (Pflaster, Salbe zur Venenpflege) und 2 Anfragen bzgl. Entgiftungsmöglichkeiten in Münster.

12:34 Uhr

Sergej, ein uns schon seit langer Zeit bekannter Russlanddeutscher erzählt uns, dass er sein Heroin bei einem ihm unbekanntem Dealer gekauft hat. Wir raten ihm deshalb den Reinheitsgehalt seines Stoffes mit Hilfe des „Wassertestes“ zu überprüfen.

Löst sich das Heroin auf dem Löffel ohne weitere Zusätze unproblematisch allein in Wasser auf, kann dies ein Hinweis auf einen ungewohnt hohen Reinheitsgehalt sein. Hierbei stellt er fest, dass der Heroingehalt gering ist und dementsprechend viele Strecksubstanzen enthält. Nach dem Konsum fängt Sergej an zu zittern, offensichtlich hat er einen „Shake“, also eine durch die Streckmittel verursachte Körperreaktion. Wir begleiten ihn in den Behandlungsraum der DTA, geben ihm eine wärmende Decke und überwachen seine Vitalfunktionen. Nach 20 Minuten bessert sich sein Zustand und er verlässt die Einrichtung.

12:48 Uhr

Martin, ein 25-jähriger Mann betritt den Konsumraum. Da wir beide ihn schon lange nicht mehr gesehen haben und er eine große Tasche bei sich trägt, fragen wir ihn, wo er denn jetzt gerade herkommt und wie lange es her ist, dass er das letzte Mal etwas genommen hat.

Martin: ... aus der Entgiftung, bin da rausgeflogen, so ein Mist ... Hab seit 6 Tagen nix mehr genommen und will jetzt „Braunes“ nehmen. Aber keine Sorge, ich nehm schon seit 7 Jahren Heroin und da ist noch nie was passiert...

Wir erklären ihm, dass seine Opiattoleranz mittlerweile durch die Entgiftung gesunken ist und er doch lieber erst einmal die Hälfte nehmen soll, um zu gucken, wie die Wirkung des Heroins ist und dann gerne noch eine zweite Spritze mit Kanüle für den „Rest“ bekommen kann. Martin lässt sich auf unseren Vorschlag ein und konsumiert erst einmal „nur“ die Hälfte des Heroins intravenös. Er verdreht kurz die Augen und sagt dann: „Man das ist aber gutes Zeug ...“ Seine Lippen werden kurz blau und wir überprüfen seine Vitalwerte wieder mit dem Pulsoxymeter (Puls:87/ SpO2 bei 91 %). Gleichzeitig sprechen wir Martin an und sagen ihm, dass er doch einige Male tief einatmen soll, um seine Sauerstoffversorgung im Körper wieder zu aktivieren. Nach ein paar tiefen Atemzügen normalisiert sich seine Sauerstoffsättigung wieder auf 100 % und die blauen Lippen verschwinden. Martin konsumiert die zweite Hälfte seines Heroins, diesmal ein wenig langsamer und alles bleibt normal. Nach ein paar Minuten steht er auf, bedankt sich bei uns für die Hilfe und den guten Tipp, die Konsumeinheit aufzuteilen und verlässt den Raum. Noch mal gut gegangen, denken wir uns.

13:12 – 14:34 Uhr

15 weitere Konsumvorgänge später. Nachdem wir mittlerweile die Positionen durch das „Rotationsprinzip“ gewechselt haben, befinde ich mich mittlerweile an der Spritzentauschtheke, der Anmeldung zum Konsumraum, und zwei Männer sprechen mich in halb gebrochenem Deutsch auf das Konsumieren hin an. „Wo, wir können?“. Da gerade Igor, der heute schon das dritte Mal im Konsumraum war, aus dem Konsumraum heraus kommt, bitte ich ihn kurzerhand, ob er für mich den Dolmetscher spielen kann, da die beiden vermutlich russisch sprechen. Igor erklärt ihnen den Ablauf und ich händige ihnen, nachdem sie mir versichert haben, dass sie sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden, die Nutzervereinbarung in russischer Sprache aus, den sie auch unterschreiben. Diese Vorgehensweise hat sich bei uns besonders bewährt, so dass die Russlanddeutschen, die wir schon erreicht haben und die auch Vertrauen zu uns haben, uns hierbei hervorragend unterstützen. Um noch ein bisschen mehr über die beiden heraus zu bekommen, da alle drei Mitarbeiter die beiden nicht kennen, übersetzt Igor noch weitere Fragen und wir bekommen heraus, dass Dimitri und Alexander aus Osnabrück kommen und gerade aus dem Gefängnis an der Gartenstraße in Münster entlassen wurden (6 Monate und 4 Monate Haftaufenthalt). Sie haben auf der Szene gehört, dass es hier einen Konsumraum gibt, wo es sicherer und hygienischer ist zu konsumieren. Da Igor leider weg muss, gestaltet sich der notfallpräventive Ansatz bei den beiden etwas schwieriger, so dass die beiden vermutlich ihre vorher gewohnte Menge an Heroin aufkochen und sich injizieren wollen.

14:44 Uhr

Da bei den beiden eine potentielle Überdosierungsgefahr besteht, bin ich von meinem Posten an der Theke mit in den Konsumraum gegangen, so dass wir nun zu dritt sind. Der Einlass zum Konsumraum wird kurzzeitig gestoppt, was für ein bisschen Unmut der wartenden Konsumenten sorgt, aber aufgrund unserer Erfahrung bei vorher schon aufgetretenen Notfallsituationen durch die bauliche Enge nicht anders möglich ist und so auch Sinn macht.

14:48 Uhr

Dimitri ist ein bisschen früher fertig, als Alexander und zeigt gleich die typischen Anzeichen einer Heroin Überdosierung, verengte Pupillen, Blaufärbung der Lippen durch die atemdepressive Wirkung des Opiates und zunehmende Bewusstseinsintrübung. Sofort greift unser mittlerweile eingespielter Notfallplan. Alle drei Helfer achten auf die vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen und ziehen sich Einmal-Handschuhe an und achten darauf, dass keine Spritze oder Kanüle mehr im Gefahrenbereich ist. Alexander wird signalisiert, dass er seine Kappe auf die Spritze machen und kurz mit seinem Konsumvorgang warten soll, und Helfer 1 entsorgt die auf dem Tisch liegende Spritze im Abwurf. Da es mittlerweile erkennbar ist, dass Dimitri nicht mehr atmet (keine Atembewegungen mehr erkennbar, Blaufärbung der Lippen, bei komatösem Zustand) greift der Notfallablauf bei „schwerem“ Notfall.

Dimitri wird mit seinem Stuhl in den Vorraum gezogen, da dort mehr Platz zum Arbeiten ist und wird mit zwei Helfern vorsichtig auf den Boden gelegt (dort wird vorher ein Tragetuch platziert). Helfer 1 beginnt mit der Beatmung und benutzt dabei einen Beatmungsbeutel. Zur Erleichterung der Beatmung überstreckt Helfer 1 den Kopf und legt eine Atemwegshilfe ein (Guedel-Tubus oder Wendl-Tubus). Helfer 2 schließt an den Beatmungsbeutel mit Reservoir den **medizinischen Sauerstoff** (mit einer Flussgeschwindigkeit von 15 l pro Minute) an. Helfer 3 wird angewiesen, im Büro nebenan den Notruf abzusetzen, mit der Diagnose Atemstillstand nach Heroinkonsum.

14: 50 Uhr NOTRUF 112

Nachdem Helfer 3 wieder da ist, kümmert er sich um die weitere Aufsicht der anderen Konsumenten, in diesem Fall von Alexander.

