

Jahresbericht 2016

Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum

Integrative Angebote niedrigschwelliger,
szenenaher- und schadensminimierender Drogenhilfe

Konzeption, Leistungsbeschreibung, Nutzungserhebung und
Dokumentation

INDRO e.V.
Münster, Februar 2017

Drogentherapeutische
Ambulanz (DTA)
und
Konsumraum

Jahresbericht 2016

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

Ein Tag im Konsumraum

10:30 Uhr:

Vorbereiten des Konsumraums: Auffüllen von Spritzen und Kanülen in den gängigen Größen, sowie des restlichen Zubehörs (Pfännchen, Ascorbinsäure, Tupfer etc.). Nutzervereinbarungen werden in deutscher, englischer und russischer Sprache bereitgelegt. Checken des Notfallequipments (Beatmungsbeutel, Sauerstoffflasche, Notfallklingel etc.).

10:45 Uhr:

Reflexion mit den Arbeitskollegen über Vorkommnisse bzw. Auffälligkeiten des Vortags wie z.B. potentiell gefährdete Besucher, Besonderheiten, Notfallsituationen etc. Beispielsweise wurden am gestrigen Tag Gegenstände wie ein Handy und ein Schlüssel, welche als Pfand für Staubänder abgegeben worden sind nach dem Konsum von den Besuchern vergessen. Durch das Büro erhalten wir außerdem die Information, dass für Besucher Hannes wichtige Briefe angekommen sind und wir diesen im Laufe des Tages darauf hinweisen sollen. Besucher Carsten kommt zurzeit täglich zum Verbandwechsel. Gestern wurde bemerkt, dass sich das Wundareal verschlechtert hat und deshalb genau beobachtet werden muss. Ggf. muss Carsten zu einem Chirurgen vermittelt werden. Außerdem erfolgt die Aufteilung der Arbeitsbereiche (zwei Kollegen im Drogenkonsumraum und ein Mitarbeiter in Rufnähe im Büro).

11:00 Uhr:

Seit etwa 15 Minuten warten bereits drei Besucher auf pünktlichen Einlass in den Konsumraum. Bernd konsumiert Heroin intravenös, Kathrin konsumiert Heroin inhalativ („Blech rauchen“) und Harald konsumiert Kokain intravenös. Bernd und Kathrin benutzen den Konsumraum regelmäßig. Harald konsumiert heute erstmals nach einem 16 monatigen Gefängnisaufenthalt wieder. Daher ist besondere Vorsicht seitens der INDRO-Mitarbeiter gefordert. Die Nutzervereinbarung haben die Besucher bereits gelesen und ausgefüllt. Das „Gratis-Set“ (Spritze, Kanüle, Safer-Use Filter, steriles Wasser, Tupfer, sowie einen Alkoholtupfer) bekommt jeder Besucher wenn er den Konsumraum betritt.

Bernd lächelt und scheint zufrieden zu sein. Er erzählt, dass er ab nächsten Monat eine Festanstellung als Putzkraft in einer Fast-Food Kette habe und sich freut endlich wieder eine Wochenstruktur zu haben. Fünf Minuten nach dem Eintreffen der ersten drei Besucher erscheint Carolin. Sie sieht Kathrin im Konsumraum und wirft dieser direkt vor, sie habe sie um 20 Euro betrogen. Ein Streit entsteht. Dieser endet erst nach deutlicher Intervention durch die Mitarbeiter und der Bitte um Rücksicht auf die anderen Konsumenten. Harald hat währenddessen bereits Ohrstöpsel erhalten, da er durch den Konsum von Kokain extrem lärmempfindlich ist.

11: 45 Uhr:

Es haben bisher zehn Konsumvorgänge stattgefunden. Lukas Raucherzeit (15 Minuten) ist vorbei und wir bitten ihn für die wartenden Besucher den Raucherraum zu verlassen. Falls keine Besucher warten, sind Verlängerungen der Raucherzeit möglich. Oft beschwerten sich Raucher über zu wenig Zeit zum konsumieren und dass sie noch keine 15 Minuten rauchen würden. Da nur ein inhalativer Konsumplatz zur Verfügung steht, ist die Konsumzeit auf 15 Minuten begrenzt und orientiert sich primär daran, die Entzugserscheinungen zu beheben und sich „gesund zu machen“. Lukas

akzeptiert die Anweisungen der Mitarbeiter und wünscht uns noch einen schönen Tag. Gerhard hat nach dem intravenösen Konsum von Heroin eine allergische Reaktion, da er dem Heroin zu viel Ascorbinsäure zugesetzt hat. Das Areal um die Einstichstelle weist eine starke „Quaddelbildung“ auf und er erhält zur Safer-Use Beratung zusätzlich Fenistil-Gel.

Alex betritt den Konsumraum. Ähnlich wie Harald kommt Alex heute zum ersten Mal nach mehrmonatiger Abstinenz wieder in den Konsumraum. Im Unterschied zu Harald kommt Alex allerdings aus einer abgebrochenen medizinischen Rehabilitation. Er möchte Heroin intravenös konsumieren und wir bitten ihn den Stoff bzw. das Heroin vorher zu testen und anschließend maximal die Hälfte zu konsumieren um einer Überdosierung vorzubeugen. Alex folgt unserem Rat, da er schon seit Jahren den Konsumraum im INDRO benutzt.

Zwei unbekannte Männer mit osteuropäischem Migrationshintergrund betreten den Konsumraum. Sie sind den Mitarbeitern nicht bekannt und sprechen kein Deutsch. Wir weisen sie auf die Konsumraumverträge in russischer Sprache hin und lassen sie diese ausfüllen und unterschreiben. Diese Konsumraumverträge müssen von den Besuchern vor jedem Konsumvorgang gelesen und ausgefüllt werden. Bei Verlassen des Konsumraums werden diese aus Datenschutzrechtlichen Gründen geschreddert. Als die beiden dann ihre „Bubbles“ (kleine Drogenverpackungen) vorzeigen, wird deutlich, dass sie nur einen „Bubble“ haben und sich diesen anscheinend teilen wollen. Wir weisen sie mit der Hilfe von Besucher Vladimir, der als Übersetzer fungiert, daraufhin, dass das Teilen von Drogen im Konsumraum und der gesamten Einrichtung verboten ist. Im Konsumraum wird zwar der Besitz von BTMs toleriert, es ist aber **kein** rechtsfreier Raum. Nach der Übersetzung von Vladimir verlassen die beiden das INDRO und kommen kurze Zeit später mit zwei Rationen Heroin wieder. Vladimir übersetzt für uns noch die Safer-Use Botschaften und teilt uns mit welche Materialien die beiden für ihren Konsumvorgang benötigen. Anschließend konsumieren die beiden in Ruhe.

Vladimir fängt langsam an etwas „dicht“ zu wirken, wahrscheinlich durch das zeitversetzte Wirken von Benzodiazepinen. Wir stellen ihm daher einen Gutschein für einen „medizinischen“ Kaffee aus, welchen er oben im Café einlösen kann um wieder zu Kräften zu kommen. Danach möchte er noch ins Büro, da er nach der Haftzeit eine Wohnung suchen muss. Zurzeit wohnt er bei seiner Mutter in Coesfeld. Er möchte vor allem wieder nach Münster ziehen.

Die beiden Neuen konsumieren das mitgebrachte Heroin und sind schnell fertig. Dass sie der hiesigen Szene noch nicht lange angehören ist deutlich anhand der fehlenden Safer-Use-Kenntnisse zu erkennen. Da sie offensichtlich das erste Mal den Konsumraum im INDRO nutzen, lassen wir sie zunächst ohne Beratung gehen, da zu viel Beratung in einem niedrigschwelligem Hilfe-Setting wie dem Konsumraum abschreckend wirken kann.

12:20 Uhr:

Bisher 17 Konsumvorgänge (9 mal Heroin i.v., 3 mal Kokain i.v., einmal „Cocktail“ i.v. – Heroin und Kokain gemischt, 4 mal Substitutionsmittel – Methadon, Polamidon oder Methadict. Dreizehn Konsumvorgänge waren intravenös, vier inhalativ).

Hans betritt den Konsumraum und zeigt uns seinen ausgefüllten Vertrag. Auf Nachfrage, was er konsumieren möchte, zeigt er sein Polamidon-Fläschchen, beschriftet mit seinem Namen und dem des verschreibenden Arztes. Auch wenn Hans substituiert ist, darf er den Drogenkonsumraum nutzen. Dies ist durch die Änderung der Rechtsverordnung für Drogenkonsumräume NRW seit Dezember 2015 möglich.

Muhammed betritt den Konsumraum und wirkt extrem gestresst. Er berichtet uns von

einem Strafbefehl, welchen er bekommen hat und dass er nun dringend Rechtsberatung durch den Anwalt, der wöchentlich eine Sprechstunde im INDRO hat, benötigt. Wir verweisen ihn also auf die Zeiten an denen der Anwalt vor Ort ist. Muhammed wirkt erleichtert und setzt sich anschließend seinen „Schuss“.

Währenddessen trübt Gabi nach dem Konsum von Heroin etwas ein. Auf Nachfrage erklärt sie uns, dass sie vor dem Konsum von Heroin Benzodiazepine zu sich genommen hat. Wir prüfen die Vitalzeichen, die unauffällig sind. Zur Sicherheit setzen wir Gabi nebenan in die Drogentherapeutische Ambulanz damit sie dort wieder zu Kräften zu kommen kann. Ein Mitarbeiter ist dafür zuständig in regelmäßigen Abständen den Grad der Bewusstlosigkeit und die Vitalzeichen zu überprüfen. Solange wir geöffnet haben und die Vitalzeichen unauffällig sind, ist es nicht notwendig einen Notarzt bzw. Rettungswagen anzufordern.

14:00 Uhr:

Die letzte Stunde verlief ohne weitere Vorkommnisse. Bisher fanden 32 Konsumvorgänge statt, 28 davon von männlichen Besuchern. 21 waren intravenös, 11 inhalativ. 15 mal Heroin, 7 mal Kokain, 5 mal Cocktail und 5 mal Substitutionsmittel. Die entspannte Stimmung im Konsumraum kann von unserer Seite genutzt werden um durch Small Talk mit den Besuchern ins Gespräch zu kommen und auf Safer-Use Methoden aufmerksam zu machen. Dies stärkt das Vertrauen der Besucher uns gegenüber und es werden Hilfebedürfnisse an uns getragen. Sodass wir in dieser Zeit zwei Besuchern zu Entgiftungen vermittelten und einen zu einem Substitutionsarzt. Gabi ist in der Zwischenzeit wieder wach geworden und ins Café gegangen um sich mit einem Essen wieder zu regenerieren. Medizinische Kontrolle ist bei Gabi nicht mehr erforderlich.

Ein Besucher war zum Verbandwechsel da. Er weist einen Spritzenabszess auf, der sich mit unseren Möglichkeiten gut behandeln lässt. Er bekam einen Salbenverband angelegt und soll morgen wieder reinkommen, damit dieser erneuert wird. Ein weiterer Besucher wurde an das nächste Krankenhaus weitergeleitet. Er kam nach einer Schlägerei mit einer Platzwunde ins INDRO, welche chirurgisch versorgt werden muss.

