

Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland

Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland

Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

vorgelegt von

ZEUS GmbH,
Zentrum für angewandte Psychologie,
Umwelt- und Sozialforschung
Universitätsstraße 142
D-44799 Bochum
Tel.: 02 34 / 70 99 23 - 30
Fax: 02 34 / 70 99 23 - 31
E-Mail: info@zeusgmbh.de

Projektbearbeitung

Sebastian Poschadel
Dr. Rainer Höger
Jens Schnitzler
Dirk Schreckenber

unter Mitarbeit von
Michael Kramer, Silke Rabczinski,
Sonja Hauste, Lisa Bodamer,
Jens Gailus, Thomas Friedrichsmeier,
Gunther Ellers und Jürgen Niemarkt

Zusammenfassung

Um die Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland zu evaluieren, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in einer Vollerhebung alle 19 zum Januar 2002 in der BRD betriebenen Drogenkonsumräume untersucht.

Hierfür wurden die bisher erlassenen landesspezifischen Rechtsverordnungen zum Betrieb von Konsumräumen miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme der Konsumräume und der angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den Leiterinnen und Leitern durchgeführt, Opiatabhängige in den einzelnen Konsumräumen befragt, die Einhaltung der vorgeschriebenen gesetzlichen Mindeststandards überprüft, generelle Schwachstellen ermittelt, Vorschläge zur Verbesserung gemacht und anhand von Zeitreihenanalysen überprüft, ob Drogenkonsumräume einen *spezifischen* Einfluss zur Senkung der Drogentotenzahlen leisten.

Zusammenfassend kann für den Vergleich der Rechtsverordnungen festgestellt werden, dass sich die bislang existierenden Rechtsverordnungen der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland in vielen Punkten nicht grundlegend voneinander unterscheiden. Dennoch gibt es einige bedeutsame Unterschiede, so z. B. in der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Minderjährigen der Zugang zu den Drogenkonsum-Einrichtungen gestattet werden soll. Ebenso wird die Frage der Zulassung von Personen, die sich in substitutionsgestützter Behandlung befinden, unterschiedlich geregelt. Darüber hinaus findet sich allein in der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen der Begriff der „*ärztlichen* Hilfe und Beratung“, während die übrigen Rechtsverordnungen von „*medizinischer* Beratung und Hilfe“ sprechen.

Rechtsbegriffe, die aufgrund ihrer Unbestimmtheit der Auslegung bedürfen, gibt es sowohl in § 10 a Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als auch in den Rechtsverordnungen der Länder, so z. B. den der „*fachlichen* Ausbildung“ des Personals oder den der „*aktiven* Hilfe beim Konsum“. Rechtsprechung zum Thema „Drogenkonsumräume“ fehlt bislang gänzlich, so dass es noch einige Zeit dauern wird, bis sich die einzelnen Merkmale verfestigt und konkretisiert haben. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Hessische Rechtsverordnung „mit Ablauf des 31. Dezember 2006 außer Kraft“ tritt und damit die rechtliche Grundlage zum Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hessen entfällt.

Zur Überprüfung der Einhaltung von Mindeststandards wurden alle Konsumräume besichtigt, die Leiter und Leiterinnen befragt und die Ergebnisse durch eine Befragung der Opiatabhängigen in den Konsumräumen ergänzt. Alle zu einzelnen Konsumräumen zur Verfügung gestellten Daten wurden statistisch aufbereitet und in Jahresübersichten differenziert nach Einrichtung graphisch dargestellt.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die vorgeschriebenen Mindeststandards von allen Einrichtungen mit wenigen Einschränkungen eingehalten werden. Insbesondere wird in allen Konsumräumen das Überleben der Opiatabhängigen durch eine sofort einsatzbereite Notfallversorgung gesichert. Ebenso werden Opiatabhängige in weitergehende (ausstiegsorientierte) Hilfeangebote vermittelt.

Für den Zeitraum von 1995-2001 sind insgesamt 2,1 Mio. Konsumvorgänge in Konsumräumen der BRD dokumentiert. Dabei ist nicht ein einziger Todesfall in einem Konsumraum zu beklagen. Für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5426 Notfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch das Personal hätten tödlich enden können.

Die Befragungen und die Analyse der vorhandenen Daten zeigen weiterhin:

- Es wird insgesamt die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe erreicht.
- Minderjährige sind bei den Befragungen in Konsumräumen nicht angetroffen worden.
- 96% der Befragten sind mehrjährig opiatabhängig.
- Die gesundheitliche Betreuung verbessert sich durch den Konsumraum nach Angaben der Befragten im Vorher-Nachher Vergleich signifikant.
- Durch Konsumräume verbessert sich insgesamt der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem.

Trotzdem konnten bei der Schwachstellenanalyse unter anderem folgende Probleme identifiziert werden:

Dem Thema Hepatitis C wird gegenwärtig als Beratungsthema insgesamt eher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Als Grund hierfür wird auch angegeben, dass beispielsweise noch nicht alle Übertragungswege bekannt seien.

Ob Frauen derzeit in Konsumräumen unterrepräsentiert sind und ob frauenspezifische Hemmnisse bei der Nutzung von Konsumräumen bestehen, kann anhand der Datenlage derzeit nicht beantwortet werden. Es wird vorgeschlagen, dieser Frage in einer weiteren Untersuchung nachzugehen.

Problematisch ist auch das Thema Konsumräume und Substitution. Einige der befragten Nutzer und Nutzerinnen befanden sich nach eigenen Angaben zum Befragungszeitpunkt in einer Substitutionsbehandlung. Grundsätzlich ergibt sich die Frage, ob es verantwortbar ist, Substituierten, die sonst in einem ungeschützten Rahmen Drogen zum Beigebrauch applizieren, den Zugang zu Konsumräumen zu verwehren, da dieser Personenkreis aufgrund der Substitution bei der Applikation von Heroin oder Kokain besonderen Risiken ausgesetzt ist. In den letzten Jahren ist bundesweit ein deutlicher Trend in der Zunahme der Todesursache „Mischintoxikation in Verbindung mit Methadon“ zu beobachten.

Im letzten Untersuchungsschritt wurde anhand von Zeitreihenanalysen untersucht, ob Drogenkonsumräume einen *spezifischen* Beitrag zur Reduktion der Drogentoten in den untersuchten Städten leisten. Hierfür wurden die monatlichen Zahlen der Drogentoten – soweit sie noch vorlagen – für den Zeitraum von 1990 bis 2001 bei den Polizeibehörden ermittelt. Als zeitreihenanalytisches Verfahren wurde das ARIMA-Modell (**A**uto-**R**egressive **I**ntegrated **M**oving **A**verage-**M**odell) herangezogen.

Hinsichtlich der zeitreihenanalytischen Prüfung des Effektes sind einige grundsätzliche Überlegungen vorausgesetzt worden:

Da es sich bei der Einrichtung eines Drogenkonsumraums um eine dauerhafte Intervention handelt, sollte die Intervention auch langfristig wirken und der Effekt über die Zeit aufrecht erhalten bleiben. Da nicht vermutet werden kann, dass bereits zum Zeitpunkt der Eröffnung des Drogenkonsumraums ein Interventionseffekt auftritt, wurde für die vorliegenden Daten ein Interventionswirkungsmodell spezifiziert, das von einer um 6 Monate verzögerten, jedoch dauerhaften Wirkung ausgeht.

Auf Basis dieses Modells kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Betrieb von Konsumräumen in den untersuchten Städten Saarbrücken, Hannover, Hamburg und Frankfurt statistisch signifikant mit der Senkung der Drogentotenzahlen in diesen Städten in Zusammenhang steht. Daraus kann gefolgert werden, dass Drogenkonsumräume neben anderen Faktoren einen *spezifischen*, überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentotenzahlen leisten können.

Abstract

In order to evaluate the work of German drug consumption rooms¹, in January 2002 an extensive investigation was carried out on all 19 centers that were operating in Germany at that time. The study was conducted on behalf of the Federal Ministry of Health.

The investigation included a comparison of the hitherto issued state-specific executive order laws on the work of drug consumption rooms and the collection of detailed data on the utilization of the consumption rooms and affiliated contact points. Also interviews were conducted with the managers of the institutions as well as with opiate addicts, and the consumption rooms' compliance with statutory minimum standards was checked. Furthermore weak points were identified and suggestions for improvement were made. Finally, it was investigated by means of time series analyses whether drug consumption rooms make a specific contribution to the reduction of drug-related deaths in Germany.

From the comparison of executive order laws it can be concluded that in most points there are no fundamental differences between the existing orders in the federal states of Hamburg, Hessen (Hesse), Niedersachsen (Lower Saxony), Nordrhein-Westfalen (North Rhine-Westphalia) and Saarland. However there exist a few important differences, for example regarding the question whether underage persons should be permitted access to drug consumption rooms, and if so under which conditions. There also exist different regulations concerning the admission of persons undergoing drug substitution therapy. Moreover, diverging terms are used in the wording of the orders².

Ambiguous legal terms that require interpretation can be found in § 10a of the Controlled Substances Legislation (BtMG) as well as in the state-specific orders. As examples of such cases the term "fachliche Ausbildung" referring to the technical training of staff members or the expression "aktive Hilfe beim Konsum" (active assistance with drug consumption) can be named. According to the lack of dispensation of justice concerning drug consumption rooms it will take some time until the characteristics and terminology in the field of drug consumption rooms will be consolidated and substantiated.

It should also be mentioned that the Hessian executive law order will cease to be in force on 31 of December 2006. The consequence will be that the legal basis for the work of drug consumption rooms in Hesse will then no longer be applicable.

In order to check for compliance with statutory minimum standards all consumption rooms were visited, the managers of the institutions were interviewed and a supplementary survey amongst opiate addicts was conducted.

All the data that could be obtained from authorities for each institution were statistically analyzed and graphic presentations depicting annual overviews for each consumption room were generated.