Während Helfer 1 beatmet (ca. 10-12-mal in der Minute) überprüft Helfer 2 mittels Pulsoxymeter die Kreislaufzeichen (ggf. Blutdruckmessung). Der Pulsoxymeter reagiert sehr schnell, nachdem er am Finger angeschlossen ist und zeigt uns einen Puls von 82 an und eine Sauerstoffsättigung von 79 %, so dass keine Herzdruckmassage, sondern „nur“ eine Beatmung erfolgt. Da die Sauerstoffsättigung immer noch bei „nur“ 79 % liegt, beschließen wir eine weitere Stufe unseres Atemwegsmanagements fortzuschreiten und erhöhen den Kopf mithilfe einer Unterlage und Helfer 1 und Helfer 2 führen einen doppelten C-Griff zusammen durch. Durch diese beiden Manöver wird nun eine effektive Beatmung erreicht und die Sauerstoffsättigung steigt auf 98%.

14:55 Uhr

Eintreffen von Rettungswagen und Notarzt

An den eingetroffenen Notarzt wird eine Übergabe gemacht, die Notfallsituation, Substanz, Namen, evtl. Vorerkrankungen und Besonderheiten (russisch sprechender Konsument, Notfall nach Gefängnisaufenthalt etc.) beinhaltet und es wird ggf. eine Kopie des Drogennotfallprotokolls mitgegeben. Der Notarzt beschließt, da sich der Patient ja weiterhin von meinem Kollegen gut beatmen lässt, auf die Gabe von Naloxon zu verzichten und lagert Dimitri von unserem Bergetuch auf die Trage um.

15:04 Uhr

Zu diesem Zeitpunkt hat er schon wieder Eigenatmung, so dass nur noch eine Inhalation von Sauerstoff erfolgt.

Dimitri wird in stabilen Zustand ins Krankenhaus transportiert.

15:05 – 15:20 Uhr

Es erfolgt eine Nachbesprechung des Notfalles und die verwendeten Materialien werden wieder aufgefüllt und der Konsumraum wird wieder für den Betrieb geöffnet.

15:20 – 16:30 Uhr

Es kommt in der folgenden Zeit zu einem leichten Atemdepression nach Heroinkonsum, die durch Sauerstoffgabe behoben werden kann, und in einem Fall hat eine Konsumentin leichte Kreislaufprobleme, die durch Traubenzuckergabe zurück gehen..

16:35 – 16:58 Uhr

Reinigung und Desinfektion des Konsumraumes und fachgerechte Entsorgung der infektiösen Materialien. Vorbereitung der „Sets“ für den nächsten Tag. Nachbesprechung über besondere Vorkommnisse (Notfälle, Hausverbote etc.). Dienstende.

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.).

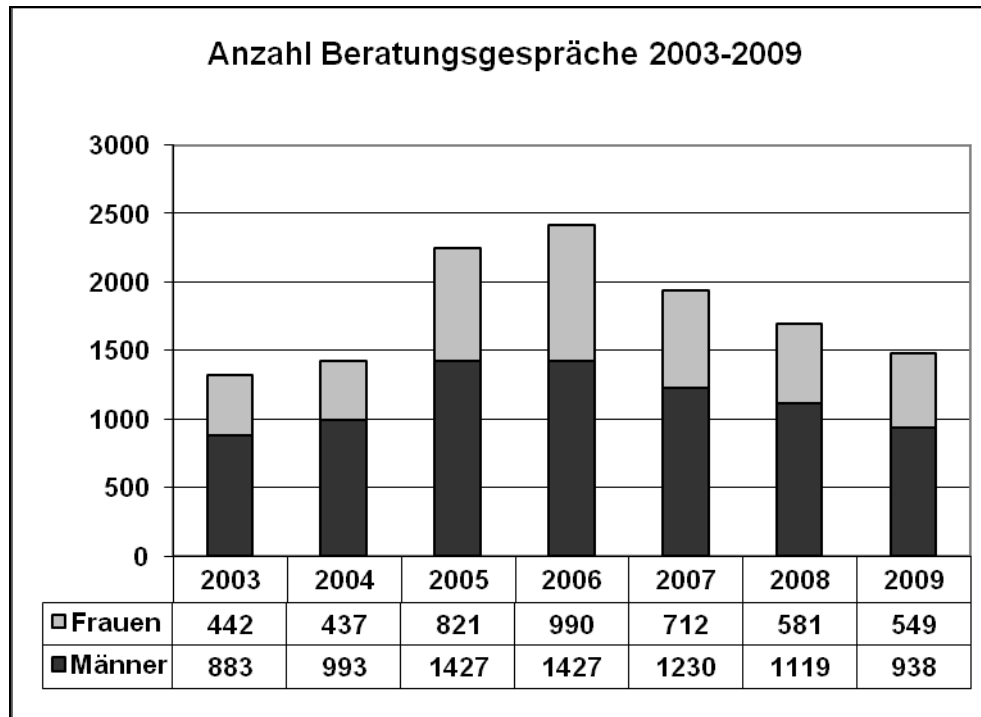
Die hier nun wiedergegebene statistische Aufbereitung der Angebotsnutzung bezieht sich auf die Konsumraumerhebung und auf unsere eigene, tägliche Datenerhebung zur Nutzung der Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA) nach folgenden Kriterien:

- 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 sieben Jahre (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009) aufgearbeitet.

Daten zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz

Graphik 1: Beratungsgespräche 2003 - 2009

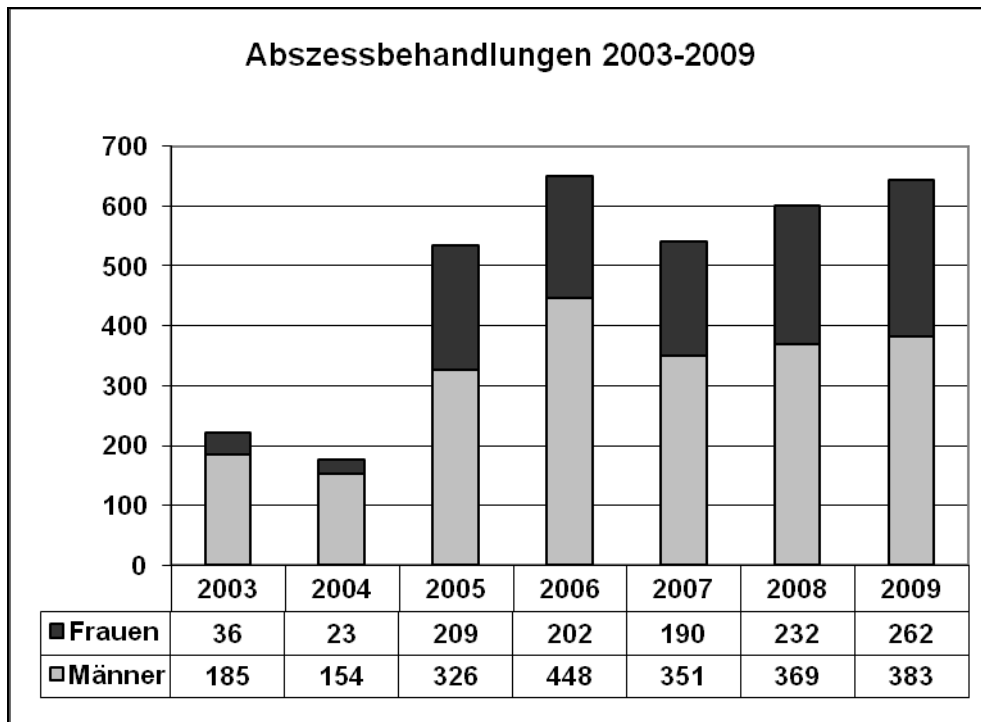


Graphik 1 zeigt die Anzahl der durchgeführten medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche im Vergleich der Jahre 2003 – 2009. Die Gesprächskontakte sind 2009 im Vergleich zu 2006 und 2007 leicht gesunken. Insgesamt wurden 2009 1.487 (2003: 1.325; 2004: 1.430; 2005: 2.248; 2006: 2.417; 2007: 1.942; 2008 1.700) Beratungsgespräche durchgeführt. Das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum wird also über die Jahre gesehen permanent stark in Anspruch genommen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Vertrauen der Besucher zum Arzt, zum Pflege- und zum sozialpädagogischen Betreuungspersonal stetig gewachsen ist.