14:20 Uhr:

Dimitri und Alexander betreten nun den Konsumraum. Beide sind uns bekannt. Alexander ist gestern via Rettungsdienst und Notarzt mit einer Überdosis, verursacht durch Polamidon und Flunitrazepam, in ein Krankenhaus gebracht worden. Somit gilt Alexander auch heute als „Risikobesucher“, da eine erneute Überdosierung wahrscheinlich ist. Prophylaktisch lassen wir keine weiteren Besucher mehr in den Konsumraum, was natürlich für Unmut bei den Wartenden sorgt, aber erfahrungsbedingt schon aufgrund der baulichen Enge Sinn macht. Der Kollege in Rufnähe wird zudem über Alexanders Anwesenheit informiert. Außerdem wird der Praktikant an der Pumptheke in Kenntnis gesetzt, dass er im Falle eines Notfalls die Gänge freizuhalten hat und den Rettungsdienst einweisen muss.

Alexander wird auf die Gefahren des Konsums hingewiesen und gleichzeitig über mögliche Safer-Use Varianten aufgeklärt um eine erneute Überdosierung zu vermeiden. Die Empfehlungen seitens der Mitarbeiter werden aber von Alexander größtenteils ignoriert, er wirkt sehr unruhig und gehetzt.

14:28:

Während Dimitri noch seinen Konsum vorbereitet zeigt Alexander wieder die typischen Anzeichen einer Polamidon und Flunitrazepam Überdosierung: Verengte Pu-

pillen, Blaufärbung der Lippen durch die atemdepressive Wirkung des Opiates und des Benzodiazepins und zunehmende Bewusstseinsbeeinträchtigung. Sofort greift unser Notfallplan. Wir achten auf die vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen und ziehen uns Einmal-Handschuhe an. Es wird darauf geachtet, dass keine Spritze oder Kanüle mehr im Gefahrenbereich ist. Dimitri wird angewiesen seine Kappe auf die Kanüle zu stülpen und mit dem Konsumvorgang zu warten. Helfer 1 entsorgt die auf dem Tisch liegende Spritze von Alexander in den Abwurfbehälter. Da mittlerweile erkennbar ist, dass Alexander nicht mehr atmet (keine Atembewegung mehr erkennbar, Blaufärbung der Lippen, komatöser Zustand) greift der Notfallablauf bei „schwerem“ Notfall. Der Kollege in Rufnähe wird informiert, kommt hinzu und verschafft sich einen Überblick über die Situation, während er ebenfalls zuerst Schutzhandschuhe überzieht. Alexander wird mit seinem Stuhl in den Vorraum gezogen, da dort mehr Platz zum Arbeiten ist und mit zwei Helfern vorsichtig auf den Boden gelegt. Helfer 3 hat dort bereits ein Tragetuch bereit gelegt. Helfer 1 beginnt mit der Beatmung und benutzt dabei einen Beatmungsbeutel. Zur Erleichterung der Beatmung überstreckt Helfer 1 den Kopf und legt eine Beatmungshilfe ein (Guedel-Tubus oder Wendl-Tubus). Helfer 2 schließt an den Beatmungsbeutel mit Reservoir den medizinischen Sauerstoff (mit einer Flussgeschwindigkeit von 15l pro Minute) an. Helfer 3 wird angewiesen, im Büro nebenan den Notruf abzusetzen, mit der Diagnose Atemstillstand nach Heroinkonsum.

14:33 Uhr:

NOTRUF 112

Nachdem der Helfer 3 wieder da ist, kümmert er sich um die weitere Aufsicht der anderen Konsumenten, in diesem Fall Dimitri. Während Helfer 1 beatmet (ca. 10 - 12 Mal in der Minute) überprüft Helfer 2 mittels Pulsoxymeter die Kreislaufzeichen (ggf. Blutdruck- und Blutzuckermessung). Der Pulsoxymeter reagiert sehr schnell, nachdem es am Finger angeschlossen ist und zeigt einen Puls von 84 und eine Sauerstoffsättigung von 77%, sodass keine Herzdruckmassage, sondern „nur“ eine Beatmung erfolgt. Da die Sauerstoffsättigung immer noch nur bei 78% liegt, wird das Atemwegsmanagement fortgesetzt. Der Kopf wird mit Hilfe einer Unterlage erhöht um die Atemwege besser freihalten zu können. Helfer 1 und 2 führen einen doppelten C-Griff zusammen durch. Durch diese beiden Maßnahmen wird eine effektive Beatmung erreicht und die Sauerstoffsättigung steigt auf 98%.

14:38 Uhr:

Eintreffen von Rettungswagen und Notarzt. Wir übergeben Alexander an den eingetroffenen Notarzt mit relevanten Informationen zur Person wie z.B. Notfallsituation, Substanz, Namen, ggf. Vorerkrankungen und Besonderheiten (polnisch sprechender Konsument, gestern schon Notfallpatient etc.). Außerdem geben wir ggf. eine Kopie des Notfallprotokolls an den Notarzt weiter. Der Notarzt beschließt eine halbe Ampulle Naloxon zu verabreichen. Einige Sekunden nach der intravenösen Gabe des Opiatrezeptorenblockers beginnt Alexander wieder eigenständig zu atmen. Die Sauerstoffsättigung ist noch nicht wieder im Normbereich, sodass er weiterhin Sauerstoff über eine Maske bekommt. Eine Beatmung ist aber nicht mehr erforderlich. Da Alexander immer noch bewusstlos ist, wird er vom Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht. Dimitri begleitet ihn ins Krankenhaus.

14:50 Uhr:

Es findet nun eine reflektierte Nachbesprechung der Notfallsituation statt, in welcher überprüft wird ob der Notfallplan eingehalten wurde und in welchem Bereich es ggf.

noch Optimierungsbedarf gibt. Die für den Notfall verwendeten Materialien werden nachgefüllt und der Konsumraum wird gesäubert. Außerdem wird das entsprechende Notfallprotokoll vervollständigt. Anschließend wird der Konsumraum wieder für den Betrieb geöffnet.

15:30 Uhr:

Seit dem Notfall haben 13 Konsumvorgänge stattgefunden. Nun betritt Peter den Konsumraum. Peter konsumiert seit einigen Jahren Kokain und neigt dazu, nach dem überhöhten Konsum von Kokain, einen sogenannten „Such-Tick“ zu bekommen. Dabei sucht er zwanghaft den ganzen Raum ab, jedoch ohne etwas Bestimmtes finden zu wollen.

Wir lotsen ihn behutsam in die DTA. Dort ist es deutlich ruhiger und ein Mitarbeiter spricht beruhigend mit ihm („talking down“). Wir werten das als leichte Überdosierung von Kokain und füllen ein entsprechendes Notfallprotokoll aus.

Zwei Stammbesucher Thorsten und Marianne versuchen sich in einem vermeintlich unbeobachteten Moment Stoff zuzuschieben. Sie wissen, dass das Teilen von Drogen in der Einrichtung verboten ist und werden daraufhin erneut von uns aufgeklärt. Wir müssen sie anweisen ihren Platz zu räumen und erteilen ihnen Hausverbot für den restlichen Tag. Thorsten und Marianne akzeptieren die Sanktionierung ohne Widerstand und verlassen die Einrichtung.

Nach 20 Minuten geht es Peter wieder besser und er beruhigt sich. Er wird von uns mit einem Gutschein für ein „medizinisches Getränk“ nach oben ins Café geschickt. Er bedankt sich für den sorgsamem Umgang und verschwindet aus dem K-Raum Bereich.

16:28 Uhr:

Kurz vor Schließung des Konsumraums stürmt Sascha die DTA und möchte, dass wir seinen Spritzenabszess neu verbinden. Das Team hatte sich schon über Saschas Wunde ausgetauscht. Die Wunde hat sich auf 10x15cm ausgebreitet und ist stark geschwollen. Außerdem weist das Wundareal einen gelblich-grünen Belag auf. Zusammen hatte das Team, bestehend aus medizinischen und pädagogischen Kräften, sowie einem Arzt, beschlossen Sascha bei seiner nächsten Ankunft in der DTA an ein Krankenhaus zu verweisen, da die Mittel der DTA für eine so schwerwiegende Wunde nicht mehr ausreichend sind. Dies teilen wir nun Sascha mit, was bei ihm auf Unverständnis trifft. Sascha hat schlechte Erfahrungen mit Krankenhäusern gemacht und meidet diese daher. Wir schaffen es dennoch ihn von den Fakten zu überzeugen und melden ihn telefonisch im nahe gelegenen Krankenhaus an.

16:30 Uhr:

In der folgenden Zeit gab es keine besonderen Vorkommnisse. Heute gab es über den Tag verteilt 68 Konsumvorgänge. Davon war 59 Konsumenten männlich und 9 weiblich. 35 Konsumvorgänge fanden intravenös statt, 29 inhalativ und 4 nasal. 36 mal wurde Heroin konsumiert, 14 mal Kokain, 7 mal „Cocktail“ (davon 4 mal Kokain und Polamidon gemischt) und 11 mal Substitutionsmittel. Die Statistik wird zur weiteren Bearbeitung korrekt festgehalten und intern weitergeleitet.

16:35 – 17:00 Uhr:

Reinigung und Desinfektion des Konsumraumes und fachgerechte Entsorgung der infektiösen Materialien, Vorbereitung der Konsummaterialien für den nächsten Tag. Nachbesprechung über besondere Vorkommnisse (Notfälle, Hausverbote etc.). Heute war ein ereignisreicher Tag. Dienstende.

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. Am 10.4.2001 konnte dann das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum mit dem ersten Drogenkonsumraum in NRW (offizielle Betriebserlaubnis) erweitert werden. Gefördert wird die gesamte Einrichtung vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) 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 sowie psychoaktiv wirksamer Substanzen in der offenen Drogenszene ergeben können, palliativ zu minimieren sowie 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

In der Gesamtrahmung des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums des INDRO e.V. und in enger Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten und Versorgungsstrukturen der Stadt Münster soll der gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogenabhängigen entgegengewirkt werden. Folgende Angebote des **niedrigschwelligen Hilfezentrums** werden 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 Suchtkranke
- Entwicklungsbegleitende, 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. DAH/akzept e.V. 2011).

Gemäß der **Rechtsverordnung des Landes NRW** über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26.9.2000 zuletzt geändert durch die Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 1.12.2015 (GV.NRW.2015 S.798) 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 suchttherapeutischer 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;
- Zielgerichtete Beratung bei akuten und chronischen Krankheiten und zur Toxizität der verwendeten Substanzen
- Aufklärung hinsichtlich der Risiken des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung und der Notwendigkeit des Konsumverzichts und Hinwirken auf die Inanspruchnahme der im Einzelfall notwendigen Hilfe
- Vermittlungen von Techniken des Safer-Use insbesondere hinsichtlich risikoärmerer Konsumformen;
- Medizinische Hilfe bei Wundinfektionen und Abszessen;
- Gesundheitspräventive Maßnahmen im Sinne der Reduzierung des Mortalitätsrisikos und der HIV- und Hepatitisinfizierungsmöglichkeit;
- Direktes Abrufen intermittierender Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) in Aushandlung mit verfügbaren Hilferessourcen (strukturiertes Case-Management);
- Sicherung des Überlebens von Drogenabhängigen;
- Einleitung des Einstiegs in den Ausstieg aus der Sucht;
- Vermittlung bei Nachfrage und auf Wunsch in weiterführende suchtherapeutische Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung als Hilfe „Just in Time“;
- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen).