On the whole, it was found that all consumption rooms observed the statutory minimum standards with only few reservations. In particular, all consumption rooms provide instantaneous medical care in case of emergency to ensure the survival of opiate addicts. Likewise opiate addicts are placed in further supportive (rehabilitation oriented) institutions. From 1995 to 2001 2.1 Mio. consumption incidents have been documented for drug consumption rooms in Germany without any single death to be registered. For the same period of time however, a total amount of 5426 emergency cases has been registered which could have been deadly without the immediate medical care provided by the staff.

The interviews and the analysis of data furthermore revealed the following:

- the consumption rooms reach the target group intended by law,

¹ Drug consumption rooms are also referred to as "safe injecting rooms" or "medically supervised injecting centers".

² In North Rhine-Westphalia the term "ärztliche Hilfe und Beratung" which refers to support and consultation provided by doctors is used in executive order laws, whereas orders in other states contain the formulation "medizinische Beratung und Hilfe", referring more generally to medical care and consultation.

- no underage persons were met in the consumption rooms,
- 96% of the persons interviewed have been already addicted for several years,
- consumption rooms improve the medical attendance as reported by respondents (pre-post design analysis revealed significant changes in the reported quality of medical attendance),
- consumption rooms generally improve the access to the health care system.

An analysis of weak points however, revealed the following problems: Little attention is paid to the problem of hepatitis C as a matter of consultation. As one reason for this deficit insufficient knowledge about ways of transmission was named. It is neither possible to say whether women are currently underrepresented in drug consumption rooms, nor if there exist women-specific restraints in the utilization of the consumption rooms. It is suggested to address these questions in a subsequent investigation.

The issue “consumption rooms and substitution” is also a problematic one. Some of the interviewed consumption room users reported to be currently undergoing substitution therapy. In principle, the question arises if it was irresponsible to refuse access to persons undergoing substitutional treatment, who otherwise apply substitutional drugs in unprotected settings. This subgroup is particularly at risk when using heroin or cocaine. Within the last few years there has been a nationwide clear increase of poly-intoxication in connection with methadone being the cause of death.

In the last step of this study time series analyses were carried out in order to examine whether drug consumption rooms make a specific contribution to the reduction of drug-related deaths in the cities included in the investigation. Therefore, the monthly figures of drug-related deaths (as far as they were still available) were inquired of the police authorities for the time period 1990 – 2001. The ARIMA-Model (**A**uto-**R**egressive **I**ntegrated **M**oving **A**verage-**M**odel) was the approach chosen to conduct the time series analyses. Some basic considerations were taken into account with regard to testing the effect by means of time series analyses:

The establishment of a drug consumption room being a permanent intervention, the effect of the intervention should be long-lasting and stable over time as well. Since an intervention effect cannot be assumed to occur immediately with the opening of the consumption room, an intervention-effect-model was specified that acts on the assumption of a 6-months delayed but enduring effect. On the basis of this model it can be resumed that for the investigated cities of Saarbrücken, Hannover, Hamburg and Frankfurt the work of consumption rooms is statistically significantly related to the reduction of drug-related deaths. Therefore, it can be derived that drug consumption rooms – besides other factors – make a specific, statistically significant contribution to the reduction of drug-related deaths.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Abstract	iii
Inhaltsverzeichnis	v
1 Einleitung	1
2 Methodische Vorgehensweise	4
2.1 Überblick.....	4
2.2 Arbeitsschritte	5
3 Ermittlung der zum 02.01.02 in der BRD betriebenen Drogenkonsumräume	9
4 Vergleich der bestehenden Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen	11
4.1 Einleitung	11
4.2 Vergleich der verschiedenen Landesverordnungen	12
4.3 Fazit: Vergleich der Rechtsverordnungen	30
5 Länderspezifische Checklisten	33
5.1 Checkliste Hamburg.....	34
5.2 Checkliste Hessen	35
5.3 Checkliste Niedersachsen.....	36
5.4 Chekliste Nordrhein-Westfalen.....	37
5.5 Checkliste Saarland	38
6 Beschreibung der Konsumräume	39
6.1 Konsumräume in Hamburg	39
6.2 Konsumräume in Frankfurt/Main (Hessen)	60
6.3 Konsumräume in Niedersachsen	70
6.4 Konsumräume in Nordrhein-Westfalen	73
6.5 Konsumräume im Saarland	89
7 Einhaltung der Mindeststandards in den Drogenkonsumräumen	93
7.1 Einleitung	93
7.2 Einhaltung der Mindeststandards in Hamburg	95
7.3 Einhaltung der Mindeststandards in Hessen	100
7.4 Einhaltung der Mindeststandards in Niedersachsen.....	104
7.5 Einhaltung der Mindeststandards in NRW.....	108
7.6 Einhaltung der Mindeststandards im Saarland.....	112
8 Befragung der Nutzer und Nutzerinnen	116
8.1 Stichprobenbeschreibung	116
8.2 Nutzung der Konsumräume	116
8.3 Öffnungszeiten / Kontaktentstehung	117
8.4 Erstberatung	118

8.5	Kontaktgüte zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	119
8.6	Drogenkonsum in den letzten 24 Stunden.....	120
8.7	Nutzung der weiteren Angebote in Konsumräumen	121
8.8	Kontaktherstellung zu weitergehenden Hilfen durch das Personal	123
8.9	Medizinische Betreuung durch den Konsumraum	123
8.10	Therapieerfahrungen der Befragten.....	125
8.11	Zusammenfassung: Nutzerbefragung Konsumräume.....	125
9	Fazit: Schwachstellen / “best practices”	127
9.1	Hepatitis-C-Problematik.....	127
9.2	Niederschwelliger Zugang zu ärztlicher Hilfe.....	128
9.3	Frauen und Drogenkonsumräume	128
9.4	Datendokumentation.....	129
9.5	Konsumräume und Substitution	132
9.6	Konsumräume als ordnungsrechtliches / politisches Instrument.....	132
9.7	Zugangsbeschränkungen als ordnungsrechtliches Instrument.....	133
9.8	Hoch- / Niederschwelligkeit.....	134
9.9	Verhinderung von Straftaten (dealen) durch das Personal	135
9.10	Verbindlichkeit von Regeln im Konsumraum und Kontaktbereich	136
9.11	Öffnungszeiten	136
9.12	Unverzögliche ärztliche Hilfe und Beratung in NRW.....	136
9.13	Welche Qualifikation für das Personal im Konsumraum?	137
9.14	Hilfekonzepte für Crack-Konsumierende.....	137
9.15	Standortwahl der Konsumräume	138
9.16	Zusammenarbeit mit Behörden / Polizei	139
10	Zeitreihenanalysen zur Wirksamkeit der Drogenkonsumräume zur Senkung der Zahl der Drogentoten.....	140
10.1	Exkurs: Drogentodesfälle: Definition und Problematik	140
10.2	Grundlagen der Zeitreihenanalyse.....	142
10.3	Interventionsmodelle	143
10.4	Typische Vorgehensweise in zeitreihenanalytischen Untersuchungen	145
10.5	Wirkung der Interventionen in den Städten Hannover, Saarbrücken, Hamburg und Frankfurt.....	146
10.6	Zusammenfassung Zeitreihenanalyse.....	152
11	Konsumvorgänge und Drogennotfälle seit 1995 in Konsumräumen der Bundesrepublik Deutschland.....	155
11.1	Konsumvorgänge in Konsumräumen der Bundesrepublik seit 1995	155
11.2	Drogennotfälle in Konsumräumen der BRD seit 1995.....	156
	Literatur.....	157
	Anhang	159

1 Einleitung

„Im Jahr 2001 verstarben in Deutschland insgesamt 1835 Menschen infolge ihres Drogenkonsums...“ (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2002). Gegenüber dem Jahr 2000 mit 2030 Drogentoten (Sucht- und Drogenbericht 2000) ist dieses ein Rückgang von 9,6%. „Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der Drogentodesfälle in den letzten drei Jahren ist erstmals wieder ein Rückgang zu verzeichnen.“ (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2002.)

„Die Zahlen in den alten Ländern sowie in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind rückläufig, dabei wurden die prozentual deutlichsten Rückgänge in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (-28,6%), Rheinland-Pfalz (-19,3%) und Schleswig-Holstein (-16,7%) registriert. Lediglich in Brandenburg, Thüringen und Sachsen sind auf einem niedrigen Niveau absoluter Zahlen Steigerungen zu verzeichnen, wobei die neuen Länder generell mit insgesamt 44 Drogentoten (+29,4%) bei einer deutlichen Steigerungsrate nach wie vor nur gering belastet sind (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2002).

Im ersten Halbjahr des Jahres 2002 starben 586 Personen durch den Konsum von Drogen gegenüber 821 Personen in der ersten Hälfte des Jahres 2001. Diese Zahlen bedeuten einen Rückgang um fast 30% gegenüber dem Jahr 2001 (Pressemitteilung vom 08.08.2002 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung).

„Die Zahl der Drogentoten ist kein sicherer Maßstab für die Entwicklung des Rauschgiftmissbrauchs. Die Gründe für die hohe Zahl der Drogenopfer sind vielfältig. Ursachen sind – bei anhaltender Zufuhr harter Drogen und immer noch wachsendem Konsumentenkreis – beispielsweise der körperliche Verfall nach langjährigem Rauschgiftmissbrauch, der zunehmende Mischkonsum und nicht zuletzt der unterschiedliche Wirkstoffgehalt der illegalen Drogen.“ (Kriminalitätsstatistik des BKA, 2001.)

Den Ursachen und Auswirkungen des Rauschgiftkonsums stehen gesundheitspolitische Initiativen und Maßnahmen gegenüber, die darauf abzielen, einerseits das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit der Drogenabhängigen zu sichern, andererseits über ausstiegsorientierte Hilfen und Therapieangebote eine gesundheitliche und soziale Rehabilitation zu ermöglichen. Neben den klassischen Maßnahmen (Drogenberatung, Suchttherapien etc.) wird im Rahmen von Reform- und Modellprojekten versucht, langjährig Opiatabhängigen, die bereits mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich haben oder von Hilfeangeboten bisher nicht erreicht werden konnten, alternative Hilfen anzubieten. Hierzu gehören substitions-gestützte Behandlungen sowie die Einrichtung von Drogenkonsumräumen.