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

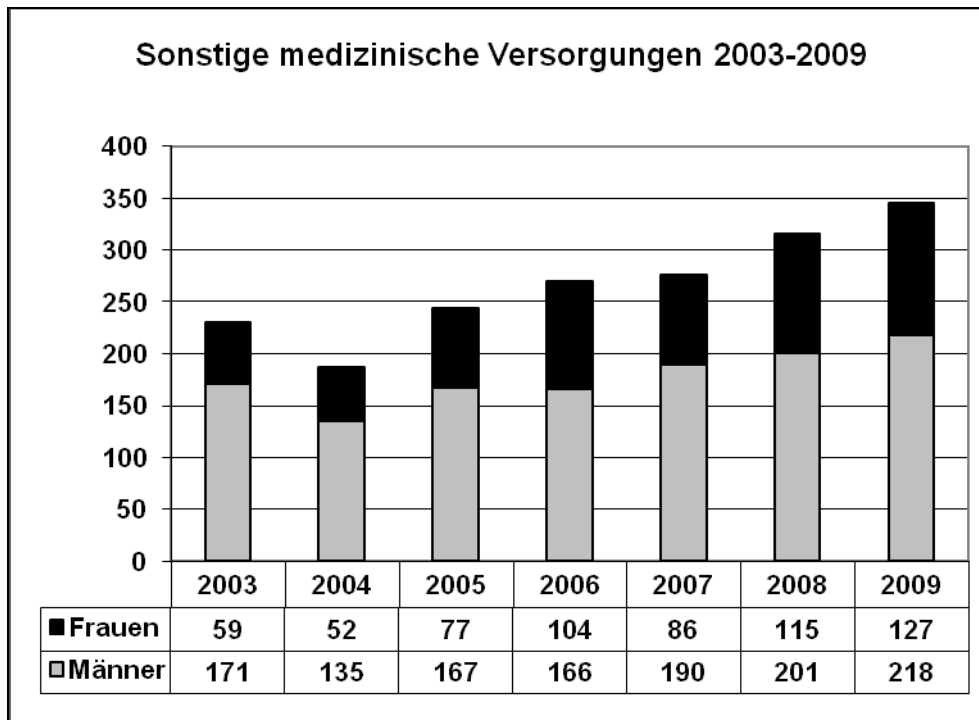
- Soziale Probleme
- Abszessvorbeugung und Abszessbehandlung
- Safer Use
- Hautprobleme
- Wundbehandlungen
- Blutdruck/Kreislauf
- Hepatitis und HIV
- Venenpflege
- Kopfschmerzen
- Magenprobleme
- Gynäkologische Probleme (Pilzkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft etc.)

Graphik 2: Abszessbehandlungen 2003 - 2009



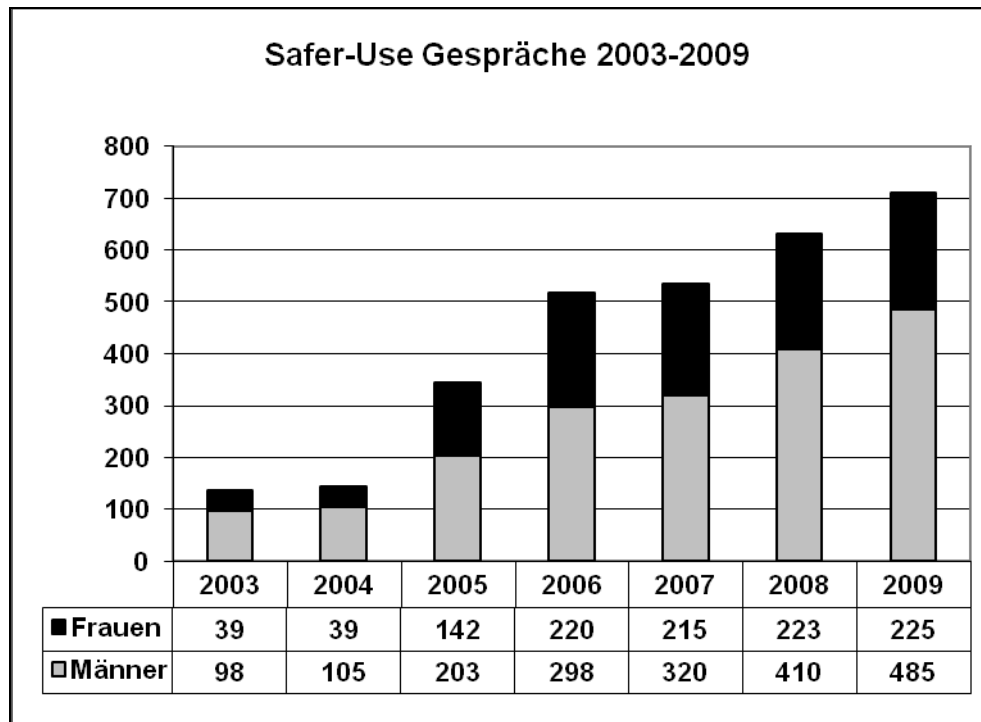
Graphik 2 verdeutlicht die medizinische Inanspruchnahme im Hinblick auf Abszessbehandlungen im Vergleich der Jahre 2003 – 2009. Insgesamt wurden 2009 645 Abszessbehandlungen (2005 535; 2006 650; 2007 541; 2008 601 Behandlungen) im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz durchgeführt (bei 262 Frauen und 383 Männern). Im Vergleich zu 2008 ist eine leichte Zunahme der Abszessbehandlungen vor Ort in der DTA festzustellen. Diese insgesamt gesehen hohe Anzahl an Abszessbehandlungen verdeutlicht die inzwischen große Akzeptanz der Einrichtung bei drogenabhängigen Menschen hinsichtlich der Nutzung medizinischer Akutversorgungen.

Graphik 3: Sonstige medizinische Versorgung 2003 -2009



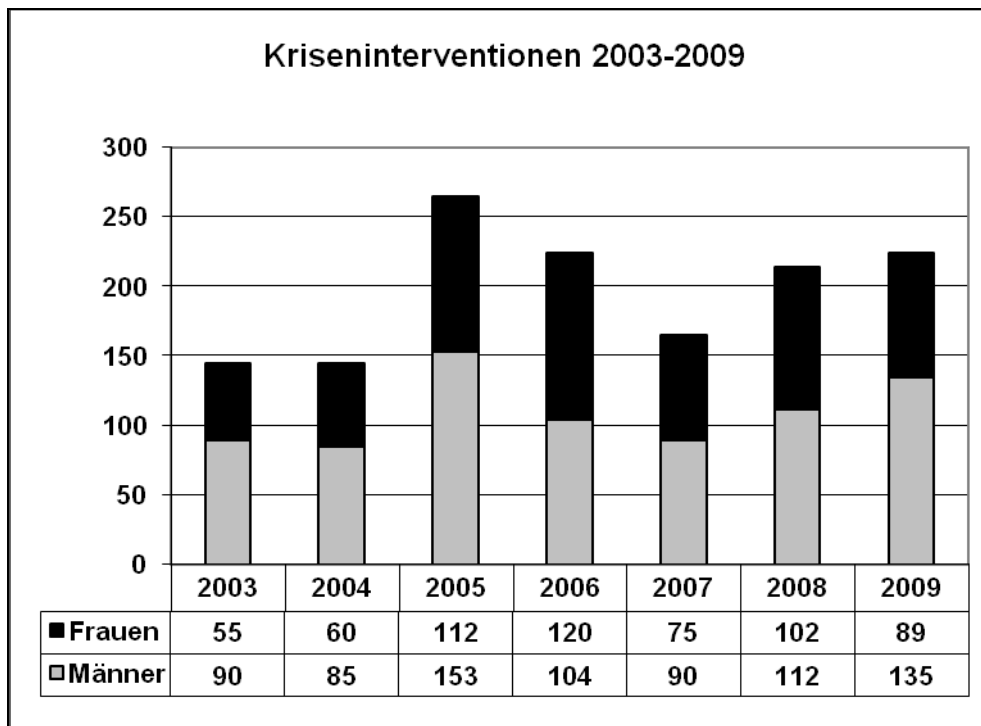
Graphik 3 gibt nun die sonstigen medizinischen Behandlungen der Jahre 2003 bis 2009 wieder. Wie aus der Graphik ersichtlich, wurden in 2009 insgesamt 345mal medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen (2008 316 Behandlungen) und dies bei 127 Frauen und 218 Männern. Bei den medizinischen Versorgungsleistungen dominieren leichtere Hauterkrankungen, kleinere Wundbehandlungen und Blutdruck- und Kreislaufprobleme. Insgesamt ist eine kontinuierliche Steigerung der Inanspruchnahme dieser kostenlosen Versorgungsleistungen festzustellen, was wieder für das integrative, niedragschwellige Versorgungsmodell spricht.