Notfallplan und personale Sicherheitsregeln

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

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

Bei einer Notfallversorgung aufgrund von Mischintoxikationen (polyvalenter Gebrauch) oder zufälligen Überdosierungen hinsichtlich des immer schwankenden Reinheitsgehaltes der Szenedrogen kann medizinisch im Rahmen der Erstversorgung sofort reagiert werden: Beatmungshilfsmittel (wie Beatmungsmaske und Beatmungsbeutel), Hilfsmittel zum Freihalten der Atemwege (Guedel-, Wendl-Tubus),

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

Bei den „leichten“ Notfällen hat sich gezeigt, dass die Handlungsbedingungen (Personal, medizinische Ausstattung) zur Behandlung eines Drogennotfalls in der Einrichtung weiterhin sehr gut funktionieren. Durch rechtzeitiges Reagieren des Konsumraumpersonals konnte 2016 in 59 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 Sättigungskontrolle („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 Sättigungskontrolle	ggf. automatische Blutdruckmessung		
Guedeltubus <ul style="list-style-type: none"> organisieren abmessen einlegen 	„Tubusalternative ?“ <ul style="list-style-type: none"> Wendeltubus aus Koffer Silikonspray am Waschbecken 		Vorraum freihalten	
Beatmung (10-12 mal/min) Schwieriger Atemweg = Larynx-tubus	Kein Puls: Herzdruckmassage: Beatmung (30:2 – 100x/min.)	Nach 2-3 min Wechsel		
erweitertes INDRO Atemwegsmanagement Schwieriger Atemweg = Larynx-tubus	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 generell 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.

Für die Einrichtung wurde in 2016 ein umfassender Hygienerahmenplan erstellt, der den gesamten Hygienebereich umfasst: Allgemeiner Infektionsschutz, Haut- und Händepflegekonzept, Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit kontaminierten bzw. infektiösen Material, Allgemeine Desinfektionsmaßnahmen, Küchenhygiene, Besucherspezifische Hygiene, Schutzmaßnahmen bei übertragbaren Krankheiten, Entsorgungsregelungen. Der Hygienerahmenplan wird regelmäßig aktualisiert.

Überdosierungen

Es ist bekannt, dass die folgenden 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 sind jedoch der „erste Schuss“ nach einer Entzugs- oder Therapiebehandlung als zufällige Überdo-

sierung und Mischintoxikationen durch polyvalentem Konsum. Der Drogenkonsumraum ermöglicht hier **direkte Überlebenshilfe**, erhöht die **Rettungswahrscheinlichkeit** und bietet einen **Schutzraum** hinsichtlich der hygienischen und medizinisch kontrollierten Applikation von Drogen.

Safer-Use

Da der integrierte Drogenkonsumraum räumlich vom Drogenkontakladen 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, spezielle Folien zum inhalativen Konsum („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 unbekannte Konzentration des Heroins beispielsweise bei einem ungewohnt hohen Reinheitsgehalt Überdosierungen die Folge sein. Hier leisten wir gezielte gesundheitspräventive Aufklärungsarbeit durch medizinische Informationen zu den Risiken des intravenösen Gebrauchs von Drogen.

Ferner verteilen wir - sozusagen flächendeckend - Safer-Use-Faltblätter (auch in russischer und türkischer Sprache) mit zielgruppenspezifischen Hinweisen für eine risikoärmere Applikation. Außerdem haben wir Falblätter zu Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Risiken der intravenösen Einnahme von Tabletten durch deren Hilfsstoffe, zum inhalativen Drogengebrauch, zu Substitution und Schwangerschaft, Schwangerschaft bei Drogenkonsumentinnen, Safer Sex und Safer Work, Hepatitis, Methadon & Co – Substitutionsmittel spritzen sowie zum Drogennotfall (Erkennen einer Überdosis und Vorgehen beim Auffinden einer überdosierten Person) entwickelt.

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 sowie Benzodiazepine) intravenös, oral, nasal oder inhalativ
- in dem eigens dafür ausgestatteten Raum (Drogenkonsumraum) applizieren,
- wenn sie volljährig und drogenabhängig sind.

Die Mitarbeiterinnen sind hinsichtlich der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 1.12.2015 (GV.NRW.2015 S.798) verpflichtet, insbesondere auf die Risiken des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung und die Notwendigkeit des Konsumverzichts hinzuweisen und auf die Inanspruchnahme der im Einzelfall notwendigen Hilfe hinzuwirken.

Erkennbar intoxikierte Personen, bei denen die Nutzung des Drogenkonsumraums mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden sein könnte sowie Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen mangelnder Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt, dürfen laut Rechtsverordnung des Landes in ihrer Änderung vom 1.12.2015 keinen Zugang erhalten. Die Mitarbeiterinnen von INDRO e.V. sind zudem angehalten, offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumentinnen keinen Zugang zum Drogenkonsumraum zu ermöglichen und auf andere Beratungs- und Hilfseinrichtungen hinzuweisen. Jugendlichen mit Drogenabhängigkeit und Konsumerfahrung wird der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Mitarbeiterinnen sich im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt haben. Die von den Nutzerinnen und Nutzern mitgeführten Betäubungsmittel werden einer Sichtkontrolle unterzogen.

Nach Maßgabe der Rechtsverordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen des Landes NRW sind Verstöße gegen das BtMG, mit Ausnahme des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch - insbesondere Handel, Abgabe und Überlassung von Drogen -, verboten. Entsprechende Vorkommnisse werden von uns unverzüglich unterbunden und mit Hausverboten belegt. Regelmäßige Abstimmungsgespräche mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden im Rahmen der **Ordnungspartnerschaft „Drogen“** finden statt, um frühzeitig eventuelle Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und die Begehung von Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums zu verhindern sowie den niedrighwelligen 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 „Folie 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, 2 Stellen Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, 10-Std. Krankenpflegerin sowie geringe Honorarmittel für den flexiblen Einsatz medizinisch geschulten Personals (eine Honorarstelle) zur Verfügung. Die ständige Anwesenheit von drei Mitarbeiterinnen im Drogenkonsumraum (Ausgabe-, Warte- und Konsumbereich) gemäß der Rechtsverordnung des Landes NRW ist gewährleistet. Im Drogenkonsumraum können - aufgrund der baulichen Enge und räumlichen Begrenztheit - vier Plätze 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 folgende Öffnungszeiten 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 (Frauenfrühstück mit Kinderbetreuung)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

Donnerstag:

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

10.00 – 13.00 Uhr (Frühstücksangebot ABW)

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 Bahnhofsumfeld (Projekt MSE) runden die Angebotspalette ab. Samstags und sonntags erfolgt darüber hinaus die Betreuung des Spritzenautomaten und gelegentlicher Spritzentausch und Kaffeeausschank am Wochenende in der Szene (Projekt MOVE – Mobile Versorgung).

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 (siehe auch im Anhang: Ein Tag im Drogenkonsumraum). 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 ge-

währleisten 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 (geringe 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 u.a. durch **regelmäßige Deeskalations- und Drogenotfallstrainings** und durch das monatlich tagende Gremium der sog. „Projektsicherungsgruppe“. 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. federführend organisiert wird, zur diskursiven Erfahrungsaufarbeitung und gemeinsamen Abstimmung von notwendigen Innovationen obligatorisch.

Ende 2016 wurde routinemäßig eine **Erhebung zur Erfassung der Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer** des Drogenkonsumraums durchgeführt. Ziel der regelmäßigen Erhebungen ist es insbesondere herauszufinden, wie drogenabhängige Menschen das Angebot von Konsummöglichkeiten unter hygienisch, medizinisch kontrollierten Bedingungen und ohne Verfolgungsstress beurteilen und die Option einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Unterstützungshilfen bewerten. Die Ergebnisse dienen dazu, die Prozess- und Leistungsqualität des Drogenkonsumraums stetig zu verbessern.

Die **Ergebnisse der Befragung** zeigen, dass der Konsumraum weiterhin hauptsächlich auch von älteren und langjährigen Drogenabhängigen (zwischen 25- über 40 Jahre) mit 5 – 25-jähriger „Drogenkarriere“ und vor allem von Heroinkonsumenten genutzt wird. Die Mehrheit der Befragten (N= 42) bewerteten die Hygiene („Außerdem ist es hygienischer als in irgendwelchen WC`s“), die Notfallversorgung/Hilfe bei Überdosierungen („Im Notfall landet man zum Glück im Krankenhaus“), die entspannte Atmosphäre im Konsumraum („Außerdem finde ich es gut, dass es diese Möglichkeit gibt und hier ein freundlicher Umgangston herrscht“), Anonymität und Diskretion („Keine Polizei oder dumme Blicke von Leuten“), 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 es mehr Platz für "Raucher" geben sowie die Öffnungszeiten erweitert werden sollten (Wochenendöffnung).

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
16	11	5	3	1

Medizinische Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
18	12	2		2

Soziale Unterstützung im Konsumraum

1	2	3	4	5
14	13	5	2	2

Öffnungszeiten des Konsumraums

1	2	3	4	5
5	9	8	6	7

Hausregeln im Konsumraum

1	2	3	4	5
10	16	6	1	3

Erreichbarkeit des Konsumraums

1	2	3	4	5
8	13	9	4	4

(N= 42; fehlende Personen = keine Angaben)

An Angeboten, die neben dem Konsumraum intensiv genutzt werden, wurden Spritzentausch (31 Befragte), Kontaktladen (30 Befragte) Beratung und Vermittlung in andere städtische Versorgungssysteme (25 Befragte), medizinische Versorgung (17 Befragte) und Körper- und Waschhygiene (13 Befragte) genannt. Dies zeigt deutlich, die Notwendigkeit integrativer Vernetzung eines Drogenkonsumraums mit medizinischer Akutversorgung und niedrighschwelligigen Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

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 (32 Interviewte), mehr über Infektionsprophylaxe nachzudenken und auch diesbezügliche Vermeidungsstrategien zu entwickeln (32 Interviewte), sich mehr Zeit beim Konsum zu lassen (30 Interviewte), achtsamer mit Blut umzugehen (27 Interviewte), im Konsumraum und nicht auf der Straße zu konsumieren (25 Interviewte), die Wunden/Abszesse früher behandeln zu lassen (29 Interviewte), häufiger Spritzen zu tauschen als früher (22 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 31 Befragte mit Nein. Dies zeigt, dass ein Konsumraum nicht zu der häufig befürchteten Zunahme des Konsums führt. Im Gegenteil: 11 Personen gaben an, weniger zu konsumieren.

Hinsichtlich der Frage, an welchen Orten sie außerhalb des Konsumraums Drogen konsumieren, antworten 33 Interviewte mit „zu Hause“, 20 Befragte „bei Freunden/Bekanntem“, 21 Interviewte „in der Öffentlichkeit“ und 10 Befragte „überall wo es geht“.

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. Sieben Interviewte gaben an, eine Spritze gemeinsam benutzt zu haben. Löffel wurden von drei Befragten, Filter von 2 Interviewten, Wasser von 6 und Ascorbin von 5 Befragten gemeinsam genutzt. 31 Interviewte erklärten, gar keine Gebrauchsutensilien gemeinsam zu benutzen.