Nach einer langjährigen Praxis des Betriebs von Drogenkonsumräumen in den Städten Hamburg, Frankfurt, Hannover und Saarbrücken ohne verbindliche Rechtsgrundlage hat der Gesetzgeber mit der Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes (3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes [3. BtMG-ÄndG] vom 1.4.2000) die Voraussetzungen zur rechtlichen Absicherung geschaffen.

Mit dem Gesetz wurde eine bundeseinheitliche Rahmenvorschrift geschaffen, nach der Landesregierungen die Voraussetzungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen durch Rechtsverordnung näher regeln und entsprechende Anträge genehmigen können. Das Gesetz wurde mit einer 24-monatigen Übergangsregelung versehen. Innerhalb dieser Frist mussten für bereits bestehende Drogenkonsumräume die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen (Rechtsverordnung des Bundeslandes, Erlaubnis zum Betrieb des jeweiligen Drogenkonsumraums) beantragt sein. Während sich einige Bundesländer (z. B. Thüringen und Bayern) bereits gegen den Erlass einer Rechtsverordnung entschieden haben, wurden in den Ländern Hamburg (25.4.2000), Hessen (10.09.2001), Nordrhein-Westfalen (NRW) (26.09.2000), Niedersachsen (06.03.2002) und im Saarland (23.06.2001) entsprechende Verordnungen erlassen.

In NRW wurde etwa ein halbes Jahr nach dem Erlass der Rechtsverordnung die Erlaubnis zum Betrieb des landesweit ersten Drogenkonsumraums in Münster erteilt. In Hamburg, Hessen, Niedersachsen und dem Saarland wurde mit den Erlassen der Rechtsverordnungen Rechtssicherheit für die bestehenden Angebote geschaffen.

Trotz der verbindlich vorgegebenen Mindeststandards wurde das Gesetz auch international kritisiert. Insbesondere der Internationale Ausschuss für Drogenkontrolle der UN hat sich im Februar 2000 entsprechend negativ geäußert.

Dazu erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die Parlamentarische Staatssekretärin Christa Nickels in einer Pressemitteilung vom Februar 2000 u. a.:

„Das INCB hat keine Feststellung darüber getroffen, ob die geplante deutsche Regelung für Drogenkonsumräume die Suchtstoff-Übereinkommen verletzt oder nicht. Das Amt weist vielmehr abstrakt darauf hin, dass das Wiener Suchtstoffübereinkommen von 1988 die Vertragsstaaten verpflichtet, "vorbehaltlich ihrer Verfassung und der Grundzüge ihres Rechtssystems, den Besitz und den Kauf von Suchtstoffen für den persönlichen Verbrauch als Straftat einzustufen."

Aus deutscher Sicht verletzen Drogenkonsumräume auf der Grundlage der geplanten Gesetzgebung nicht die völkerrechtlichen Verträge im Drogenbereich. Der unerlaubte Konsum selbst ist nach den Suchtstoff-Übereinkommen keine Straftat.

Auch eine "Beihilfe zum unerlaubten Besitz" findet nicht statt, da das Bereitstellen von Räumlichkeiten zum hygienischen Konsum von Betäubungsmitteln den diesen Konsum unmittelbar begleitenden - in der Regel kurzzeitigen - Besitz keineswegs erst ermöglicht und auch nicht erleichtern wird.

Schließlich leisten Drogenkonsumräume in Deutschland auch keine "Beihilfe zum unerlaubten Drogenhandel". Dieser ist ausdrücklich verboten und strafbar. Zusätzlich müssen die Landesregierungen nach dem Gesetz zur rechtlichen Klarstellung von Drogenkonsumräumen konkrete "Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten in Drogenkonsumräumen" sowie "im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume" ergreifen. Damit besteht im Bereich der geplanten Drogenkonsumräume eine besonders hohe Sicherheit gegen illegalen Drogenhandel und eine weitergehende Umsetzung der völkerrechtlichen Verpflichtung zur Verhinderung und Verfolgung des illegalen Drogenhandels als bei allen anderen offenen Hilfseinrichtungen, in denen täglich viele Drogenabhängige verkehren.“

Drogenkonsumräume stellen für Opiatabhängige, die mit anderen Hilfeangeboten nicht erreicht werden können, ein niederschwelliges Angebot dar. Sie sollen in erster Linie dazu beitragen, das Überleben dieser hoch gefährdeten Personengruppe zu sichern. Zusätzlich soll durch das Personal der Drogenkonsumräume der Zugang zu weitergehenden Beratungs- und Hilfeangeboten ermöglicht bzw. erleichtert werden.

Vor Durchführung der vorliegenden Untersuchung gab es bereits deutliche Hinweise darauf, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen dem Anspruch gerecht wird, das Überleben von Schwerstabhängigen zu sichern.

„Entgegen dem Bundestrend können die betreffenden Städte einen insgesamt deutlich niedrigeren Stand an Drogentodesfällen aufweisen als vor der Etablierung dieser Hilfen“ [gemeint sind Drogenkonsumräume, Anm. d. Verf.]. (Rede von Frau Caspers-Merk zur Eröffnung der Fachtagung des Instituts für Therapieforschung (IFT) im Auftrag des BMG „Prävention von Drogentodesfällen“ am 22./23. Februar 2001 in Berlin.)

So ist etwa die Zahl der Drogentoten in Hamburg seit 1991 deutlich gesunken: 1991 waren in Hamburg 184 Drogentote zu beklagen, 1994 – das Jahr, in dem der erste Drogenkonsumraum eröffnet

wurde – sank die Zahl bereits auf 151, 1997 waren es 127, 1999 waren es 115 und 2001 waren es schließlich 101.

Für Frankfurt ist ein deutlicherer Trend für den selben Zeitraum zu beobachten: Die Zahl der Drogentoten sank dort von 147 im Jahr 1991 auf 26 Drogentote im Jahr 1999, im Jahr 2001 waren es 36.

Ob diese regionalen Entwicklungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb von Drogenkonsumräumen stehen, ist Gegenstand dieser Untersuchung.

Um die beschriebenen Trends wissenschaftlich abzusichern und den Einfluss der neuen Gesetzgebung zu untersuchen, erfolgte die Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume anhand der vorliegenden Studie.

Die Ziele dieser Studie bestehen darin,

- die von den Bundesländern bisher erlassenen Rechtsverordnungen miteinander zu vergleichen und deren unterschiedliche Auswirkungen abzuschätzen;
- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen (Inanspruchnahme des Hilfeangebotes, Drogennotfälle, Weitervermittlung zu anderen Hilfeangeboten) zu erheben;
- den Betrieb der bereits existierenden Drogenkonsumräume anhand der vorgeschriebenen Mindeststandards zu bewerten und dabei eine Schwachstellenanalyse durchzuführen;
- „best practices“ zur Einhaltung der vorgeschriebenen Mindeststandards herauszuarbeiten und
- anhand inferenzstatistischer Verfahren (Zeitreihenanalysen) zu überprüfen, ob Drogenkonsumräume einen spezifischen Einfluss auf die Senkung der Drogentotenzahlen ausüben.
- Im Rahmen der Evaluation sollte auch der Einfluss der Konsumräume auf die „Drogen- und Beschaffungskriminalität“ und „Entlastung der Öffentlichkeit“ untersucht werden. Bei der Datenrecherche stellte sich jedoch heraus, dass hierzu keine oder nur sehr wenige polizeiliche Daten vorliegen, die in der Regel auch nicht zentral gespeichert sind.

Um gesicherte Aussagen zur Arbeit der Drogenkonsumräume machen zu können, wurde im Januar 2002 eine Vollerhebung der Drogenkonsumräume durchgeführt.

2 Methodische Vorgehensweise

2.1 Überblick

Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen zielt im Wesentlichen auf folgende Punkte ab:

- Sicherung des Überlebens Opiatabhängiger,
- Sicherstellen medizinischer Versorgung in Notfällen,
- Bereitstellen und Vermitteln weitergehender (ausstiegsorientierter) Hilfeangebote,
- Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume durch eine nach Ausschlusskriterien definierte Personengruppe Opiatabhängiger,
- Verhinderung von drogenbezogenen Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Einrichtungen,
- Beachtung des BtMG und der internationalen Suchtstoffübereinkommen beim Betrieb eines Drogenkonsumraums.

Die Überprüfung der genannten Ziele wurde im Rahmen der Evaluationsstudie mit folgenden Arbeitsschritten gewährleistet:

Zunächst wurden in einer Bestandsaufnahme die für die Fragestellung relevanten Daten erhoben. Hierzu gehören ein Vergleich der länderspezifischen Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen, die Ermittlung aller zum 02.01.02 betriebenen Drogenkonsumräume sowie eine Sichtung des in den Einrichtungen vorhandenen Dokumentationsmaterials. Zu diesem Zweck wurden vorbereitend länderspezifische Checklisten zur Überprüfung der Mindeststandards, eine Kriterienliste zur Inanspruchnahme der Einrichtungen sowie der bereitgestellten Hilfeangebote entwickelt. Um weitergehende Informationen zu identifizierten Problembereichen zu erhalten, erfolgte eine Befragung der Betreiber und/ oder der Leitung der Drogenkonsumräume anhand standardisierter Interviewleitfäden sowie eine Befragung der Opiatabhängigen in den Konsumräumen.

Weiterhin wurden für die Bestandsaufnahme statistische Kennzahlen über die monatliche Anzahl der Drogentoten, Vergehen aus dem Bereich Beschaffungs- und Drogenkriminalität sowie die Anzahl nachbarschaftlicher Beschwerden entweder vor Ort bei den Polizeibehörden oder zentral beim jeweils zuständigen Landeskriminalamt eingeholt.

In der Auswertungsphase wurden die gewonnenen Daten mit Hilfe verschiedener Methoden analysiert. Für jede Einrichtung erfolgte zunächst eine deskriptiv-statistische Auswertung der durch Check- und Kriterienlisten quantifizierten Eckwerte (Nutzungshäufigkeiten, Anzahl der Mitarbeiter, Öffnungszeiten etc.) zur Überprüfung der Mindeststandards. Die gesammelten Daten zur Einhaltung von Mindeststandards, sowie die Ergebnisse der Interviews mit den Betreibern und Opiatabhängigen wurden im Rahmen einer Schwachstellenanalyse verdichtet.