Graphik 4: Safer-Use- Gespräche 2003 – 2009



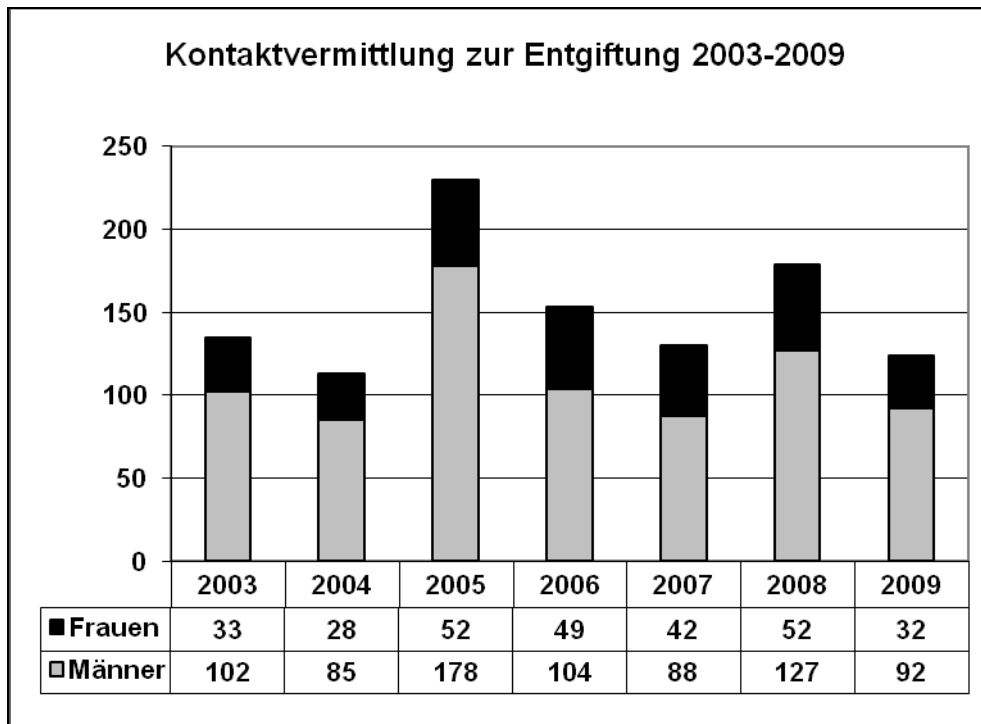
Graphik 4 verschafft einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten Safer-Use-Gespräche im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz. In 2009 wurden 710 Safer-Use-Gespräche dokumentiert (in 2008 633 Gespräche) mit insgesamt 225 Frauen und 485 Männern. Themenschwerpunkte sind nach wie vor: Aufklärung 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 kann eine deutliche Zunahme der Safer-Use-Gespräche in den letzten Jahren konstatiert werden. Die ab 2006 eingeleitete Intensivierung der pädagogisch-sozialen Maßnahmen zur Hepatitisprävention, zur Aufklärung hinsichtlich polyvalenter Drogengebrauchsmuster und bezüglich der Problematik des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln spiegelt sich in dieser statistischen Gesamtschau der Jahre 2006 - 2009. Infektionspräventive Botschaften werden verbal und medial (über entsprechende Faltblätter) vermittelt und auch wirksamkeitsbezogen genutzt.

Graphik 5: Kriseninterventionen 2003 – 2009



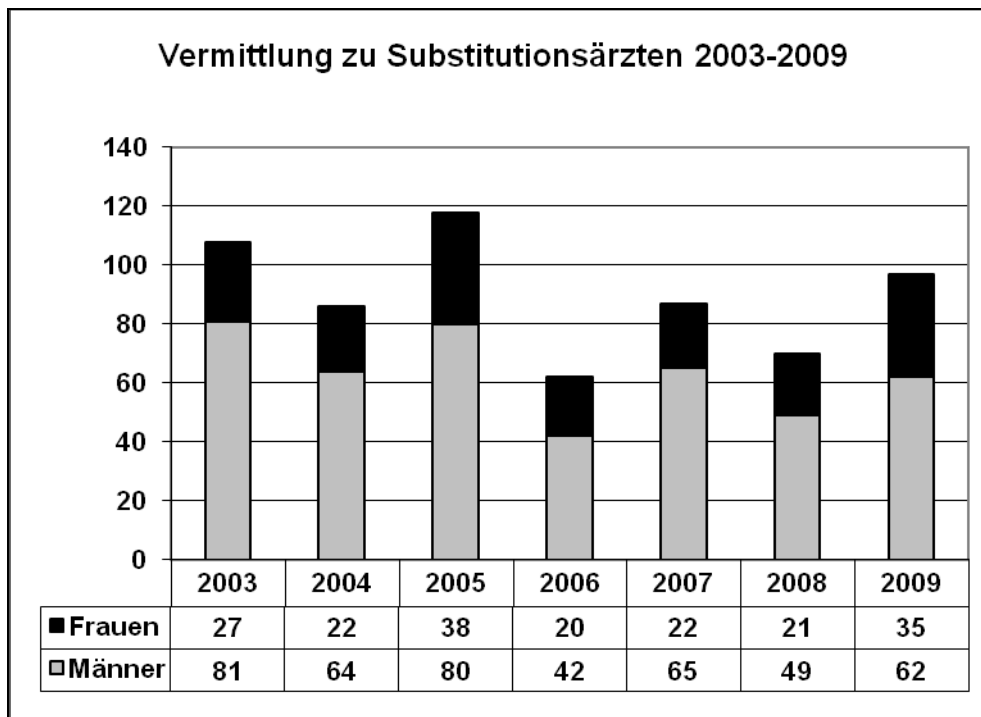
Im Erhebungszeitraum 01.01.2009 – 31.12.2009 wurden insgesamt 224 (2008 214) Kriseninterventionen mit 89 Frauen und 135 Männern) durchgeführt. In 2009 ist also wieder eine leichte Zunahme der Interventionen bei psychischen und sozialen Krisen dokumentiert. Häufig geht es hierbei um psychische und soziale Ausnahmesituationen, die ein sofortiges, einzelfallbezogenes Krisen- und Casemanagement erforderlich machen: Haftproblematik, Depressionen, Wohnungsnot, Arztkonflikte, Sozialamts- und/oder Hartz IV-probleme, Beziehungsprobleme, bevorstehende Gerichtsverhandlung, Verschuldung, Räumungsklage, Vormundschaftsprobleme, Abgabe eines Kindes, Prostitution, Schwangerschaftskonflikte etc.

Graphik 6: Kontaktvermittlung zur Entgiftung 2003 – 2009



Graphik 6 zeigt die Kontaktvermittlungen zur Entgiftung im Arbeitsbereich der Drogen-therapeutischen Ambulanz. In 2009 konnten insgesamt für 124 Menschen (32 Frauen und 92 Männer) Entzugskontakte hergestellt werden (in 2008 179 Personen). Hier ist im Vergleich zu 2008 ein leichter Vermittlungsrückgang festzustellen.