Bei der Frage, wie häufig in den letzten 30 Tagen das Gebrauchsritual "Drogen-Teilen" aus einer Spritze praktiziert wurde, antworteten 34 Interviewte mit „Gar nicht“. Aber hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung der eigenen Spritze, erklärten 15 Befragte, diese grundsätzlich nur einmal zu nutzen. 12 Interviewte antworteten „Manchmal zwei oder drei Mal“. 12 Interviewte gaben an, dass sie manchmal eine Spritze mehrfach benutzten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser sicherlich nicht repräsentativen Erhebung auch im Vergleich mit den vorjährigen Erhebungen, 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 verdeutlicht: **Drogenkonsumräume sind aus der Sicht der Nutzerinnen wirksam!**

In einer ergänzenden Erhebung zur Nutzung des **Spritzentauschangebotes** im Monat Oktober 2016 konnte festgestellt werden, dass in der Stichprobenwoche ca. 2.500 gebrauchte Spritzen und Kanülen 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 vorgehalte-

ne Angebot als äußerst wirksam im Hinblick auf beobachtbare Effekte der Maßnahme.

Beide Erhebungen zeigen, 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 Wirksamkeit des Drogenkonsumraums aus der Sicht der Nutzerinnen werden weiterhin regelmäßig durchgeführt.

Dokumentation und Ergebnissicherung

Die Nutzungsfrequenz des Drogenkonsumraums wird beständig dokumentiert. Täglich werden Daten zur Angebotsnutzung im Rahmen einer statistischen Aufbereitung erhoben und täglich online an die Landesstelle Sucht NRW in Köln geschickt. Monatlich erfolgt eine Auswertung dieser Daten, die der städtischen Ordnungspartnerschaft Drogen übermittelt wird. Dokumentationskriterien sind:

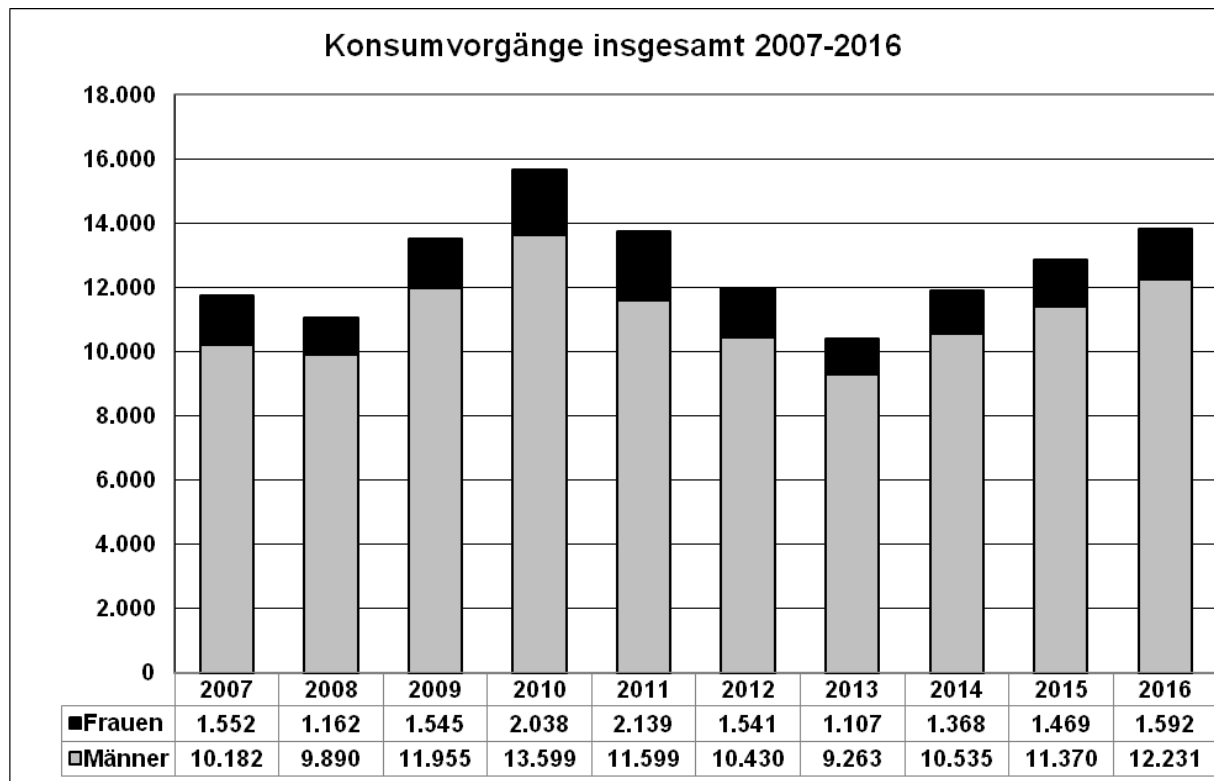
- Anzahl der Konsumvorgänge
- Geschlecht
- konsumierte Substanzen
- Altersgruppen
- Drogennotfälle
- medizinische und psychosoziale Hilfsleistungen
- Hausverbote
- Vermittlungen in weiterführende Versorgungssysteme
- besondere Vorkommnisse im und um den Konsumraum

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).

Die folgende Datenpräsentation zur Nutzung des Drogenkonsumraums beinhaltet eine „längsschnittliche“ Perspektive und wird in deskriptiv-vergleichender Darstellung über zehn Jahre (2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016) aufgearbeitet.

Konsumvorgänge

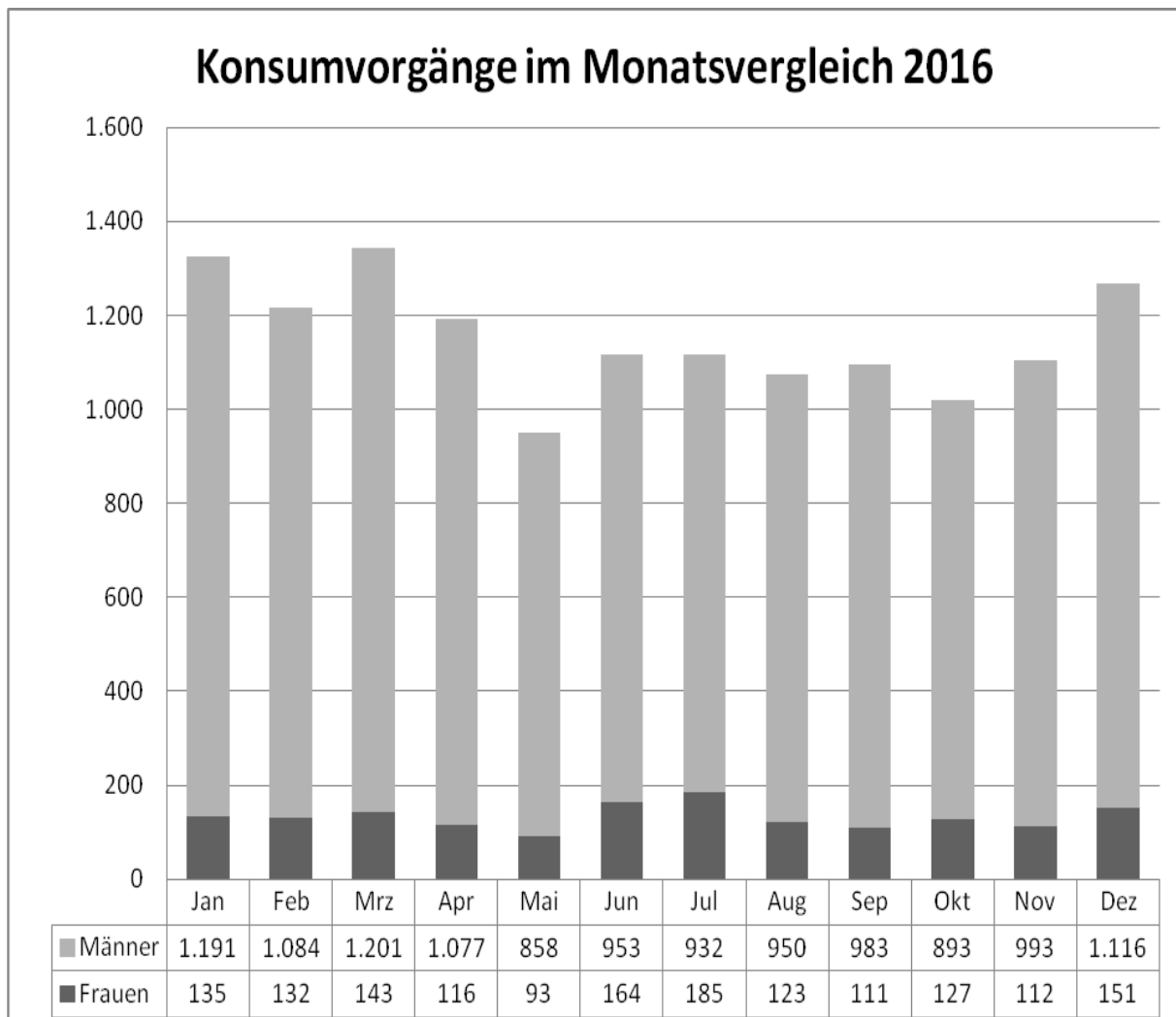
Graphik 1: Konsumvorgänge 2007 - 2016



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 (Spritzenet, Folie, Röhrchen) betritt und einen Konsumplatz einnimmt, geht in die Zählung ein und wird als Konsumvorgang festgehalten. Bei Nutzung einer zweiten Spritze/Folie/Röhrchen wird dies als weiterer Konsumvorgang gezählt. Drogen-Teilen und Austausch der Gebrauchsutensilien z.B. auch Löffel ist im Konsumraum aus infektionsprophylaktischen Gründen nicht erlaubt.

Aus der vorstehenden Graphik 1 geht nun hervor, dass in 2016 insgesamt 13.823 Konsumvorgänge (2015 12.839) dokumentiert werden konnten (1.592 Frauen und 12.231 Männer). Somit fanden täglich im Durchschnitt etwa 53 Konsumvorgänge - bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von ca. 10 Minuten bei intravenösem und ca. 15 bis 20 Minuten bei inhalativem Gebrauch - statt. Dies sind 13.823 Konsumvorgänge in 2016, die **nicht** im öffentlichen Raum praktiziert wurden. Das Verhältnis Männer - Frauen beträgt in 2016 ca. 11:1. Im Vergleich zu den in 2015 praktizierten Konsumvorgängen (12.839) ist wieder eine Zunahme der Konsumvorgänge in 2016 festzustellen (2007: 11.734; 2008: 11.052; 2009: 13.500; 2010: 15.637; 2011: 13.738; 2012: 11.971; 2013: 10.370; 2014 11.903 Konsumvorgänge). Seit 2014 nehmen die Konsumvorgänge im Drogenkonsumraum wieder kontinuierlich zu.