Die Kernfrage zum spezifischen Beitrag der Drogenkonsumräume auf die Reduktion der drogenbedingten Todeszahlen wird mit einem zeitreihenanalytischen Design beantwortet.

Da die polizeiliche Datenlage zu Beschaffungskriminalität und nachbarschaftlichen Beschwerden insgesamt sehr lückenhaft ist und kaum genaue Zahlen existieren, die sich auf einzelne Konsumräume beziehen lassen, konnten zu diesen Aspekten – entgegen der ursprünglichen Planung – keine Zeitreihenanalysen gerechnet werden.

2.2 Arbeitsschritte

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme wurden schrittweise die relevanten Informationen aller betriebenen Drogenkonsumräume gesammelt und ausgewertet.

1. Ermittlung aller zum 02.01.02 bundesweit betriebenen Drogenkonsumräume.

Zum 02.01.02 wurden bundesweit 19 Drogenkonsumräume betrieben (8 in Hamburg, 4 in Frankfurt, 5 in NRW [Münster, Wuppertal, Köln, Essen und Aachen], 1 in Hannover, 1 in Saarbrücken). In der Zwischenzeit (Stand Juni 2002) sind zwei weitere – in Dortmund und Frankfurt – eröffnet worden, ein Konsumraum Hamburgs ist inzwischen (zum 31.05.02) geschlossen worden.

Konkrete Vorbereitungen zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen laufen derzeit in Bonn und Bochum. Weitere Konsumräume sind in Bielefeld und Hagen geplant.

Es wurden alle zum Stichtag am 2.1.2002 betriebenen Drogenkonsumräume in der Evaluationsstudie berücksichtigt. Für jede Einrichtung wurde der Zeitpunkt der Inbetriebnahme ermittelt.

2. Vergleich der verschiedenen Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen

Hierzu wurde eine juristische Expertise eingeholt, die die bestehenden Rechtsverordnungen miteinander vergleicht und Unterschiede herausstellt.

3. Erstellen länderspezifischer Checklisten

Um den Betrieb der einzelnen Drogenkonsumräume evaluieren zu können, wurden auf Grundlage der juristischen Expertise länderspezifische Checklisten erstellt, die es für jeden einzelnen Drogenkonsumraum ermöglichen, zu überprüfen, ob beim laufenden Betrieb die landesspezifisch verbindlichen Rechtsvorschriften im Einzelnen eingehalten werden.

Im Rahmen der bundesweit geltenden gesetzlichen Vorschriften (3. Gesetz zur Änderung des BtMG) über den Betrieb eines Drogenkonsumraums sind bereits eine Reihe von Kriterien definiert, die die Einhaltung von Mindeststandards gewährleisten sollen. Hierzu gehören:

1. Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen,
2. Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung,
3. medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel,
4. Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie,
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge,
6. erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern,
7. genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die

erlaubten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen,

8. eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen,
9. ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist,
10. Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.

Darüber hinaus ist es den Bundesländern überlassen, in den Rechtsverordnungen weitere Kriterien für den Betrieb von Drogenkonsumräumen festzulegen.

4. Prüfung der Einhaltung von Mindeststandards

Mit den für die einzelnen Bundesländer erstellten Checklisten wurde überprüft, ob die vorgegebenen Mindeststandards im Einzelnen eingehalten werden. Diese Prüfung wurde für jeden Drogenkonsumraum einzeln vorgenommen.

5. Dokumentation zur Inanspruchnahme der Einrichtungen und der bereitgestellten Hilfeangebote

Um zu dokumentieren, in welchem quantitativen Umfang die einzelnen Einrichtungen von Opiatabhängigen genutzt werden, wurde zunächst auf bei Behörden vorliegende Dokumentationen über Drogenkonsumräume zurückgegriffen. Dabei wurde in Vorgesprächen ermittelt, von welcher Institution welche Daten gesammelt werden und in welcher Form sie bereitgestellt werden können.

Bei der tatsächlichen Bereitstellung der Daten kam es in vielen Fällen zu erheblichen Verzögerungen. Einige Daten wurden gar nicht bereitgestellt. Es hat sich ebenfalls gezeigt, dass Art, Umfang und Erhebungsmodi der Daten in den einzelnen Konsumräumen stark differieren. Auch sind nicht alle gesammelten Daten auffindbar gewesen. In den Ländern Hamburg und Nordrhein-Westfalen besteht ein einheitliches Dokumentationssystem, so dass hier am ehesten vergleichbare Daten vorliegen.

Die gesammelten Daten wurden – soweit sie vorlagen – statistisch aufbereitet und in Jahresübersichten differenziert nach Einrichtung graphisch dargestellt. Folgende Variablen sollten mindestens für jeden Konsumraum erhoben werden:

- Anzahl der Konsumvorgänge,
- Anzahl der Notfälle,
- Anzahl der Nutzer,
- Anzahl der Sterbefälle,
- Anzahl der Nutzung direkt angeschlossener Hilfeangebote,
- Anzahl des Betreuungspersonals und dessen Qualifikation,
- wöchentliche Öffnungszeiten (Anzahl Wochenstunden) und
- Anzahl der Konsumenten, die zu anderen Hilfeangeboten weitervermittelt werden konnten.

Die erhobenen Daten zu einzelnen Konsumräumen werden im Anhangsband zu diesem Bericht in anonymisierter Form dargestellt.

6. Befragung des Leitungspersonals

Die Befragung des Leitungspersonals erfolgte in persönlichen standardisierten Interviews (face-to-face). Sofern die Dokumentationen der Einrichtungen lückenhaft waren, wurde darum gebeten, noch fehlende Daten für das Interview bereitzustellen.

Bei der Befragung wurden außerdem Schwierigkeiten erfragt, die mit der Einhaltung der Mindeststandards in Zusammenhang stehen.

7. Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Um auch eine nutzerspezifische Sichtweise zu berücksichtigen, sollten in jedem Drogenkonsumraum zehn Nutzer und Nutzerinnen befragt werden. Bis auf wenige Ausnahmen wurden die angestrebten Interviewzahlen erreicht.

8. Erhebung polizeilicher statistischer Daten für die Zeitreihenanalysen

Um den Einfluss der Drogenkonsumräume ermitteln zu können, wurden die Daten über Drogentote, Beschaffungskriminalität und Beschwerden der Öffentlichkeit bei den Polizeibehörden der jeweiligen Städte oder den Landeskriminalämtern abgefragt. Sofern die Daten bei den einzelnen Polizeibehörden vorhanden waren, wurde die monatliche Anzahl der Drogentoten seit 1990 erhoben. Diese monatlichen Daten waren aber nicht immer verfügbar. Für Hannover konnten die monatlichen Zahlen über Drogentote seit 1995, für Frankfurt seit 1993 und für Saarbrücken und Hamburg über den gesamten Zeitraum von der Polizei zur Verfügung gestellt werden.

Das LKA Nordrhein-Westfalen konnte keine monatlichen Zahlen über Drogentote in einzelnen Städten zur Verfügung stellen. Deshalb wurden die nordrhein-westfälischen Städte bei der Zeitreihenanalyse nicht berücksichtigt.

Außerdem wurden entsprechende Daten über Drogen- und Beschaffungskriminalität und Beschwerden der Öffentlichkeit für den jeweils gleichen Zeitraum bei den einzelnen Polizeibehörden abgefragt. Detaillierte Angaben zur Drogen- und Beschaffungskriminalität in Zusammenhang mit Konsumräumen konnten insgesamt nicht bereitgestellt werden. Angaben zu Anwohnerbeschwerden, die bei der Polizei eingegangen sind, liegen nur für einige Konsumräume in Hamburg und den Konsumraum in Hannover vor.

Um den spezifischen Einfluss auf die Senkung der Anzahl der Drogentoten besser einschätzen zu können, sollten die gleichen Daten aus mindestens zwei Vergleichsstädten erhoben werden. Es war allerdings keine Stadt bereit, die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Dabei sollten auch die weiteren polizeilichen Daten miteinander verglichen werden, ebenso Daten etwa zu substitutionsgestützten Behandlungen. Wie oben bereits erwähnt, konnten polizeiliche Daten zu Beschaffungskriminalität und Anwohnerbeschwerden von den meisten Polizeibehörden nicht bereitgestellt werden. Auch genaue Angaben zu Methadonprogrammen konnten nur bruchstückhaft ermittelt werden, da bisher keine zentrale Erhebung erfolgt.

Die oben beschriebenen Arbeitsschritte stellen die Datengrundlage für die nachfolgend vorgestellten Analysemethoden dar.

9. Schwachstellenanalyse / „best practices“

In einer Analyse der Checklistenenergebnisse werden zunächst Schwachstellen identifiziert, die sich für einzelne Einrichtungen bei der Einhaltung der Mindeststandards ergeben. Dazu werden auch die Befragungsdaten der Interviews mit den Betreibern herangezogen und inhaltsanalytisch ausgewertet, um mögliche Ursachen identifizieren zu können.

Anschließend wird überprüft, ob sich Übereinstimmungen bei der Nichteinhaltung bestimmter vorgeschriebener Standards für mehrere Einrichtungen gezeigt haben. Um diese identifizierten Schwachstellen in Zukunft minimieren zu können, werden für entsprechende Problembereiche – falls sich solche Problembereiche identifizieren lassen – die „best practices“ aus anderen untersuchten Einrichtungen zusammengestellt, welche für eine Verbesserung der Situation herangezogen werden können.

10. Zeitreihenanalyse

Zur Beantwortung der Frage, ob die Einrichtung von Drogenkonsumräumen einen Einfluss auf die Senkung der Zahl der Drogentoten ausübt, wurden für alle Städte, die über Drogenkonsumräume verfügen, entsprechende Zeitreihenanalysen durchgeführt.

Als zeitreihenanalytisches Verfahren wurde das sogenannte ARIMA-Modell (**A**uto-**R**egressive **I**ntegrated **M**oving Average-Modell) herangezogen.