Graphik 7: Vermittlungen zu Substitutionsärzten 2003 – 2009



In dieser Graphik wird die Vermittlungsanzahl von Personen wiedergegeben, die eine Substitutionsbehandlung aufnehmen wollten. In 2009 konnten insgesamt 97 Menschen (35 Frauen und 62 Männer) im Vergleich zu 70 Personen in 2008 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. 720 Menschen werden mit Methadon, Buprenorphin (Subutex) und anderen Mitteln in Münster substituiert.

Fazit zur Entwicklung der Arbeit der Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA)

Die Nutzungen der integrativen Versorgungsangebote 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 Zielgruppe der Drogenkonsumentinnen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene wird weiterhin deutlich erreicht. Der Siebenjahresvergleich zeigt, dass die gesundheitspräventiven Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz in der Gesamtrahmung des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums fest verankert sind. Hier greift denn auch die integrative Vernetzung mit städtischen und anderen Versorgungssystemen. 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** innerhalb 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.

Daten zur Konsumraumnutzung

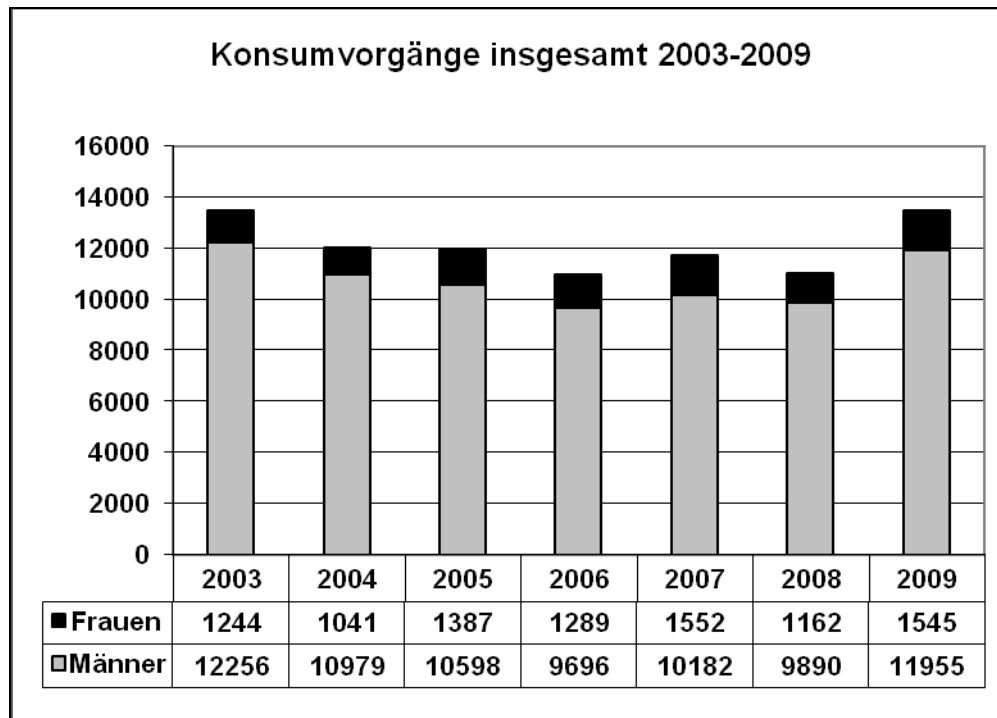
Die nun folgende statistische Auswertung hinsichtlich der Nutzung des Drogenkonsumraums in den Jahren 2003 - 2009 bezieht sich auf die Datenerfassung für das Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (durchgeführt von der Landeskoordination Integration in Köln), die von uns täglich durchgeführt 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 – 2009 an 1.992 Tagen mit insgesamt 11.321,5 Zeitstunden geöffnet (2009: 250 Tage mit 1.446,5 Zeitstunden).

Konsumvorgänge

Graphik 8: Konsumvorgänge 2003 – 2009

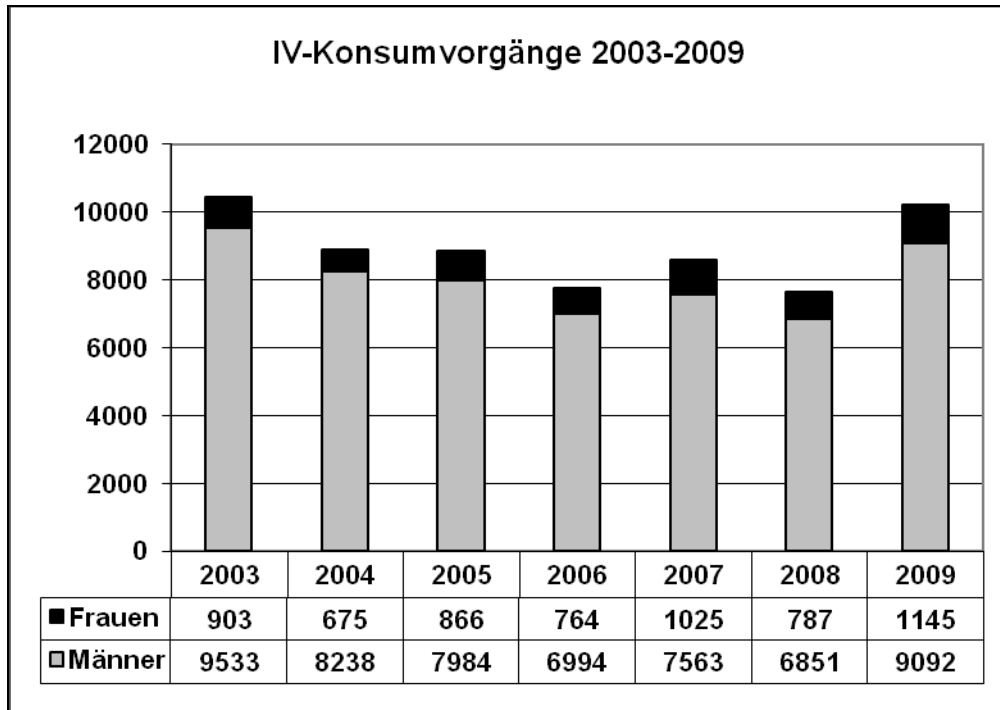


Unter einem Konsumvorgang verstehen wir den intravenösen, inhalativen, nasalen und/oder oralen Gebrauch von in der Rechtsverordnung des Landes NRW festgelegten Substanzen durch eine Person in einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort (Konsumraum) mit entsprechenden Gebrauchsutensilien. Bei der Erfassung von Konsumvorgängen gilt das „Lichtschrankenprinzip“: Jeder der den Konsumraum nach Anmeldung, Unterzeichnung der Nutzungsvereinbarung und Kurzbefragung für die Konsumraumstatistik mit den entsprechenden Gebrauchsutensilien (Spritzenset, 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.