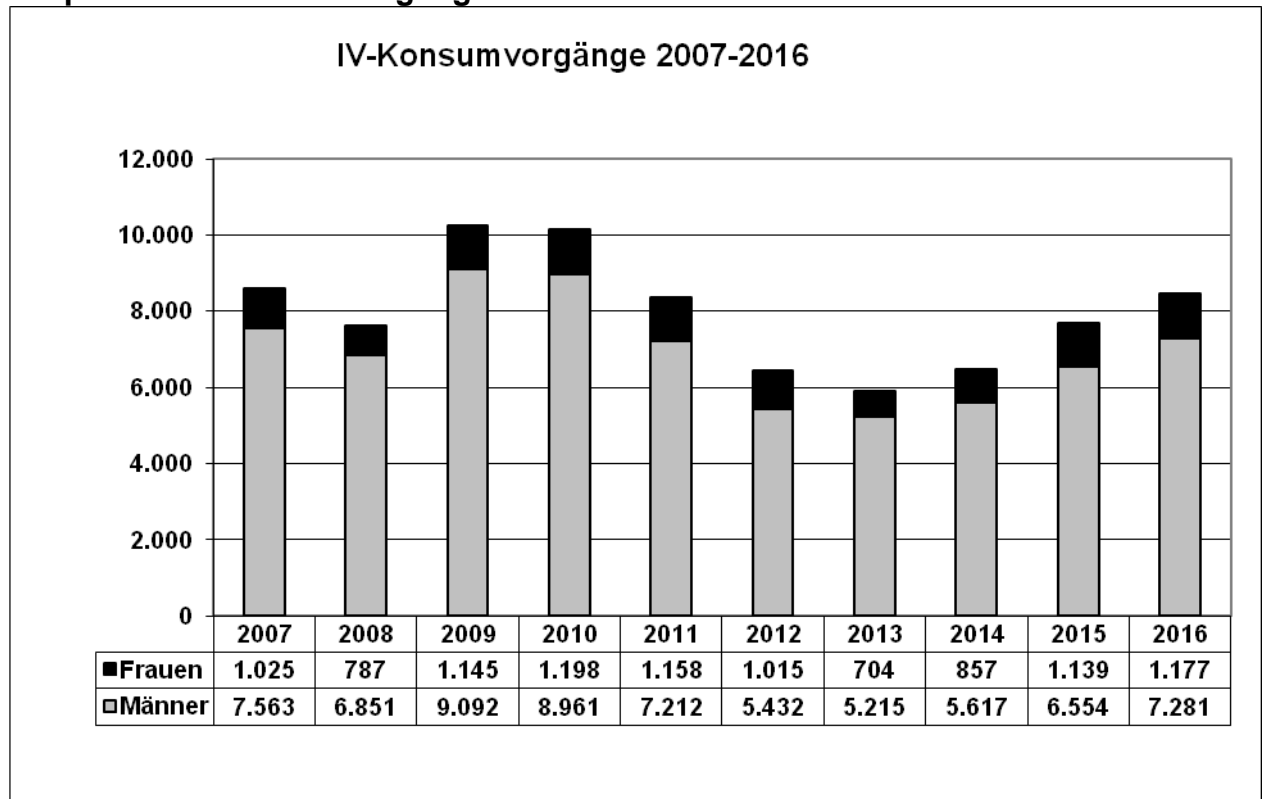
Graphik 2: Konsumvorgänge im Monatsvergleich 2016



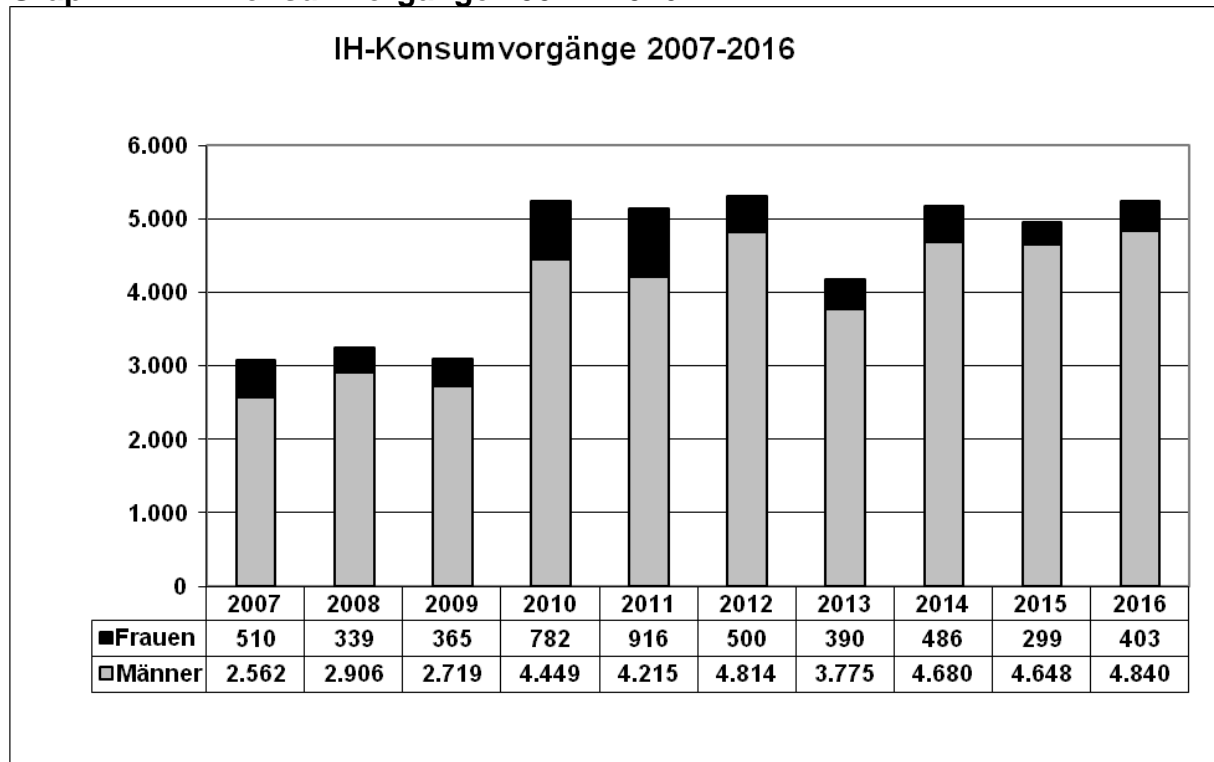
Die Graphik 2 zeigt nun den monatlichen Verlauf der Konsumvorgänge in 2016. In den Wintermonaten (Januar, Februar, März und Dezember) steigen auch aufgrund der Wetterbedingungen die Konsumvorgänge leicht an, um in den Frühlings- und Sommermonaten etwas zurückzugehen (insbesondere im Mai). März, Januar und Dezember waren die am stärksten genutzten Monate des Konsumraums.

Konsumformen

Graphik 3: IV-Konsumvorgänge 2007 – 2016



Graphik 4: IH-Konsumvorgänge 2007 – 2016



Die Graphiken 3 und 4 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 2016 7.281 intravenöse Anwendungen). Bei den Frauen konnten in 2016 1.177 intravenöse Applikationen ermittelt werden. Der inhalative Gebrauch wurde im Untersuchungszeitraum 5.243 mal dokumentiert (403 Frauen und 4.840 Männer). Auch hinsichtlich eines Vergleichs mit den Erhebungen von 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2014 und 2015 bleibt das intravenöse Gebrauchsmuster insbesondere bei den Männern dominant. Jedoch können wir seit 2010 eine deutliche Zunahme der inhalativen Gebrauchsform konstatieren, was sicherlich auch auf die erfolgreichen Durchführungen von Safer-Use-Maßnahmen im Sinne der "Förderung" inhalativer Gebrauchsmuster im Rahmen des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums zurückzuführen ist.

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. Die Zunahme der inhalativen Gebrauchsformen ab 2010 weist auch darauf hin, dass die Intensivierung der Maßnahmen zur aufklärenden Vermittlung risikobewusster Applikationsweisen im Sinne von Safer Use inzwischen greifen (Safer Sniefen).

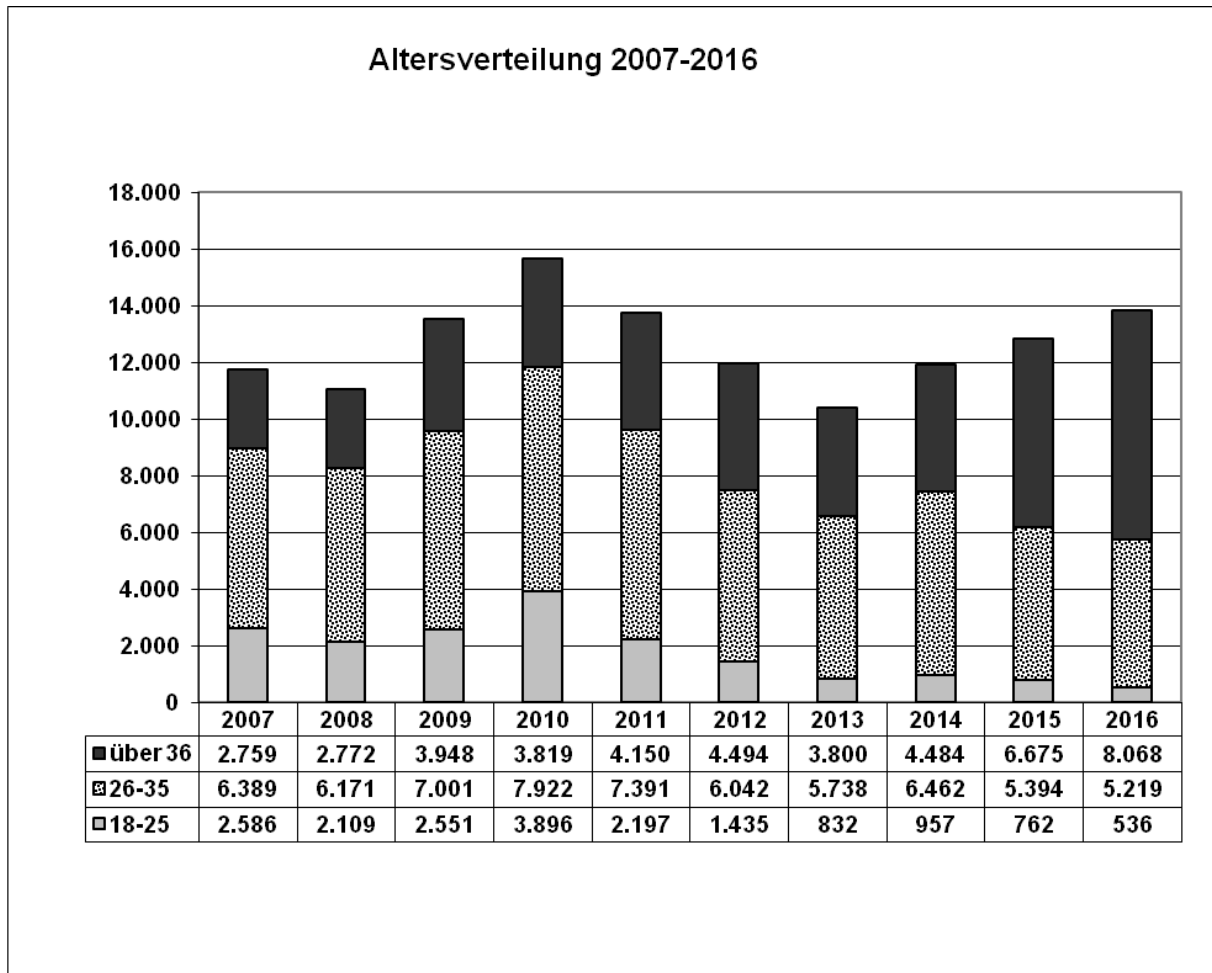
In 2016 wurden darüber hinaus auch 118 (2015:195) nasale Applikationsvorgänge dokumentiert.