Im Rahmen des hier vorgestellten Projekts wurde mit Hilfe dieser Zeitreihenanalysen untersucht, ob ein statistisch überzufälliger (signifikanter) Zusammenhang zwischen der Einrichtung von Drogenkonsumräumen und der Reduktion drogenbedingter Sterbefälle in den untersuchten Städten besteht.

3 Ermittlung der zum 02.01.02 in der BRD betriebenen Drogenkonsumräume

Für die Untersuchung sind folgende Drogenkonsumräume ermittelt und in der Untersuchung berücksichtigt worden:

Hamburg

Konsumraum	Eröffnungsdatum	Adresse
Abrigado	5/94	Schwarzenbergstraße 74, 21073 HH-Harburg
Fixstern	8/95	Schulterblatt 75, 20357 HH-St. Pauli
Drob Inn	12/97	Kurt-Schumacher-Allee 42, 20097 HH-St. Georg
Kodrobs Altona	9/98	Hohenesch 13-17, 22765 HH-Ottensen
Stay Alive	9/98	Davidstraße 30, 20359 HH-St. Pauli
Café DREI	10/98	Kaiser-Friedrich-Ufer 28a, 20253 HH-Eimsbüttel
droBill	2/00	Legienstraße 28, 2111 HH-Billstedt
Ragazza	5/00	Brennerstraße 81 20099 HH-St. Georg

Hessen (Frankfurt)

Konsumraum	Eröffnungsdatum	Adresse
Eastside	11/94	Schielestr. 26, 60314 Frankfurt
La Strada	2/95	Mainzer Landstr. 93, 60329 Frankfurt
Niddastraße (ehem. Moselstraße)	5/95 (Moselstraße) seit 9/97 Niddastraße	Niddastr. 49, 60329 Frankfurt
Drogennotdienst Elbestraße	8/96	Elbestr. 38, 60329 Frankfurt

Nicht berücksichtigt wurde in Frankfurt der Drogenkonsumraum am Ostpark, der am 26.03.02 nach Angaben des Drogenreferates die offizielle Betriebserlaubnis erhalten hat. Dabei handelt es sich nach Aussage des Drogenreferats Frankfurt um einen Drogenkonsumraum, der nicht öffentlich zugänglich ist und ausschließlich von Bewohnern einer Unterkunft für Obdachlose genutzt werden darf. Dort gebe es derzeit (Stand Juni 2002) ca. 150 Konsumvorgänge pro Woche.

Niedersachsen (Hannover)

Konsumraum	Eröffnungsdatum	Adresse
Fixpunkt	12/97	Hamburger Allee 75, 30161 Hannover

Nordrhein-Westfalen

Konsumraum	Eröffnungsdatum	Adresse
Münster	4/01	Indro e.V., Bremer Platz 18-20, 48155 Münster
Wuppertal	6/01	Drogenhilfeeinrichtung Gleis 1, Döppersberg 1, 42103 Wuppertal
Essen	8/01	Krisenhilfe Essen, Hoffnungsstr. 24, 45127 Essen
Köln	9/01	Kontaktstelle für Drogenabhängige, Bahnhofsvorplatz 2a, 50677 Köln
Aachen	1/02	Drogenhilfe Aachen e.V., Kaiserplatz 2, 52062 Aachen

Nicht berücksichtigt wurde für Nordrhein-Westfalen der Konsumraum Dortmund, der am 06.05.02 offiziell eröffnet wurde. Dort gab es im Eröffnungsmonat Mai 2002 etwa 110 Konsumvorgänge pro Woche.

Saarland (Saarbrücken)

Konsumraum	Eröffnungsdatum	Adresse
Saarbrücken	4/99	Drogenhilfezentrum Saarbrücken, Brauerstr. 39, 66123 Saarbrücken

4 Vergleich der bestehenden Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen

4.1 Einleitung

§ 10 a BtMG³ wurde durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG) vom 28.03.2000 (BGBl I, 302), das gemäß Art. 2 am 01.04.2000 in Kraft getreten ist, neu in das BtMG eingefügt.

Räume, in denen Abhängige ihre mitgebrachten Betäubungsmittel konsumieren konnten, hat es bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes in verschiedenen deutschen Städten gegeben, so z. B. Hamburg und Frankfurt am Main. Der erste Raum – damals noch als „Gesundheitsraum“ bezeichnete – wurde Anfang 1994 in Hamburg eröffnet. Vorbild waren die Schweizer „Gassenzimmer“, die 1986 eingeführt wurden und mittlerweile in Zürich, Bern, Basel und St. Gallen existieren. Der Betrieb solcher Räumlichkeiten in Deutschland wurde zwar mit den örtlich zuständigen Strafverfolgungs-, Ordnungs- und Gesundheitsbehörden abgestimmt, ihre rechtliche Zulässigkeit war jedoch bis zuletzt heftig umstritten. Ein Großteil der juristischen Literatur bejahte die Strafbarkeit der Betreiber der Räume unter dem Gesichtspunkt des Verschaffens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln gem. § 29 I 1 Nr. 10 BtMG (alte Fassung).

Außer in der Schweiz und in Deutschland gibt es Drogenkonsumräume seit 1996 auch in den Niederlanden in Rotterdam und Arnheim.

Das oben genannte Änderungsgesetz verfolgte das Ziel, den Betrieb dieser Drogenkonsumräume in Deutschland auf eine klare rechtliche Grundlage zu stellen und die vorhandene Rechtsunsicherheit zu beseitigen.

Die unterschiedlichen drogenpolitischen Ansätze der Parteien bzw. Landesregierungen machten eine bundesweite Zulassung von Drogenkonsumräumen durch eine Regelung im BtMG unmöglich. Als Kompromiss wurde dann die nunmehr geltende Regelung gefunden, nach der die einzelnen Länder ermächtigt wurden, durch Rechtsverordnung den Betrieb von Drogenkonsumräumen zuzulassen.

§ 10 a I 1 BtMG definiert den Begriff des Drogenkonsumraums als eine Einrichtung, „in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird.“

Der Betrieb einer solchen Einrichtung bedarf der Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde (§ 10 a I 1 BtMG) und „kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat“ (§ 10 a I 2 BtMG).

§ 10 a II 1 BtMG ermächtigt die Landesregierungen, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen nach § 10 a I BtMG zu regeln. Von dieser Ermächtigung haben bislang folgende Länder Gebrauch gemacht: Hamburg durch Rechtsverordnung vom 25.04.2000⁴, in Kraft getreten am 04.05.2000, Hessen durch Rechtsverordnung vom 10.09.2001⁵, in Kraft getreten am 25.09.2001, Niedersachsen durch

³ Siehe Anhang

⁴ Siehe Anhang

⁵ Siehe Anhang

Rechtsverordnung vom 06.03.2002⁶, in Kraft getreten am 21.03.2002, Nordrhein-Westfalen durch Rechtsverordnung vom 26.09.2000⁷, in Kraft getreten am 13.10.2000 sowie das Saarland durch Rechtsverordnung vom 04.05.2001⁸, in Kraft getreten am 23.06.2001.

4.2 Vergleich der verschiedenen Landesverordnungen

§ 10 a II 2 BtMG legt fest, welche „Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen“ durch die jeweiligen Rechtsverordnungen der Länder festgelegt werden müssen.

4.2.1 § 10 a II 2 Nr. 1 BtMG (Ausstattung der Räume)

§ 10 a II 2 Nr. 1 BtMG schreibt eine „zweckdienliche, sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen“, vor.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Die Hamburger Rechtsverordnung sieht zunächst die räumliche Abgrenzung des Drogenkonsumraums von der übrigen Einrichtung vor (§ 4 S. 1). Ferner „müssen sämtliche Flächen aus glatten, abwaschbaren und desinfizierbaren Materialien bestehen“, um die „hygienischen Voraussetzungen zur Drogenapplikation für einen ständig wechselnden Personenkreis“ zu bieten (§ 4 S. 2). Ferner muss gewährleistet sein, dass „ausreichend sterile Einmalspritzen, Tupfer, Ascorbinsäure, Injektionszubehör, Desinfektionsmittel sowie durchstichsichere Entsorgungsbehälter bereitgestellt werden“ (§ 4 S. 3 Nr. 1). Der Drogenkonsumraum muss „ständig hinreichend belüftet und beleuchtet“ werden (§ 4 S. 3 Nr. 2), „ständig in sauberem Zustand gehalten sowie regelmäßig desinfiziert“ werden (§ 4 S. 3 Nr. 3).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung schreibt in § 3 I 1 eine räumliche Trennung von anderen Beratungseinrichtungen sowie ausreichende Beleuchtung und stets vollständige Einsehbarkeit des Drogenkonsumraums vor. „Nur hier darf ein Konsum stattfinden“ (§ 3 I 2). Auch hier wird zum Zwecke der Erfüllung der „für den Drogengebrauch wechselnder Personen notwendigen hygienischen Voraussetzungen“ verlangt, dass die „Wände, Böden und Einrichtungsgegenstände abwaschbar und desinfizierbar“ sind (§ 3 I 3 und 4). Ferner müssen gem. § 3 I 5 ausreichende sanitäre Anlagen vorhanden sein. „Sterile Einmalspritzen und Kanülen, Tupfer, Ascorbinsäure und Injektionszubehör sind in ausreichendem Umfang vorzuhalten“ (§ 3 II 1). Die „sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke“ ist gem. § 3 II 2 sicherzustellen.