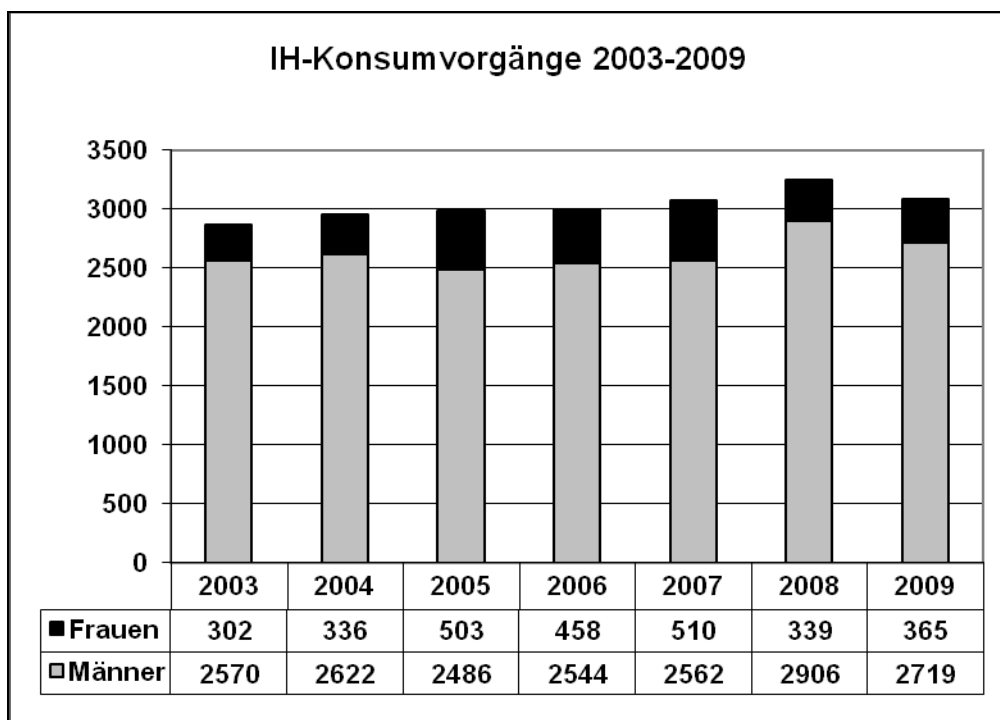
Aus der vorstehenden Graphik 8 geht nun hervor, dass in 2009 insgesamt 13.500 Konsumvorgänge (2008 11.052) dokumentiert werden konnten (1.545 Frauen und 11.955 Männer). Somit fanden täglich im Durchschnitt etwa 54 Konsumvorgänge - bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von ca. 10 Minuten bei intravenösem und ca. 15 bis 20 Minuten bei inhalativem Gebrauch - statt. Dies sind 13.500 Konsumvorgänge in 2009, die **nicht** im öffentlichen Raum praktiziert wurden: Insgesamt fanden in den Jahren 2002 – 2009 100.151 Konsumvorgänge nicht in öffentlichen Bereichen statt. Das Verhältnis Männer - Frauen beträgt in 2009 ca. 7:1. Im Vergleich zu den in 2008 praktizierten Konsumvorgängen (11.052) ist eine deutliche Zunahme der Konsumvorgänge in 2009 festzustellen (in 2002: 15.375; 2003: 13.500; 2004: 12.020; 2005: 11.985; 2006: 10.985; 007: 11.734 Konsumvorgänge).

Konsumformen

Graphik 9: IV-Konsumvorgänge 2003 - 2009



Graphik 10: IH-Konsumvorgänge 2003 - 2009



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 2009 9.092 intravenöse Anwendungen). Bei den Frauen konnten in 2009 1.145 intravenöse Applikationen ermittelt werden. Der inhalative Gebrauch wurde im Untersuchungszeitraum 2009 3.084 mal dokumentiert (365 Frauen und 2.719 Männer). Auch hinsichtlich eines Vergleichs mit den Erhebungen von 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 und 2008 bleibt das intravenöse Gebrauchsmuster insbesondere bei den Männern absolut dominant. 2002 – 2009 wurden also insgesamt 74.137 intravenöse Applikationen und 24.681 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 aufgrund der großen Nutzungsnachfrage dringend notwendig erscheint.

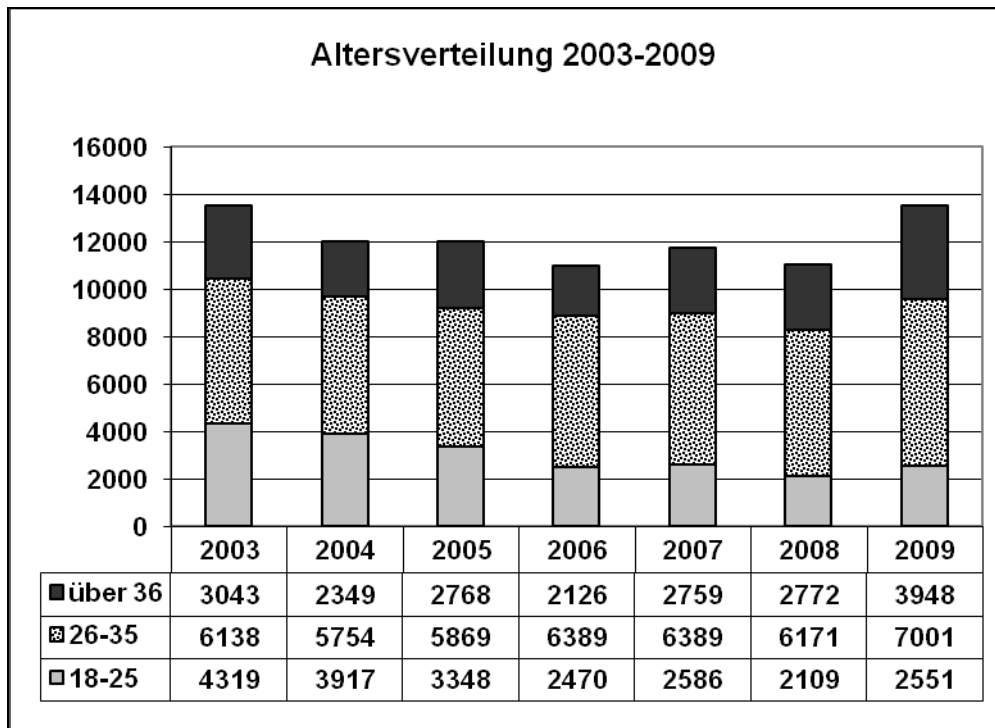
In 2009 wurden darüber hinaus auch 163 nasale Applikationsvorgänge dokumentiert.

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 Begleitung 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 2009) ohne Repräsentativitätsanspruch liegt inzwischen die Konsumraumnutzung durch Drogenkonsumentinnen mit Migrationsvordergrund (Herkunft dominant weiterhin: Kasachstan, Kirgisien, Weißrussland) bei 31% (im November 2003 lag die Nutzungsfrequenz bei ca. 25%; im November 2004 bei ca. 38%, November 2005 bei ca. 40%, November 2006 bei 53%, November 2007 44%, November 2008 48%).

Altersverteilung

Graphik 11: Altersverteilung 2003 - 2009



Graphik 11 präsentiert die Altersgruppenverteilungen der Konsumraumnutzerinnen im Siebenjahresvergleich. Die Altersgruppe der 18- 25-Jährigen konnte in 2009 2.551 mal gezählt werden. In der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen wurden insgesamt 7.001 Personen dokumentiert. Die über 36-Jährigen wurden mit 3.948 Personen erfasst. Von 2002 bis 2009 konnten somit in der Altersgruppe der 18 – 25-Jährigen 25.614, in der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen 50.538 und in der Altersgruppe der über 36-Jährigen 23.999 Personen ermittelt werden. Dies zeigt deutlich, dass über die Jahre 2002 – 2009 der Konsumraumöffnung insbesondere auch die älteren und langjährig drogenkonsumierende Menschen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene erreicht werden.