Hinsichtlich der konsumierten Substanzen ist Heroin allerdings nur noch mit 66,30% (Frauen 6,61%, Männer 59,69%) die am häufigsten konsumierte Droge. Kokaingebrauch nimmt seit Jahren zu und ist mit 25,33% klar die zweithäufigste Droge (Frauen 3,97%, Männer 21,36 %). Heroin-Kokain-Cocktails werden mit 7,68% im Konsumraum konsumiert (Frauen 0,87%, Männer 6,81 %). Benzodiazepine und Amphetamine machen nur einen sehr geringen Anteil aus. Der risikoreiche Mischkonsum von verschiedensten psychoaktiv wirksamen Substanzen (insbesondere auch Alkohol) ist weiterhin ein Problem. Safer-Use-Beratungen über die unkalkulierbaren Wirkungen polyvalenten Drogengebrauchs wurden und werden verstärkt durchgeführt.

Die schon in 2002 festgestellte hohe Konsumraumnutzung durch Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten und andere Migranten (aber bisher keine Flüchtlinge) hat sich auf 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 drogenabhängigen Migranten“** hat dazu beigetragen, russlanddeutsche Drogenkonsumentinnen und andere Konsumentinnen mit Migrationsvorgeschichte 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 Oktober 2016) ohne Repräsentativitätsanspruch liegt inzwischen die Konsumraumnutzung durch Drogenkonsumentinnen mit Migrationsvordergrund (dominante Herkunft: Russland, Weißrussland, Kasachstan, Türkei) weiter bei 35% (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%; November 2009 31%, November 2010 33, November 2011 29%; November 2012 35%; November 2013 34%; November 2014 34%; November 2015 35%).

Altersverteilung

Graphik 5: Altersverteilung 2007 - 2016



Graphik 5 präsentiert die Altersgruppenverteilungen der Konsumraumnutzerinnen im Zehnjahresvergleich. Die Altersgruppe der 18- 25-Jährigen konnte in 2016 536 erfasst werden. In der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen wurden insgesamt 5.219 Personen dokumentiert. Die über 36-Jährigen wurden mit 8.068 Personen erfasst. Die Graphik zeigt eine deutliche Zunahme der Altersgruppe der über 36-Jährigen in 2016. Zum zweiten Mal nach 2015 ist der Anteil der Altersgruppe der über 36-Jährigen höher als die der Altersgruppe der 26 - 35-Jährigen. Ab 2014 erhöht sich die Anzahl der über 36-Jährigen Konsumraumnutzerinnen kontinuierlich. Über die Jahre 2007 – 2016 der Konsumraumöffnung wurden und werden insbesondere auch die älteren und langjährig drogenkonsumierende Menschen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene erreicht.

Abgewiesene Personen

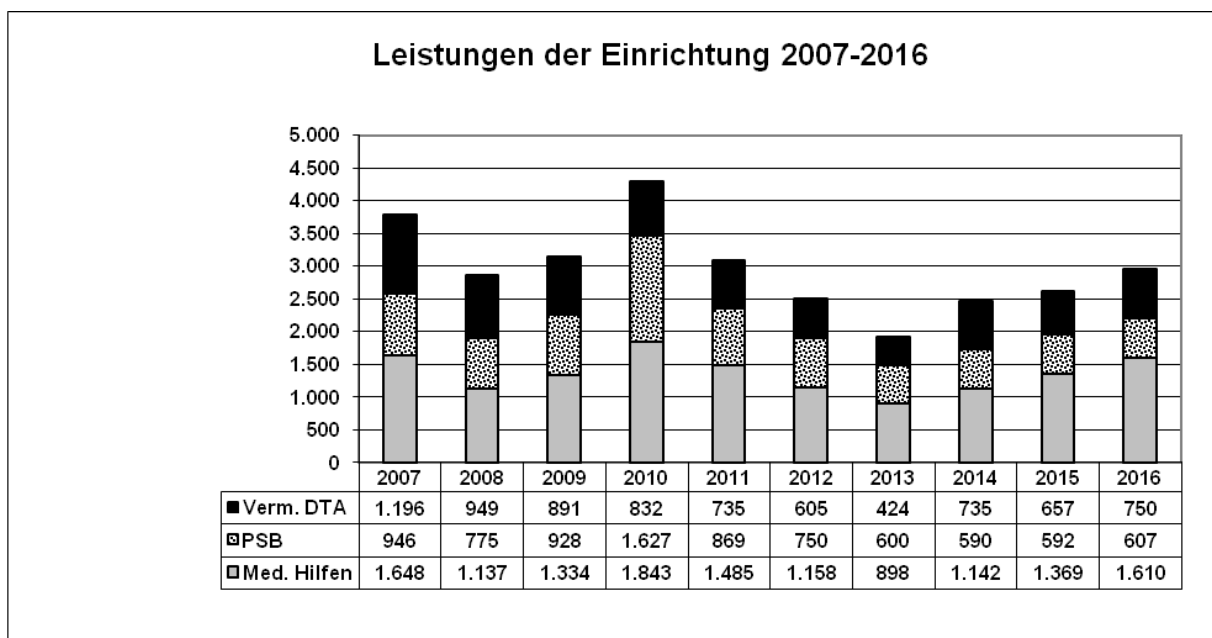
Hinsichtlich der gesetzten Zugangskriterien durch die neue Rechtsverordnung des Landes NRW mussten wir in 2016 keine Substituierten mehr den Zugang zum Konsumraum verwehren. Nach der Änderung der Rechtsverordnung vom 1.12.2015 sind Substituierte unter bestimmten Aufklärungs- und Beratungsbedingungen nun zuge-

lassen. Was eindeutig zu einer Entspannung im Alltagsgeschehen geführt hat. Insgesamt konnten im Jahresverlauf 2016 1696 erkennbar Substituierte im Konsumraum registriert werden. Wobei die Nutzung und nicht die Personen gezählt werden, d.h. die uns bekannten Substituierten nutzen den Konsumraum meist häufiger. Dabei wurde 423 mal entsprechend der Rechtsverordnung beraten und über anderweitige Hilfsmaßnahmen aufgeklärt (47 weibliche und 376 männliche Substituierte).

In 2016 mussten wir nur noch zwei offensichtlich intoxikierte Menschen eine Erlaubnis zur Nutzung des Drogenkonsumraums verweigern (2007 9; 2008 4; 2009 9; 2010 4; 2011 10; 2012 10; 2013 2; 2014 6; 2015 8).

Leistungen der Einrichtung

Graphik 6: Leistungen der Einrichtung 2007 – 2016



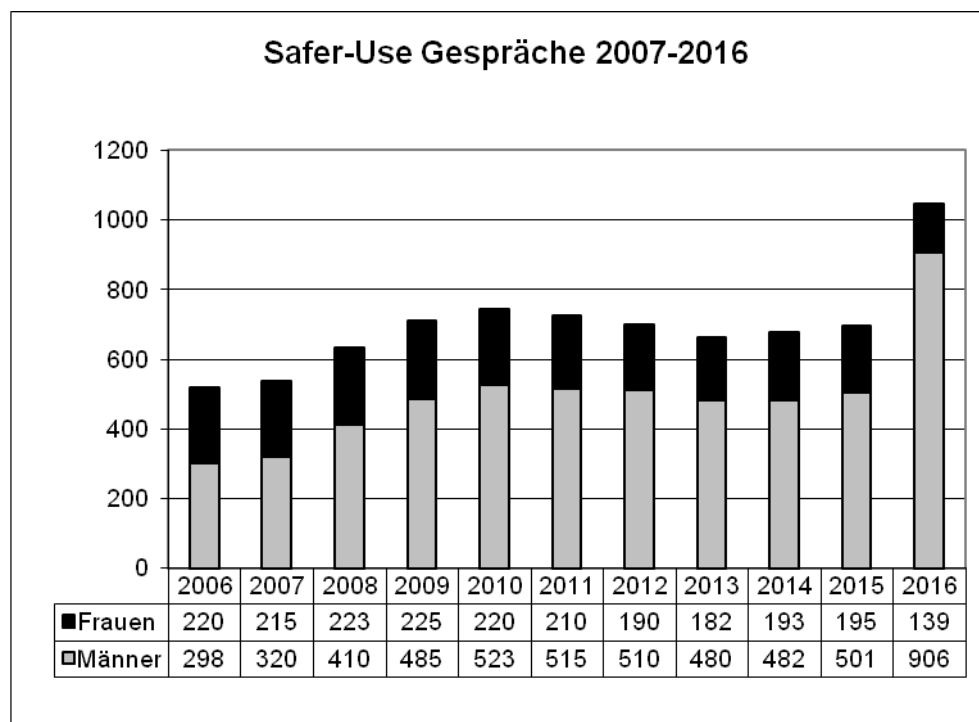
Wie ersichtlich umfassen die Leistungen innerhalb des Drogenkonsumraums 2016 in 1.610 Fällen akute **medizinische Hilfen** wie kleinere Wundversorgungen und problemlose Erste Hilfe Maßnahmen (2007 1.648; 2008 1.137; 2009 1.334; 2010 1.843; 2011 1.485; 2012 1.158; 2013 898; 2014 1.142; 2015 1.369 medizinische Hilfen). Auch durch die Zunahme der Konsumvorgänge konnten die medizinischen Hilfen in 2016 deutlich gesteigert werden. Dies zeigt die intensive und effektive Nutzung dieses integrativen Angebotes durch die Nutzerinnen des Angebotes. 750 mal wurden Nutzerinnen in die Drogentherapeutische Ambulanz zu weiteren medizinischen Abklärungen und Hilfeleistungen vermittelt.

2016 wurden darüber hinaus in 607 Fällen **psychosoziale Beratungen/Unterstützungen/Interventionen** durchgeführt (in 2007 964; 2008 775; 2009 928; 2010 1.627; 2011 869; 2012 750; 2013 600; 2014 590; 2015 592 psychosoziale Hilfen), die in 46 Fällen als Kontaktvermittlungen zur Entgiftung, in 30 Fällen als

Kontakte zu Substitutionsärzten mündeten. Darüber hinaus wurden 199 Personen in andere ärztliche Hilfen, 488 Personen in weiterführende soziale Hilfen, 5 Personen zur städtischen Drogenhilfe weitervermittelt. Insgesamt kann festgehalten werden: Die Zielbestimmung „Behandlungsbereitschaft zu wecken, den Einstieg in den möglichen Ausstieg einzuleiten“, wird durch gezielte Hilfen und Weitervermittlungen effektiv erfüllt.