⁶ Siehe Anhang

⁷ Siehe Anhang

⁸ Siehe Anhang

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen legt die Mindestausstattung von Drogenkonsumräumen in ihrem § 3 fest. Auch sie schreibt eine räumliche Trennung des Drogenkonsumraums von den Räumlichkeiten der übrigen Drogenhilfeeinrichtung vor (§ 3 I 1). Gem. § 3 I 2 muss der Raum die „hygienischen Voraussetzungen zum Drogenkonsum für einen ständig wechselnden Personenkreis bieten, insbesondere müssen sämtliche Flächen aus glatten, abwaschbaren, leicht zu reinigenden und leicht desinfizierbaren Materialien bestehen.“ Ferner muss nach § 3 I 3 Nr. 1 „gewährleistet sein, dass ausreichend sterile Einmalspritzen und -kanülen, das sonstige erforderliche Injektionszubehör sowie Haut- und Flächendesinfektionsmittel und durchstichsichere Entsorgungsbehälter zur Verfügung stehen.“ „Gebrauchte Spritzen und Kanülen sowie andere verunreinigte Gegenstände“ müssen „sachgerecht entsorgt werden“ (§ 3 I 3 Nr. 2). Gem. § 3 I 3 Nr. 3 muss „der Raum ständig hinreichend belüftet und beleuchtet sowie täglich gereinigt“ werden, nach § 3 I 3 Nr. 4 müssen „mit Blut verunreinigte Flächen sofort und die Arbeits- und Ablageflächen täglich desinfiziert werden.“ „Der Raum muss für die Sichtkontrolle der Konsumvorgänge durch das Fachpersonal stets vollständig überschaubar sein“ (§ 3 II 1). Diese Überschaubarkeit darf durch die gem. § 3 II 2 Hs. 1 sichtbar bereit zu haltenden Trennwände nicht beeinträchtigt werden (§ 3 II 2 Hs. 2). In den Räumlichkeiten „müssen nach Geschlechtern getrennte sanitäre Anlagen in ausreichender Zahl vorhanden sein“ (§ 3 II 3).

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Die Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen sieht in § 3 I 1 eine Ausstattung der Räumlichkeiten „mit Tischen und Stühlen“, eine räumliche Trennung von den übrigen Beratungseinrichtungen, ausreichende Beleuchtung sowie eine stets vollständige Einsehbarkeit vor. Nach § 3 I 2 „sind gesonderte Wartebereiche einzurichten.“ „Die für den Drogengebrauch wechselnder Personen notwendigen hygienischen Voraussetzungen“ muss der Raum gem. § 3 I 3 erfüllen, „insbesondere müssen Wände und Böden sowie die Einrichtungsgegenstände abwaschbar und desinfizierbar sein“ (§ 3 I 4). Das Erfordernis einer stets guten Be- und Entlüftung, eines sauberen Zustandes und der regelmäßigen Desinfektion der Räume ergibt sich aus § 3 I 5. Auch in Nordrhein-Westfalen sind „sterile Einmalspritzen und Kanülen, Tupfer, Ascorbinsäure und Injektionszubehör“ in „ausreichendem Umfang vorzuhalten“ (§ 3 I 6). Die „sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke“ ist gem. § 3 I 7 sicherzustellen. Ferner sind den Nutzerinnen und Nutzern „geeignete sanitäre Anlagen zur Verfügung zu stellen“ (§ 3 I 8).

Unter dem Punkt der „zweckdienlichen Ausstattung“ (§ 3 der Rechtsverordnung) findet sich noch die Vorgabe, „dass Rettungsdiensten jederzeit ein ungehinderter Zugang möglich“ sein soll (§ 3 II). Hier zeigt sich eine Überschneidung zwischen § 10 a II Nr. 1 („zweckdienliche sachliche Ausstattung“) und Nr. 2 („Notfallversorgung“), da die Effektivität der Notfallversorgung, insbesondere durch externe Rettungsdienste, auch von der Art der Ausstattung abhängt.

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung legt die Mindestausstattung von Drogenkonsumräumen in ihrem § 3 fest. Auch hier muss der Drogenkonsumraum von der übrigen Drogenhilfeeinrichtung „räumlich abgegrenzt“ sein (§ 3 I). Der Raum „muss die hygienischen Voraussetzungen zur Drogenapplikation für einen ständig wechselnden Personenkreis erfüllen“ (§ 3 II 1), insbesondere müssen „sämtliche Flächen“ „aus glatten, abwaschbaren und desinfizierbaren Materialien bestehen“ (§ 3 II 2). „Im Drogenkonsumraum müssen ausreichend sterile Einmalspritzen, Tupfer, Ascorbinsäure,

Injektionszubehör, Desinfektionsmittel sowie durchstichsichere Entsorgungsbehälter bereitgestellt werden“ (§ 3 III).

Auch hier findet sich unter dem Punkt „Ausstattung“ in § 3 IV das Erfordernis, dass Rettungsdiensten „jederzeit ein ungehinderter Zugang möglich sein“ muss.

Vergleich

Mit Ausnahme der erwähnten Überschneidungen mit dem Bereich „Notfallversorgung“ in der Nordrhein-Westfälischen und der Saarländischen Rechtsverordnung (ungehinderter Zugang für Rettungsdienste) finden sich keine größeren Unterschiede.

Erwähnenswert sind allenfalls die in Niedersachsen vorgeschriebenen verstellbaren Trennwände.

4.2.2 § 10 a II Nr. 2 BtMG (Notfallversorgung)

§ 10 a II Nr. 2 BtMG verlangt als Mindeststandard die „Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Die Rechtsverordnung von Hamburg regelt die Voraussetzungen, die bzgl. der Notfallversorgung erfüllt sein müssen, in ihrem § 5. Danach ist während des Betriebs des Drogenkonsumraums „eine ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal so sicherzustellen, dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind“ (§ 5 S. 1). Außerdem sind „ständig technische Notfall-Vorrichtungen im Drogenkonsumraum bereitzuhalten“ (§ 5 S. 2). Nach § 5 S. 3 „muss sichergestellt sein, dass der Zugang zu diesem Raum für externe Rettungsdienste schnell und problemlos zu erreichen ist.“ Ein Notfallplan muss erstellt werden, in dem die „Einzelheiten der Notfallversorgung“ festzuhalten sind. Dieser muss dem „Personal zur Verfügung stehen“, ständig aktualisiert und „jederzeit umgesetzt werden“ können (§ 5 S. 4). Der Plan ist gem. § 5 S. 5 „auf Verlangen der Überwachungsbehörde vorzulegen.“ Die verantwortliche Person „unterliegt bei der Sicherstellung der Notfallversorgung einer gesteigerten Sorgfaltspflicht“ (§ 5 S. 6).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung übernimmt den Wortlaut von § 10 a II Nr. 2 BtMG in § 4 I 1. Danach muss „eine sofort einsatzfähige medizinische Notfallversorgung“ gewährleistet sein. Hierfür ist nach § 4 I 2 „eine ständige Sichtkontrolle der Verabreichungsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal erforderlich, um im Bedarfsfalle sofortige Wiederbelebungsmaßnahmen oder eine akute Wundversorgung zu ermöglichen.“ Es muss ferner „sichergestellt sein, dass der Zugang zum Drogenkonsumraum für externe Rettungsdienste schnell und problemlos zu erreichen ist“ (§ 4 II). Auch in Hessen müssen die „Einzelheiten der Notfallversorgung“ in einem „medizinischen Notfallplan“ festgehalten werden, „der ständig zu aktualisieren ist und dem Personal zur Verfügung stehen muss“ (§ 4 III 1). Zum Inhalt dieses Plans gehören „auch die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals“ (§ 4 III 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen legt in § 4 I fest, dass „eine sofort einsatzfähige medizinische Notfallversorgung und eine ständige Sichtkontrolle der Konsumvorgänge durch Fachpersonal gewährleistet sein“ müssen. „Der Drogenkonsumraum muss für Rettungsdienste leicht zugänglich sein“ (§ 4 II). Auch in Niedersachsen sind „die Einzelheiten der Notfallversorgung“ in einem „medizinischen Notfallplan festzuhalten“ (§ 4 III 1). Der Plan ist „ständig zu aktualisieren“ und muss „dem Personal zur Verfügung stehen“, wobei dies durch die Erlaubnisbehörde in Auflagen bestimmt wird (§ 4 III 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

§ 4 S. 1 der Nordrhein-Westfälischen Rechtsverordnung sieht die Erstellung von medizinischen Notfallplänen vor, die „ständig zu aktualisieren“ sind. Während des Betriebs der Drogenkonsumräume sind die Nutzer „durch regelmäßig in der Notfallversorgung geschultes Personal ständig zu beobachten, um jederzeit eingreifen und im Bedarfsfall sofortige Reanimationsmaßnahmen sowie eine akute Wundversorgung durchführen zu können“ (§ 4 S. 3). Für jeden Drogenkonsumraum ist „mindestens ein medizinischer Notfallkoffer bereitzuhalten“ (§ 4 S. 4).

Die Vorgabe, „dass Rettungsdiensten jederzeit ein ungehinderter Zugang möglich“ sein soll, findet sich in der Nordrhein-Westfälischen Rechtsverordnung in § 3 II und damit unter der Rubrik „zweckdienliche Ausstattung“.

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Rechtsverordnung des Saarlandes schreibt ebenfalls eine „ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal“ vor und will damit sicherstellen, „dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind“ (§ 4 I 1). Außerdem „sind ständig technische Notfall-Vorrichtungen bereitzuhalten“ (§ 4 I 2). Auch im Saarland sind „die Einzelheiten der Notfallversorgung“ in einem Notfallplan festzuhalten, der „jederzeit umgesetzt werden kann, dem Personal zur Verfügung stehen muss und ständig zu aktualisieren ist“ (§ 4 II 1). Der Plan muss „die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals“ enthalten (§ 4 II 2).

Wie in Nordrhein-Westfalen findet sich auch in der Saarländischen Rechtsverordnung die Erfordernis, dass Rettungsdiensten „jederzeit ein ungehinderter Zugang möglich sein“ muss, in den Regelungen über die Ausstattung der Räumlichkeiten, nämlich in § 3 IV.

Vergleich

In Nordrhein-Westfalen und dem Saarland gibt es die konkrete Vorgabe, technische Notfallvorrichtungen (Saarland) bzw. pro Drogenkonsumraum mindestens einen Notfallkoffer (NRW) bereitzuhalten.

Die Hessische und die Saarländische Rechtsverordnung verlangen (anders als die übrigen Rechtsverordnungen) die Aufnahme der Themen Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals in den Notfallplan.