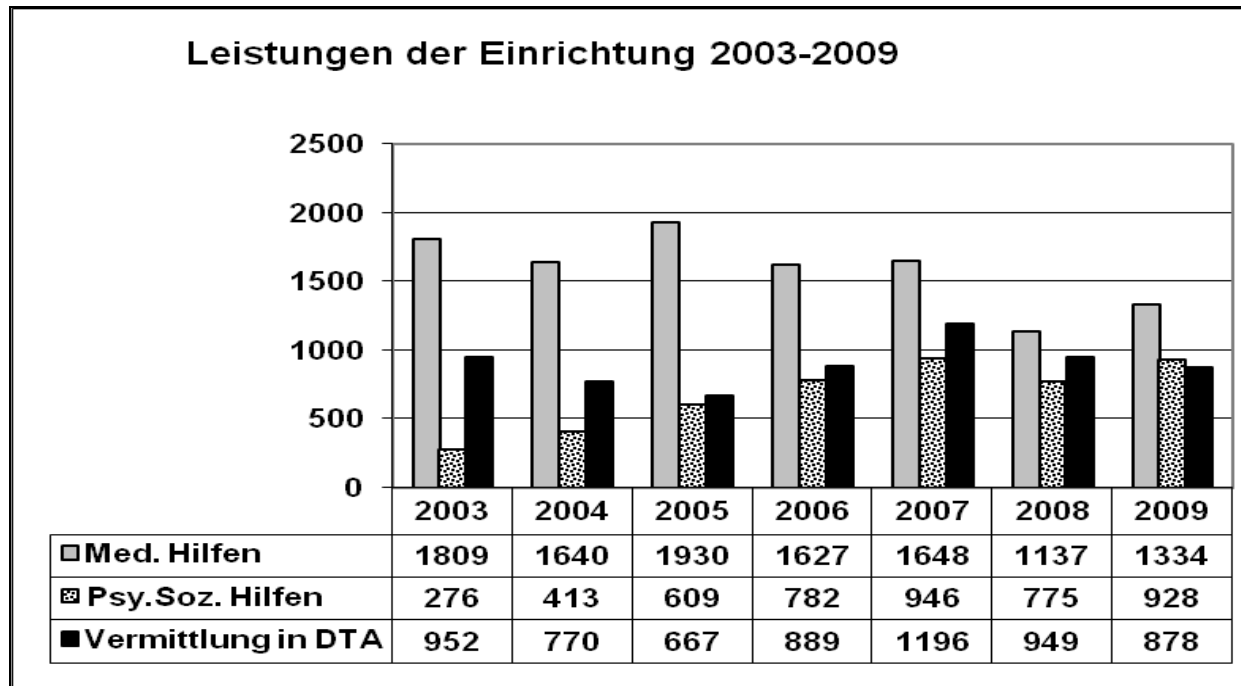
Abgewiesene Personen

Hinsichtlich der gesetzten Zugangskriterien durch die Rechtsverordnung des Landes NRW mussten wir in 2009 insgesamt 142 Besucherinnen als „erkannte Substituierte“ einen Zugang zum Konsumraum verwehren. Im Vergleich dazu: 2002 99, 2003 157, 2004 162, 2005 231, 2006 196, 2007 130 und 2008 94 „erkannte Substituierte“. Zusammengefasst sind also 1.211 Menschen (!) im Zeitraum 2002 – 2009 von der Nutzung des Drogenkonsumraums ausgeschlossen worden. Das Problem hierbei ist und bleibt: Abgelehnte Substituierte mit Beikonsum lassen sich durch ein Zugangsverbot nicht vom Konsum abhalten. Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf der Straße. Die ordnungspolitischen Konsequenzen dürften bekannt sein: offenes, sprich öffentlich sichtbares Konsumgeschehen und vermehrte Spritzenfunde. Ferner musste in 2009 9 offensichtlich intoxikierte Menschen eine Erlaubnis zur Nutzung des Drogenkon-

sumraums verweigert werden (2002 11, 2003 20, 2004 11, 2005 9, 2006 18, 2007 9 und 2008 4 offensichtlich intoxikierte Personen).

Leistungen der Einrichtung

Graphik 12: Leistungen der Einrichtung 2003 - 2009



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 2009 in 1.334 Fällen akute **medizinische Hilfen** wie kleinere Wundversorgungen und problemlose Erste Hilfe Maßnahmen (in 2003 1.809, 2004 1.640, 2005 1.930, 2006 1.627, 2007 1.648 und 2008 1.137 medizinische Hilfen). Die insgesamt hohe Nachfrage nach medizinischer Unterstützung in den sieben Jahren verdeutlicht die intensive und effektive Nutzung dieses integrativen Angebotes.

2009 wurden darüber hinaus in 928 Fällen **psychosoziale Beratungen/ Unterstützungen** durchgeführt (in 2002 282, 2003 276, 2004 413, 2005 609, 2006 782, 2007 964 und 2008 775 psychosoziale Hilfen), die in 65 Fällen (in 2008 60) als Kontaktvermittlungen zur Entgiftung, in 83 Fällen als Kontakte zu Substitutionsärzten (2002 21, 2003 56, 2004 43, 2005 35, 2006 45, 2007 36 und 2008 60 Kontaktvermittlungen) mündeten. Darüber hinaus wurden 121 Personen (2008 128) in andere ärztliche Hilfen, 622 Personen (2008 587) in weiterführende soziale Hilfen, 70 Personen (2008 40) zur städtischen Drogenhilfe weitervermittelt. 891 Vermittlungen erfolgten aus dem Konsumraum in die Drogentherapeuti-

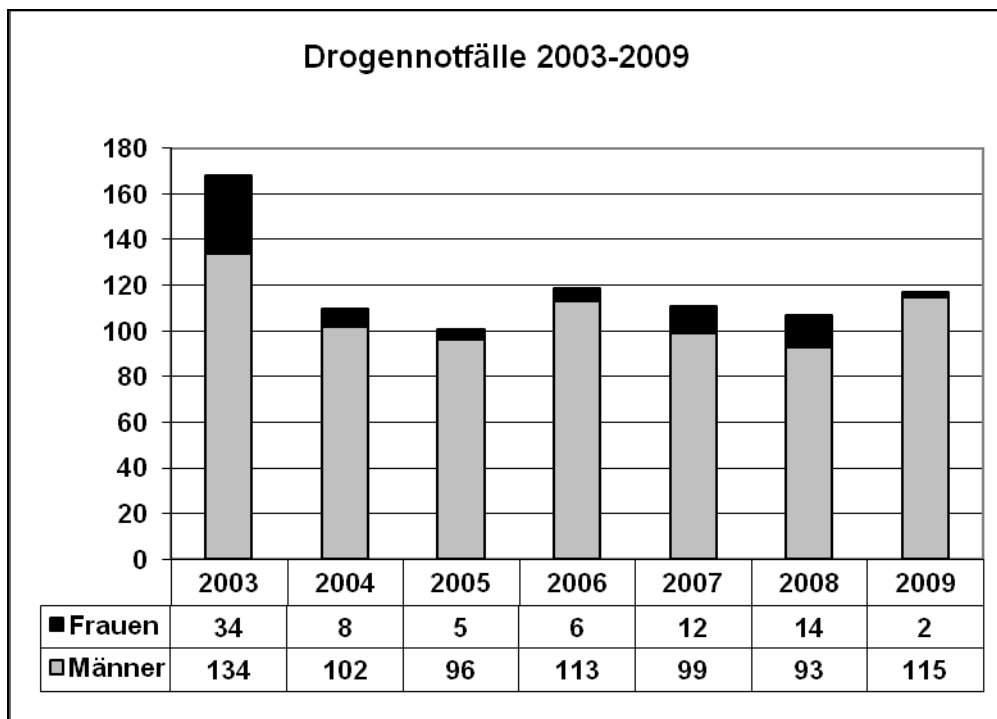
sche Ambulanz (2004 770, 2005 667, 2006 889, 2007 1.196 und 2008 949). Insgesamt kann festgehalten werden: Die Zielbestimmung „Behandlungsbereitschaft wecken, den Einstieg in den möglichen Ausstieg einzuleiten“ wird durch gezielte Hilfen und Weitervermittlungen effektiv erfüllt.