Safer-Use Gespräche

Graphik 7: Safer Use Gespräche 2007 - 2016



Graphik 7 verschafft einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten Safer-Use-Gespräche. In 2016 wurden 1045 Safer-Use-Gespräche dokumentiert (in 2015 696 Gespräche) mit insgesamt 139 Frauen und 906 Männern. Themenschwerpunkte der Gespräche sind: 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 Überdosierungen), "Blutaufmerksamkeit", Beratung zu den Risiken des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung und Hinweis auf die Notwendigkeit des Konsumverzichts sowie Hinwirken auf die Inanspruchnahme der

im Einzelfall notwendigen Hilfe, zur Beigebruuchsproblematik und des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln sowie zu Risiken des intravenösen Tablettenkonsums. Ferner gehörten folgende Themenfelder dazu: Was tun im Drogennotfall? Gibt es alternative Konsumformen? Aufklärung zum Thema „Mythos Kochsalzlösung“ und zu Vorsichtsmaßnahmen beim Konsum unter unhygienischen Bedingungen.

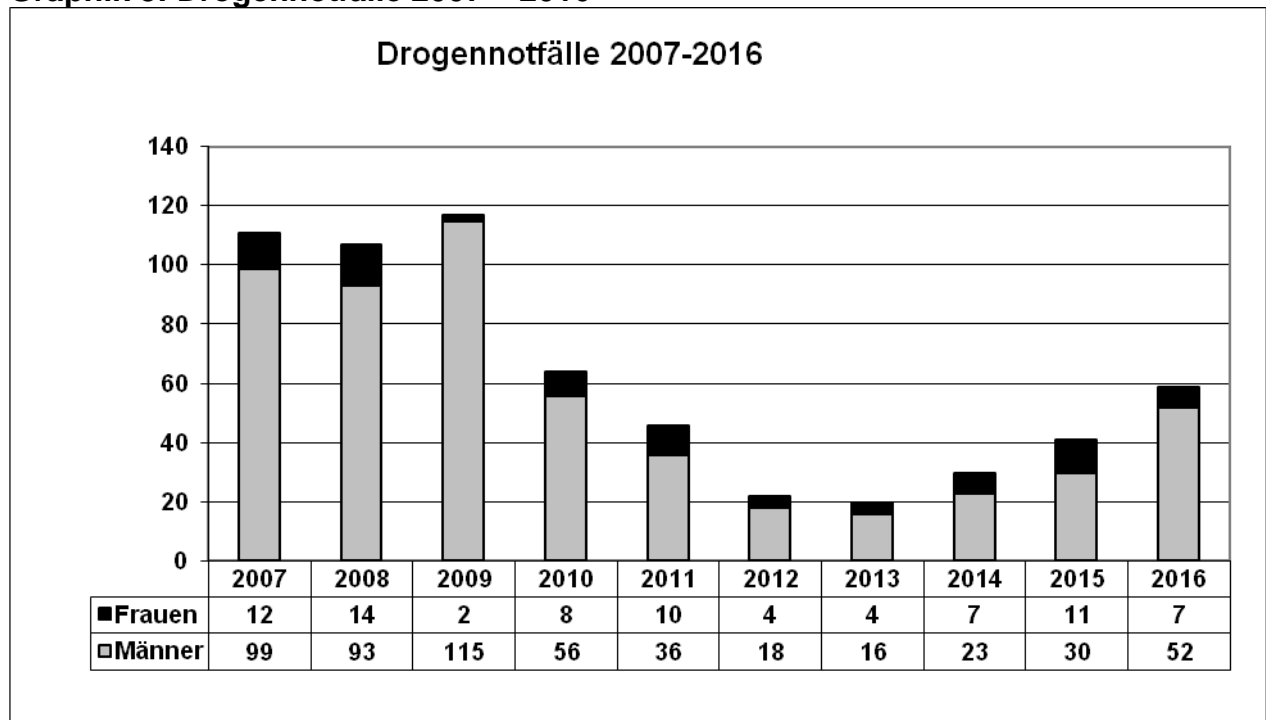
Es kann eine deutliche Zunahme der Safer-Use-Gespräche in 2016 konstatiert werden. Die in 2016 eingeleitete Intensivierung der pädagogisch-sozialen Maßnahmen zur Hepatitisprävention, zur Aufklärung hinsichtlich polyvalenter Drogengebrauchsmuster und bezüglich der Problematik des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln spiegelt sich hier wieder. Infektionspräventive Botschaften werden verbal und medial (über entsprechende Faltblätter, Durchführung von themenbezogenen Gesundheitstagen und sog. „Hand-Outs“) vermittelt und auch wirksamkeitsbezogen genutzt. In 2016 wurde zudem wieder ein Aktionstag zur Infektionsprophylaxe mit dem Angebot eines anonymen Bluttests (HIV, HEP, Syphilis) in Kooperation mit dem städtischen Gesundheitsamt, der AIDS-Hilfe und der städtischen Drogenhilfe erfolgreich durchgeführt. Ferner wurde - wie jedes Jahr – ein Drogennotfalltraining für Drogenabhängige aus der Drogenszene angeboten. Ziel des Trainings war das überlebenswichtige Erkennen einer Drogenüberdosis und die Einübung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen. In diesem Jahr standen besonders die Risiken des Drogenmischkonsums im Fokus. Eingeübt wurden darüber hinaus die notwendigen Schritte einer sofortigen Hilfe in Drogennotfallsituationen. Weiteres wichtiges Ziel ist es insofern, dass sich die teilnehmenden Konsumentinnen als Multiplikatoren in der Drogenszene betätigen und so möglicherweise Leben retten. Dies soll demnächst auch mit einer Naloxonmitgabe in Kombination mit einem begleitenden Drogennotfalltraining erweitert werden. Erfahrungen insbesondere in den USA zeigen: Naloxon kann schnell opiatbedingte, lebensbedrohliche Effekte wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufheben und somit Todesfälle vermeiden.

Hausverbote

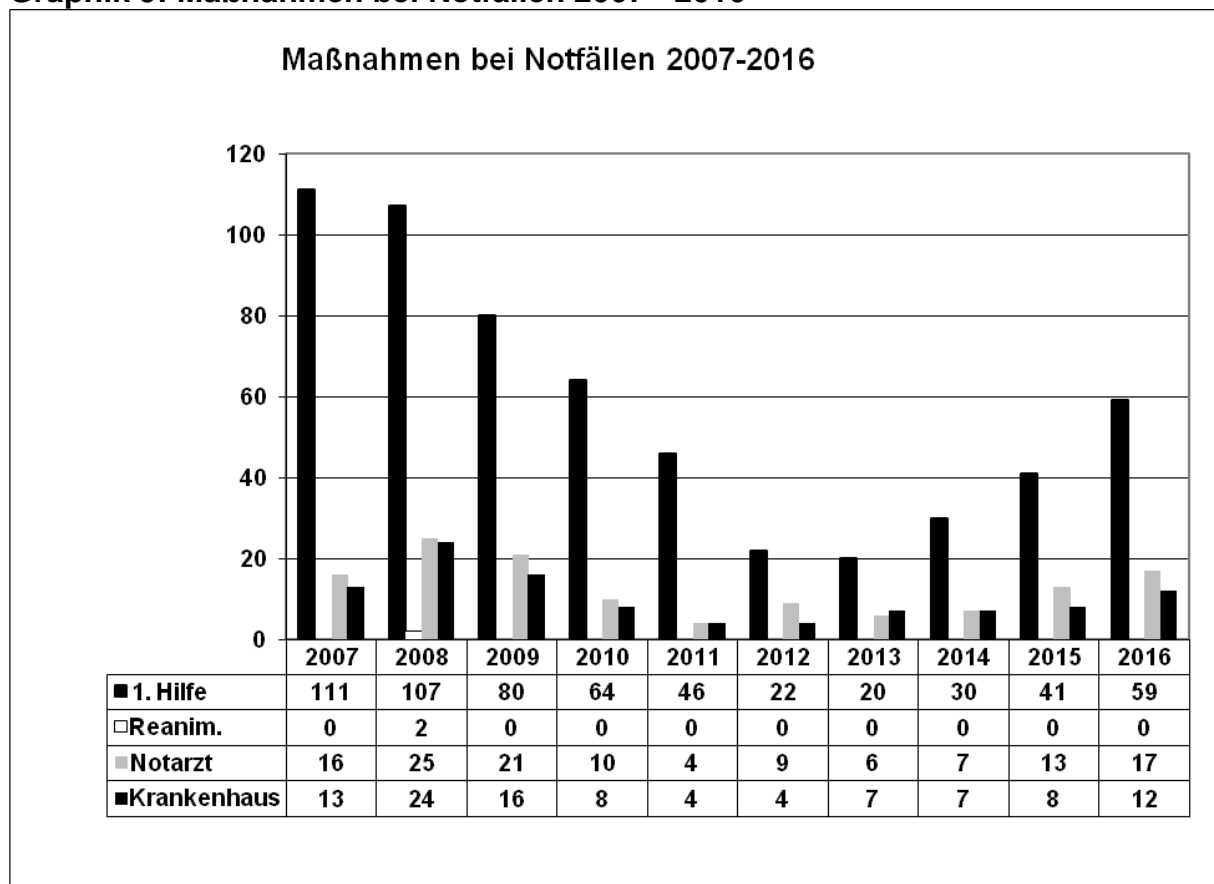
Insgesamt wurden im Jahr 2016 27 Hausverbote (2015 33 Hausverbote) erteilt. Die 27 Hausverbote erfolgten aufgrund gesundheitsgefährdender Konsumvorgänge (Drogen-Teilen), der Weitergabe einer Konsumration, gemeinsamen Konsums aus einer Spritze oder aggressiven Verhaltens gegenüber dem Personal.

Drogennotfälle

Graphik 8: Drogennotfälle 2007 – 2016



Graphik 9: Maßnahmen bei Notfällen 2007 - 2016



Die Graphiken 8 und 9 verweisen auf die im Zehnjahresverlauf 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 **leichte 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/oder Reanimation durch Personal der Einrichtung, Benachrichtigung von Notarzt/RTW, Transport ins Krankenhaus.

Insgesamt wurden in 2016 59 Drogennotfallsituationen notiert (30 Männer und 11 Frauen). Von diesen 59 Drogennotfallsituationen (2007 111; 2008 107; 2009 117; 2010 64; 2011 46; 2012 22; 2013 20; 2014 30; 2015 41) sind 17 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 (2007 16; 2008 25; 2009 21; 2010 10; 2011 4; 2012 9; 2013 6; 2014 7; 2015 13 Personen). Ein Transport ins Krankenhaus erfolgte 2016 bei 12 Personen.

Bei 42 Drogennotfallsituationen in 2016 handelte es sich um leichte Drogennotfälle (größtenteils Kreislaufprobleme) die durch Einleitung von Erste-Hilfe-Maßnahmen (u.a. Vitalfunktionskontrolle, Sauerstoffgabe, Traubenzuckergabe) ohne Inanspruchnahme des Notarztes/Rettungsdienstes sofort behoben werden konnten. Wir haben es in 2016 wieder mit einer Zunahme von Drogennotfallsituationen zu tun.

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 jedoch: Kein(e) Drogenkonsument(in) weiß, was er/sie konsumiert. Auf dem **Schwarzmarkt erworbene Substanzen** schwanken häufig hinsichtlich Zusammensetzung, Reinheitsgehalt, Wirkstoffkonzentration(en) und Verpanschungsgrad. Zudem ist auch eine Zunahme an Mischkonsum und Polytoxikomanie bei Drogenabhängigen zu beobachten. 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

Im Auswertungszeitraum konnte weiterhin keine Szenebildung vor unserer Einrichtung oder größere Störungen der öffentlichen Ordnung im unmittelbaren Umfeld festgestellt werden, die ursächlich auf den Betrieb des Drogenkonsumraums zurückzuführen gewesen wären. Ferner ist keine Sogwirkung auf Konsumentinnen, die nicht aus Münster kommen, beobachtet und dokumentiert worden. 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.

Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die von der Konzeption anvisierte Zielgruppe der langjährig konsumierenden Drogenabhängigen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene weiterhin erreicht wird. Die präsentierten Ergebnisse im Vergleich der Jahre 2007 - 2016 zeigen, dass die Leistungen, die in den Zielbestimmungen genannt sind, weiterhin 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 Drogennotfallsituationen gewährleistet werden. 17 mögliche Todesfälle wurden in 2016 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 suchtherapeutische Hilfen vermittelt werden. Somit wurde 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) erreicht.

2016 ist eine Zunahme der Konsumvorgänge im Konsumraum festzustellen. Insbesondere in den Wintermonaten erfolgte eine verstärkte Nutzung des Konsumraums. Auch die Änderung der Zugangsbedingungen (Substituierte können den Konsumraum nutzen) kann dazu beigetragen haben. Die Betreuungsleistungen und Beratungsgespräche nehmen darüber hinaus weiterhin zu. Der Trend, dass immer mehr ältere Drogenabhängige den Konsumraum und auch die begleitenden niedrigschwelligen Hilfen nutzen, wird eindeutig bestätigt. Es dominiert weiterhin die Altersgruppe der über 36-Jährigen.

Erfreulich ist auch die Stabilisierung des inhalativen Gebrauchsmusters auf hohem Niveau. Hier scheinen unsere Maßnahme zur Förderung risikominimierender Ge-

brauchsformen Früchte zu tragen. Die Vorteile eines nicht intravenösen Gebrauchs sind gewichtig: Keine Gefahr einer Überdosierung, keine Gefahr einer HIV- und Hepatitis-Infektion bei Nutzung des eigenen Röhrchens, keine Abszesse, keine "Shakes" durch unreine Zusatzstoffe oder Bakterien. Jedoch nehmen immer weniger Frauen den Drogenkonsumraum in Anspruch (es befinden sich auch immer weniger Frauen in der öffentlichen Drogenszene). Darüber hinaus wurden viele unserer Besucherinnen in den letzten Jahren in Substitution vermittelt. In Münster werden z. Z. ca. 850 Personen über Substitutionsambulanzen, Schwerpunktpraxen und niedergelassene Ärzten substituiert.

Von besonderer Bedeutung ist, dass das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW die Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen am 1.12.2015 auf den Weg brachte.

Realität war und ist, dass viele Drogenabhängige polyvalent psychoaktiv wirksame Substanzen konsumieren und dies – zumindest in der Anfangsphase einer Substitution – auch weiterhin praktizieren. Beispielsweise zeigte die PREMOS-Studie, dass bei vielen Substituierten das jeweilige Substitutionsmittel sehr niedrig dosiert ist sowie im langfristigen Verlauf die empfohlene Erhaltungsdosis unterschritten wird. Ein Bei- oder Zugebrauch (z.B. auch in akuten Krisensituationen) sollte nicht als ein Ausschlusskriterium verstanden werden. Jeder Bei- und Zugebrauch hat eine subjektspezifische, psychosoziale Bedeutung, die es jenseits moralischer Diktionen gilt, gemeinsam im moderierenden Unterstützungsprozess aufzuarbeiten. Und dies ist nur möglich, wenn ein Gesprächskontakt hergestellt werden kann. Erfahrung ist, dass Methadon oder andere Substitutionsmittel Medikamente sind und eigentlich keine Ersatzstoffe für Heroin, da sie Heroin aufgrund fehlender Euphorieerzeugung subjektiv nicht ersetzen können. Jedenfalls liessen sich abgelehnte Substituierte und auch intravenös Heroin - Benzodiazepin - Konsumierende (bisher weiteres Ausschlusskriterium) nicht vom Konsum abhalten: Sie taten und tun dies unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf der Straße. Die Konsequenzen waren und sind bekannt: vermehrter öffentlich sichtbarer Drogenkonsum, Zunahme von Spritzenfunden, öffentliche Drogennotfallsituationen. Hier konnte der in der Rechtsverordnung gesetzte Anspruch eines Drogenkonsumraums, Gesundheitsgefahren zu senken und Überlebenshilfe zu sichern, aufgrund der festgelegten Zugangskriterien bisher nicht erfüllt werden.

Mit Unterstützung der Ordnungspartnerschaft Drogen in Münster, dem deutschen Städtetag, dem Landesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) hatte der Arbeitskreis "Drogenkonsumräume in NRW" mehrfach einen Antrag auf Änderung der Zugangskriterien für die Nutzung der Drogenkonsumräume gestellt.

Im Rahmen der nun vorliegenden Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 1.12.2015 (GV.NRW.2015 S. 798) durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW in Düsseldorf wurden folgende Änderungen verabschiedet:

1.) Streichung des Ausschlusses von erkennbar Substituierten mit der Maßgabe der Vorhaltung entsprechender Beratungsangebote. "Hierbei ist insbesondere auf Risiken des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung und die Notwendigkeit des Konsumverzichts hinzuweisen und auf die Inanspruchnahme der im Einzelfall notwendigen Hilfe hinzuwirken" (Verordnung § 5, Absatz 2 Satz 1)

2.) "Der Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum kann Opiate, Kokaïn, Amphetamine oder deren Derivate sowie Benzodiazepine betreffen und intravenös, inhalativ, nasal oder oral erfolgen" (Verordnung § 8 Abs. 3 Satz 3)

3.) "Geeignete Folien zum inhalativen Konsum" (Verordnung § 3, Absatz 1 Satz 6) sind in ausreichendem Umfang vorzuhalten.

Unsere qualitätssichernde Erhebung zur Erfassung der Nutzerinnenzufriedenheit zeigt auch in 2016, dass die Konsumentinnen den Konsumraum inzwischen als einen „konsumsicheren“ Raum ansehen, d.h. als einen anonymen Schutzraum vor möglichen Mischintoxikationen und Überdosierungen, als Hygienerraum und als Nutzungsmöglichkeit für sofortige medizinische und soziale Hilfe und Unterstützung.

Die mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen verbundenen Ziele 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 erreicht.

2016 haben wir es wieder auch aufgrund der Zunahme der Konsumvorgänge mit einer Erhöhung der Drogennotfälle im Vergleich zu 2015 zu tun (59 Drogennotfälle, davon 17 schwere Drogennotfälle): allerdings im Vergleich zu den Jahren 2006 - 2009 immer noch auf einem sehr niedrigen Niveau. Dies kann einerseits auf einen stabilen Reinheitsgehalt des Straßenheroins hindeuten, andererseits zeigt sich hier auch ein Erfolg der schadensminimierenden und gesundheitspräventiven Maßnahmen (Safer-Use-Strategien, Hygienemaßnahmen) im integrativen Zusammenspiel mit allen niedrighwelligen Unterstützungsangeboten. Beispiel ist der hohe Anteil inhalativer Gebrauchsmuster (Folie rauchen). Der inhalative Gebrauch wird von uns durch unterschiedliche Angebote beispielsweise durch Gesundheitstage, Hand-Outs und Safer-Use-Gespräche gefördert wird. Eine aktuelle Studie der FHS Frankfurt „Smoke It 2“ verdeutlicht, das gemessen an den Indikatoren Überdosierung und virale Infektionen der inhalative Konsum deutlich weniger riskant ist (vgl. www.drogenkonsumraum.net).

Die sehr gute **Vernetzungsstruktur** innerhalb der Drogenhilfe und der sozialen Versorgungsstruktur in Münster erleichtert unsere Arbeit dabei 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 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 im Gesamtkonzept niedrighwelliger Drogenhilfe 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 psychosozial stabilisiert werden.

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. Der Erfolg dieser gebündelten Maßnahmen und Angebote zeigt sich deutlich an der Bewältigung von Drogennotfallsituationen (auch in ihrer schweren Ausprägung) sowie der Zunahme risikominimierender Konsumformen (wie Folie rauchen) in den letzten fünf Jahren.

Eine Problemmassierung in der Öffentlichkeit (offenes Konsumgeschehen, Spritzenfunde) konnte ferner wirksam gemindert werden. Die Sprizentauschsituation (umfassendes Sprizentauschprogramm, Spritzenautomaten am Bremer Platz und in Kinderhaus, Konsumraumnutzung und mobile Spritzenentsorgung sowie Aufklärungsarbeit im öffentlichen Raum) hat sich weiterhin auf hohem Niveau stabilisiert. Nach eigener Erhebung wurden in einer Woche im Oktober 2016 ca. 2.500 gebrauchte Spritzen getauscht und sachgerecht entsorgt. Hochgerechnet wären dies im Jahr ca. 135.000 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 enorm hoch ist. **Personelle Engpässe** bei unseren täglichen Öffnungszeiten zeigen sich insbesondere in Krankheits- und Urlaubszeiten. Durch die Steigerung der Lohn- und Lohnnebenkosten sowie der entsprechenden Sachmittel insbesondere für den Drogenkonsumraum nehmen auch die finanziellen Belastungen deutlich zu. Hier muss gegengesteuert werden. Wir werden in diesem Jahr einen entsprechenden Ausgleichsfinanzierungsantrag stellen müssen.

Durch die Hilfsangebote des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums wird eine wesentliche Verminderung der Folgeprobleme des zwanghaften 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, Verstreckung der Substanzen, unhygienische Lebenszusammenhänge) vermieden, die öffentlich sichtbare Drogenszene zum Verschwin-

den 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, somit ein Baustein im Rahmen umfassender und differenzierter Hilfeangebote zur Gesundheitsprävention, Überlebenshilfe und Schadensminimierung.

Literatur:

Aktuell gültige Rechtsverordnung in NRW vom 15.12.2015, online verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/nrwrechtsverordnung.htm>.

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

Deutsche AIDS-Hilfe/Akzept e.V. (Hg.): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum. Berlin 2011

Dettmer,K./Schneider,W.: Drogenkonsumräume...und der rechtliche Rahmen. In: akzept e.V.(Hg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016, S. 56 - 63

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

Fachhochschule Frankfurt, Institut für Suchtforschung (ISFF)/Deutsche AIDS-Hilfe: Smoke-It! 2 Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ). Frankfurt/Berlin 2016

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)

Indro e.V. (Gesigora,E./Hagemann,K.): Hygienerahmenplan 2016

Landesstelle Sucht NRW: Die Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW - 2015

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./Verthein,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

Wittchen,H.-J. et al: Effekte langfristiger Substitution Opiatabhängiger: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Premos-Studie. Dresden 2012

Zurhold,H./Kreutzfeldt,N./Degwitz,P./Verthein,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:

Eva Gesigora, Sozialarbeiterin
Ulrich Dowe, Dipl. Päd.
Stefan Engemann, Dipl. Päd.
Kristin Hagemann, Sozialarbeiterin
Michael Wulfert, Dipl. Päd.

Eine ausführliche Dokumentation der Presseberichterstattung zum Drogenkonsumraum ist im INDRO e.V.-Gesamtjahresbericht 2015/2016 erschienen.