4.2.3 § 10 a II Nr. 3 BtMG (medizinische Beratung und Hilfe)

§ 10 a II Nr. 3 BtMG soll eine „medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel“ sichern.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Nach § 6 S. 1 und S. 2 der Hamburger Rechtsverordnung ist den Benutzern des Drogenkonsumraums „in allen applikationsrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zu gewähren“, insbesondere zu infektiologischen Aspekten und zum „Risikozusammenhang zwischen der körperlichen Konstitution der Konsumentin oder des Konsumenten und der Toxizität der von ihr oder von ihm vorbereiteten Betäubungsmitteldosis.“ Diese Beratung und Hilfe erfordert nach § 6 S. 3 ausdrücklich „kein ärztliches Handeln“, aber ein nachweislich medizinisch geschultes Personal.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Ähnlich gestaltet sich § 5 der Hessischen Rechtsverordnung. Auch hier ist den Nutzern „in allen verabreichungsrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zu gewähren“, insbesondere zu „Infektions- und Gesundheitsrisiken bei bestimmten Betäubungsmitteln, soweit deren Zusammensetzung bekannt ist, sowie zu bestimmten Konsumformen“ (§ 5 I 1 und 2). „Auf zusätzliche Risiken durch unbekanntes Beimischen“ ist nach § 5 I 3 „gesondert hinzuweisen.“ Gem. § 5 II dürfen medizinische Beratung und Hilfe „nur durch nachweislich geschultes Personal erfolgen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Niedersächsische Rechtsverordnung legt die Voraussetzungen, unter denen medizinische Beratung und Hilfe erfolgen müssen, in ihrem § 6 fest. Danach „muss sichergestellt sein, dass den Benutzerinnen und Benutzern des Drogenkonsumraums in allen konsumrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zum Zweck der Risikominderung gewährt wird, insbesondere in Bezug auf Infektionsrisiken, die Gefährlichkeit der mitgeführten Betäubungsmittel und die Konsumart“ (§ 6 I).

Ferner regelt § 6 II, dass die Erlaubnisbehörde in einer Auflage bestimmt, „dass der Träger und das Personal des Drogenkonsumraums nicht für den Besuch des Drogenkonsumraums werben, sondern im Rahmen ihrer Aufklärungsarbeit nur Hinweise“ auf ihn geben dürfen.

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Nach § 5 I 1 der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen muss der Drogenkonsumraum „personell so ausgestattet sein, dass die Abhängigen insbesondere bei akuten oder chronischen Krankheiten über Wundversorgung und über risikoärmeres Konsumverhalten einschließlich Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten Betäubungsmittel beraten werden können sowie eine erforderliche Krisenintervention geleistet werden kann.“ „Es muss sichergestellt sein, dass ärztliche Hilfe und Beratung unverzüglich erfolgen können“ (§ 5 I 2).

Nach Auffassung des Landes NRW ergibt sich hieraus jedoch keine Präsenzpflcht für ärztliches Personal in Konsumräumen.

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung verlangt in § 5 I 1, dass den Benutzern „medizinische Beratung und Hilfe zu gewähren“ ist. Auch hier müssen sich diese insbesondere „auf Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten Betäubungsmittel“ beziehen (§ 5 I 2) und unverzüglich erfolgen können (§ 5 I 2). „Im Drogenkonsumraum muss mindestens eine Pflegekraft beschäftigt sein“ (§ 5 II 1), die „auch für die Kontrolle des Notfallplanes und die Schulung des Aufsichtspersonals zuständig“ ist (§ 5 II 2).

Vergleich

Interessant ist, dass die Hamburger Rechtsverordnung ausdrücklich kein ärztliches Handeln für die erforderliche Beratung und Hilfe verlangt. Demgegenüber findet sich allein in der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen die Formulierung „Es muss sichergestellt sein, dass ärztliche Hilfe und Beratung unverzüglich erfolgen können“, während die übrigen Rechtsverordnungen von „medizinischer Beratung und Hilfe“ sprechen. Damit ist die nordrhein-westfälische Rechtsverordnung die einzige, die die Möglichkeit der unverzüglichen *ärztlichen* Beratung und Hilfe fordert. Daraus lässt sich nach Auffassung des Landes NRW jedoch nicht ableiten, dass eine Präsenzpflcht für Ärzte in Konsumräumen besteht. Wie der Forderung nach unverzüglicher ärztlicher Hilfe und Beratung im Einzelfall nachgekommen werden soll, wird nicht festgelegt.

Das Verbot der Werbung findet sich nur in Niedersachsen in der Vorschrift zur medizinischen Beratung und Hilfe. In den Rechtsverordnungen der Länder Saarland und Nordrhein-Westfalen findet sich das Verbot der Werbung in den Vorschriften zur Regelung des Betriebszweckes (Saarland § 2 IV, NRW § 2 III), in Hamburg in den Regelungen über den zugelassenen Benutzerkreis (§ 10 I 6), die Hessische Rechtsverordnung verzichtet auf eine solche Regelung.

Die Rechtsverordnung des Saarlandes verlangt ausdrücklich die Beschäftigung mindestens einer Pflegekraft, die für die Kontrolle des Notfallplanes und die Schulung des Aufsichtspersonals zuständig ist.

4.2.4 § 10 a II Nr. 4 BtMG (weiterführende und ausstiegsorientierte Angebote)

§ 10 a II Nr. 4 BtMG schreibt als Mindeststandard die „Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie“ vor.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Nach § 7 S. 1 der Hamburger Rechtsverordnung „muss sichergestellt sein, dass über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus auch weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt, initiiert und bei Bedarf veranlasst werden.“ „Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, ist Hilfestellung beim Kontakt zu geeigneten Einrichtungen zu leisten“ (§ 7 S. 2). „Beratungs- und Hilfeangebote, die nicht einrichtungsintern realisiert werden können, sind den Benutzerinnen und Benutzern des Drogenkonsumraums zugänglich zu machen“ (§ 7 S. 3). „Die Wahrnehmung solcher Angebote ist durch Zusammenarbeit mit geeigneten anderen Einrichtungen zu fördern“ (§ 7 S. 4).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung schreibt dem Personal des Drogenkonsumraums in § 6 I vor, „über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote zu informieren und diese bei Bedarf zu vermitteln.“ Ferner hat es Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, „die notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren“ (§ 6 II).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Auch aufgrund der Niedersächsischen Rechtsverordnung muss sichergestellt sein, dass das Fachpersonal „über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus über weitergehende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie informiert und auf Wunsch Kontakte zu geeigneten Einrichtungen vermittelt“ (§ 7 Nr. 1). Das Fachpersonal muss des Weiteren „minderjährigen Drogenabhängigen in jedem Einzelfall Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen anbieten und auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten“ hinweisen (§ 7 Nr. 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Die Rechtsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen hat die Vorgaben des § 10 a II Nr. 4 BtMG in § 5 II umgesetzt. Danach muss das Personal auch hier „über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus jeweils in der im konkreten Einzelfall angemessenen Weise über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote“ informieren und diese bei Bedarf vermitteln (§ 5 II 1). Nach § 5 II 2 sind Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, die „notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren.“

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Im Saarland ergibt sich die Verpflichtung aus § 6 I der Rechtsverordnung, dass „über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt und vermittelt werden“ müssen. Auch hier ist „Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern“, „Hilfestellung zum Kontakt mit geeigneten Einrichtungen zu leisten“ (§ 6 II).

Vergleich

Herauszustellen ist, dass die Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen verlangt, minderjährigen Drogenabhängigen in jedem Einzelfall Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen anzubieten und auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten hinzuweisen.

Sämtliche Rechtsverordnungen regeln die „über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus“ zu treffenden Maßnahmen und beziehen sich somit auf die in § 10 a II Nr. 4 BtMG gewählte Formulierung „Vermittlung von *weiterführenden* (...) Angeboten“, die implizit eine suchtspezifische Erstberatung als selbstverständlich voraussetzt.

4.2.5 § 10 a II Nr. 5 BtMG (Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten)

Nach § 10 a II Nr. 5 BtMG müssen „Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 I 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge“, getroffen werden.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

§ 8 S. 1 der Hamburger Rechtsverordnung regelt, dass „Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 I 1 Nr. 3 BtMG zum Eigenverbrauch in geringer Menge“, „innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden“ dürfen. Darauf ist nach § 8 S. 2 „durch einen Aushang hinzuweisen.“ Das Personal hat die Benutzer gegebenenfalls auf die Verpflichtung nach § 8 S. 1 „anzusprechen und sie durchzusetzen“ (§ 8 S. 3). Ferner ist „durch Anweisung und Schulung des Personals“ dafür Vorsorge zu treffen, dass „bei einer vom Personal erkannten Vorbereitung oder Begehung von Straftaten im Sinne von Satz 1 die betreffende Handlung unverzüglich unterbunden wird“ (§ 8 S. 4).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Nach § 7 I 1 der Hessischen Rechtsverordnung „ist eine Hausordnung zu erlassen und sichtbar auszuhängen.“ Darin sind die Nutzer „darauf hinzuweisen, dass Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln zum Eigenverbrauch in geringer Menge nach § 29 I 1 Nr. 3 des Betäubungsmittelgesetzes, innerhalb des Drogenkonsumraums nicht geduldet werden“ (§ 7 I 2). Die Einhaltung der Hausordnung ist nach § 7 II „durch das Personal zu überwachen.“ „Bei erheblichen Verstößen gegen die Hausordnung sind die betreffenden Personen von der weiteren Nutzung auszuschließen“ (§ 7 III 1), wobei die Leitung der Einrichtung über die Dauer des Ausschlusses entscheidet (§ 7 III 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen sieht in § 5 I den Erlass einer „mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde“ abgestimmten Hausordnung vor, „die die Benutzung des Drogenkonsumraums regelt.“ Nach § 5 IV muss sichergestellt sein, dass „die Hausordnung deutlich sichtbar aushängt“, das Personal ihre Einhaltung überwacht, Personen, die gegen sie „verstößen, erforderlichenfalls von der Benutzung ausgeschlossen werden“ und, dass „die Leitung der Einrichtung über die Dauer des Ausschlusses entscheidet.“

Nach § 8 I muss gewährleistet sein, „dass Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 I 1 Nr. 3 BtMG zum Eigenverbrauch in geringer Menge, innerhalb des Drogenkonsumraums nicht geduldet werden.“ Das Personal muss angewiesen sein, „den Hinweis nach Absatz 1 erforderlichenfalls persönlich gegenüber den Benutzerinnen und Benutzern zu wiederholen“ und die „genannten und nicht zu duldenen Straftaten unverzüglich zu unterbinden“ (§ 8 II).