Hausverbote

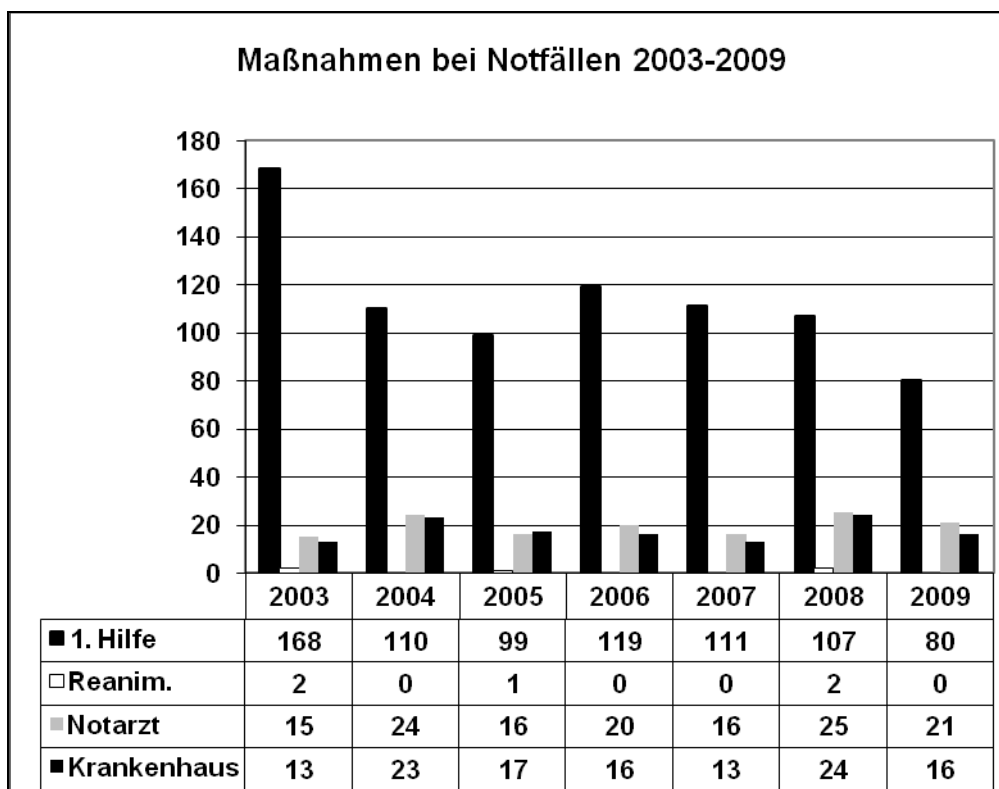
Insgesamt wurden im Jahr 2009 10 Hausverbote (2002 64, 2003 51, 2004 34, 2005 35, 2006 22, 2007 16 und 2008 9 Hausverbote) erteilt. Die 10 Hausverbote erfolgten aufgrund gesundheitsgefährdender Konsumvorgänge (Drogen-Teilen), der Weitergabe einer Konsumration, gemeinsamen Konsums aus einer Spritze oder aggressiven Verhaltens gegenüber dem Personal.

Drogennotfälle

Graphik 13: Drogennotfälle 2003 – 2009



Graphik 14: Maßnahmen bei Notfällen 2003 - 2009



Die Graphiken 13 und 14 verweisen auf die im Siebenjahresverlauf 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: Atemstillstand, 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 2009 117 Drogennotfallsituationen notiert (115 Männer und 2 Frauen). Von diesen 117 Drogennotfallsituationen (2002 105, 2003 168, 2004 110, 2005 101, 2006 118, 2007 111 und 2008 107 Drogennotfallsituationen) sind 21 als schwere Drogennotfälle dokumentiert, die durch lebensbedrohliche Atemdepression oder Atemstillstand sowie Herz/Kreislaufprobleme infolge von Heroinüberdosierungen und/oder Mischkonsum gekennzeichnet waren. Diese Personen konnten durch sofortige Einleitung von fachkundiger Erster Hilfe (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, 2006 20, 2007 16 und 2008 25 Personen). Insgesamt gesehen wurden in den Jahren 2002 – 2009 150 lebensbedrohliche Drogennotfallsituationen erfolgreich behandelt (135 Personen wurden vom RTW ins Krankenhaus transportiert).

Bei 80 Drogennotfallsituationen in 2009 handelte es sich um leichte Drogenotfälle (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 2009 wurden wir auch zu Drogenotfällen außerhalb des Konsumraums gerufen. Da diese Notfälle nicht unmittelbar im Konsumraum stattfanden, sind sie auch nicht in die Konsumraumstatistik eingeflossen. Diese zum Teil schweren Drogenotfälle im Umfeld der Einrichtung und im Kontaktladen werden im Rahmen der statistischen Dokumentation der Landeskoordination Integration NRW als besondere Vorkommnisse erfasst. 11 mehr oder weniger schwere Drogenotfälle außerhalb der Einrichtung konnten 2009 (2008 12) erfolgreich behandelt werden (Erste Hilfe, Notarzt, Transport ins Krankenhaus).

Fazit zur Entwicklung des Konsumraums

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 2003 - 2009 zeigen, dass die Leistungen, die in den Zielbestimmungen genannt sind, deutlich erfüllt 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 Drogenotfallsituationen gewährleistet werden. 21 mögliche Todesfälle wurden in 2009 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 suchttherapeutische 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 suchttherapeutischer 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 Drogenotfallsituationen. 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 Drogenotfalls im öffentlichen Raum, aber auch im Konsumraum selbst wesentlich erhöht.

Ein weiteres nicht gelöstes 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. Dies machen auch die neusten Ergebnisse der Szenebefragung in Deutschland 2009 deutlich (vgl. Thane/Wickert/Verthein 2009).

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 weiterhin nicht eingetreten. Es lässt sich resümierend feststellen, dass die Kooperation mit den Gesundheits-, Ordnungs- und Sicherheitsbehörden im Rahmen der Ordnungspartnerschaft „Drogen“ 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 Problemmassierung in der Öffentlichkeit (offenes Konsumgeschehen, Spritzenfunde) konnte wirksam gemindert werden. Die Spritzentauschsituation (umfassendes Spritzentauschprogramm, 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. 3000 gebrauchte Spritzen jede Woche getauscht und sachgerecht entsorgt. Dies sind über das Jahr 2009 gesehen ca. 162.000 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.

Anzumerken bleibt jedoch, dass der Arbeits- und Kontrollaufwand neben der psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enorm hoch ist.

Personelle Engpässe bei unseren täglichen Öffnungszeiten werden insbesondere in Krankheits- und Urlaubszeiten immer manifester. Ein niedrigschwelliges Drogenhilfezentrum ist nur in der Kombination von Niedrigschwelligkeit, Konsumraum sowie medizinischer und sozialer Akutversorgung funktionsfähig und somit sinnvoll. Mittelkürzungen gerade im niedrigschwelligen Bereich würden langfristig eine immense Kostensteigerung bewirken, die sich dann im gesamten Gesundheitsbereich niederschlagen werden (Infizierungen mit HCV, HIV etc.). **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 Drogennotfällen. 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 und 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, akzeptanzorientierter 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 NRW 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 11BtMG (Verschaffung und Gewährung einer Gelegenheit zum unbefugten Gebrauch) insbesondere 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 Konsumraumtür 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 mehr 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 werden 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 erscheint jedenfalls wenig sinnvoll.

Literatur:

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

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

Indro e.V.: Entwicklungsbegleitende und praxisintegrative Qualitätssicherung (EPQ). Ein handlungsorientiertes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien. Münster 2005 (aktualisiert: 2008)

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

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

Thane,K./Wickert,C./Vertheim,U.: Szenebefragung in Deutschland 2008. Interner Abschlussbericht. Hamburg 2009

Vogt,G./Schmidt,C.: Der Konsumraum als Ort der Prävention von Drogennotfällen und Drogentodesfällen – Ein Beispiel aus Münster. In: Schneider,W./Gerlach,R.(Hg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik. Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin 2009

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

Dr. phil. Wolfgang Schneider, Dipl. Päd.
Geschäftsführender Leiter des niedrigschwelligen
Drogenhilfezentrums, INDRO e.V.

Unter Mitarbeit von:

Ulrich Dove, Dipl. Päd.
Carsten Schmidt, Soziologe, M.A.
Gil Vogt, Rettungssanitäter und Suchtberater

Satz und Layout:
Stefan Engemann, Dipl. Päd.

Eine ausführliche Dokumentation der Presseberichterstattung zum Drogenkonsumraum ist im INDRO-Gesamtjahresbericht 2008/2009 erschienen.