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

§ 6 I 1 der Nordrhein-Westfälischen Rechtsverordnung schreibt den Erlass einer „mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden“ abgestimmten Hausordnung vor, die „gut sichtbar auszuhängen“ ist. Die Benutzer des Drogenkonsumraums sind „ausdrücklich darauf

hinzuweisen, dass Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, mit Ausnahme des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch gem. § 8 III 3, innerhalb der Einrichtung verboten sind und unverzüglich unterbunden werden“ (§ 6 I 2). Nach § 6 II ist die Einhaltung der Hausordnung „durch das Personal zu überwachen.“ „Bei einem Verstoß gegen die Hausordnung sind die Drogenabhängigen von der weiteren Nutzung auszuschließen“ (§ 6 III 1), wobei die Leitung der Einrichtung über die Dauer des Nutzungsausschlusses entscheidet (§ 6 III 2).

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung regelt die Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten in der Einrichtung in ihrem § 8. Der Hinweis, dass „Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 I Nr. 3 des Betäubungsmittelgesetzes zum Eigenverbrauch in geringer Menge“, „innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden“ dürfen, findet sich hier in § 8 I 1. Auf dieses Verbot ist gem. § 8 I 2 „durch einen Aushang hinzuweisen.“ Das Personal hat auch hier „dafür zu sorgen, dass bei der Vorbereitung oder Begehung einer Straftat im Sinne von Absatz 1 die betreffende Handlung unverzüglich unterbunden wird“ (§ 8 II). Näheres soll die Hausordnung regeln (§ 8 III), die gem. § 7 I in Abstimmung „mit dem Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales“ vom Träger des Drogenkonsumraums zu erlassen ist. § 7 II bestimmt, dass diese Hausordnung in der Einrichtung „gut sichtbar“ ausgehängt und ihre Einhaltung „vom Personal ständig überwacht“ wird.

Vergleich

Während die Hausordnung in Niedersachsen mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde, in Nordrhein-Westfalen mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden und im Saarland mit dem Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmt sein muss, ist der Erlass einer Hausordnung nach der Hamburger Rechtsverordnung nicht zwingend erforderlich, wohl aber ein entsprechender Aushang.

Den möglichen Ausschluss bestimmter Drogenabhängiger von der Nutzung sehen nur die Regelungen der Länder Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen vor.

4.2.6 § 10 a II Nr. 6 BtMG (Zusammenarbeit mit Behörden zur Verhinderung von Straftaten)

Nach § 10 a II Nr. 6 BtMG müssen die Rechtsverordnungen die erforderlichen Formen der „Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden“ regeln, „um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

§ 9 S. 1 der Hamburger Rechtsverordnung legt die Pflicht der verantwortlichen Person fest, „die durch den Drogenkonsumraum bedingten Auswirkungen auf das unmittelbare Umfeld der Einrichtung und aktuelle Vorkommnisse“ „wöchentlich in einem Kurzprotokoll“ zu dokumentieren. „Eine Zusammenarbeit mit den zuständigen Polizeidienststellen ist insbesondere erforderlich, wenn vorangegangene Beeinträchtigungen Dritter oder Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums die Begehung von Straftaten erwarten lassen und

Maßnahmen der Einrichtung geeignet wären, bei deren Benutzerinnen oder Benutzern oder bei auftretenden Szenebildungen im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums eine Verhaltensänderung zu bewirken“ (§ 9 S. 2). „Über die Erforderlichkeit, Geeignetheit und Zumutbarkeit solcher Maßnahmen“ hat sich die oder der Verantwortliche nach § 9 S. 3 mit den „zuständigen Polizeidienststellen ins Benehmen zu setzen, zu denen sie oder er unabhängig davon regelmäßigen Kontakt zu halten hat.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung regelt in § 8 S. 1, dass die Träger von Drogenkonsumräumen „mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Grundzüge ihrer Zusammenarbeit verbindlich festzulegen“ haben. „Einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sind zu dokumentieren“ (§ 8 S. 2). Nach § 8 S. 3 haben die Träger „insbesondere mit den zuständigen Polizeidienststellen regelmäßig Kontakt zu halten mit dem Ziel, frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums zu verhindern.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

§ 9 I der Rechtsverordnung von Niedersachsen verlangt das Vorliegen einer schriftlichen „Vereinbarung des Trägers des Drogenkonsumraums mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde über die Grundzüge ihrer Zusammenarbeit.“ Zu diesen Grundzügen der Zusammenarbeit gehört nach § 9 II Nr. 1 insbesondere, dass die Leitung des Drogenkonsumraums „zur Polizei ständigen Kontakt hält und mit dieser ihre Maßnahmen abstimmt, damit frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums verhindert werden.“ Ferner muss die Leitung nach § 9 II Nr. 2 „bei Beeinträchtigung Dritter, bei Störungen der öffentlichen Sicherheit oder bei zu erwartenden Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums“ versuchen, „auf Benutzerinnen und Benutzer sowie Anwesende einer sich abzeichnenden Szenenbildung“ mit dem Ziel einzuwirken, „eine Verhaltensänderung zu erreichen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Die Rechtsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen bestimmt in ihrem § 7 S. 1, dass die Träger von Drogenkonsumräumen „mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Formen ihrer Zusammenarbeit schriftlich“ festzulegen und mit ihnen „regelmäßig Kontakt zu halten“ haben, „um frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume zu verhindern.“ Außerdem hat die Leitung der Einrichtung „die einrichtungsbedingten Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld zu beobachten und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren“ (§ 7 S. 2).

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

§ 9 S. 1 der Saarländischen Rechtsverordnung verpflichtet die Träger des Drogenkonsumraums zu enger und kontinuierlicher Zusammenarbeit „mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden.“ Auch hier sind „die Grundzüge der Zusammenarbeit“ „verbindlich und schriftlich festzulegen“ (§ 9 S. 2). Der Träger hat nach § 9 S. 3 „insbesondere mit den zuständigen Polizeidienststellen regelmäßig Kontakt zu halten, um frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume zu verhindern.“ Ferner obliegt es der

Leitung der Einrichtung, „einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das Umfeld zu beobachten und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren“ (§ 9 S. 4).

Vergleich

Im Bereich der Regelungen zur Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden ergeben sich keine größeren Unterschiede zwischen den regionalen Rechtsverordnungen.

4.2.7 § 10 a II Nr. 7 BtMG (Festlegung des Nutzerkreises)

§ 10 a II Nr. 7 BtMG verlangt die „genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Nutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die geduldeten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Nach § 10 I 1 der Hamburger Rechtsverordnung darf die Benutzung des Drogenkonsumraums „grundsätzlich nur volljährigen Personen angeboten werden.“ Die Benutzer müssen „aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben und über Konsumerfahrungen verfügen“ (§ 10 I 2).

„Bei reife- oder krankheitsbedingten Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit einer Person in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung ist die Person von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen“ (§ 10 I 3). Nach § 10 I 5 ist „alkoholisierten oder intoxikierten Personen, bei denen die Nutzung des Drogenkonsumraums ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verursachen könnte, der Zugang zu verweigern.“ Bei Minderjährigen, die Einlass begehren, „hat das Personal vorab durch direkte Ansprache zu klären, ob ein individuell gefestigter Konsumentenschluss und eine Einsichtsfähigkeit im Sinne von Satz 3 vorliegen“ (§ 10 I 4). Das Personal ist gem. § 10 I 7 „anzuhalten, dass offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten am Zugang zum Drogenkonsumraum gehindert und durch direkte Ansprache an ein anderweitiges Beratungs- oder Hilfeangebot herangeführt werden.“

Der Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum kann gem. § 10 II 1 „Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen.“ Das Konzept des Betreibers „muss festlegen, für welche der in Satz 1 genannten Betäubungsmittel und Konsumformen der Drogenkonsumraum vorgesehen ist“ (§ 10 II 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Nutzer des Drogenkonsumraums dürfen gem. § 9 I 1 „grundsätzlich nur volljährige Personen mit Betäubungsmittelabhängigkeit und Konsumerfahrung sein.“ „Minderjährigen kann die Nutzung gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Leitung der Einrichtung dies nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall für begründet hält“ (§ 9 I 2). Das zuständige Jugendamt ist in diesem Falle gem. § 9 I 3 einzubeziehen.

Von der Benutzung des Konsumraums sind gem. § 9 II „auszuschließen:

1. Offenkundige Erstkonsumenten,

2. Erkennbar alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel vergiftete Personen,
3. Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden,
4. Personen, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Verabreichung erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.“

„Der Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum kann u. a. Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ, nasal oder oral erfolgen“ (§ 9 IV).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Niedersächsische Rechtsverordnung setzt § 10 a II Nr. 7 BtMG in ihrem § 5 II und III um. Danach wird der Benutzerkreis in der Hausordnung bestimmt (§ 5 II 1).

„Die Benutzung des Drogenkonsumraums darf grundsätzlich nur volljährigen Personen gestattet werden, die aufgrund bestehender Drogenabhängigkeit über Konsumerfahrung verfügen“ (§ 5 II 2).

Von der Benutzung des Konsumraums sind gem. § 5 II 3 „auszuschließen:

1. Minderjährige unter 16 Jahren,
2. Erst- und Gelegenheitskonsumentinnen und -konsumenten,
3. alkoholisierte oder durch andere Suchstoffe in ihrem Verhalten beeinträchtigte Personen,
4. Opiatabhängige, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung oder in einer Behandlung aufgrund einer Genehmigung nach § 3 II BtMG befinden,
5. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch den Konsum erfolgte Gesundheitsbeschädigung fehlt,
6. Personen, die sich nicht ausweisen können.“

In der Hausordnung ist gem. § 5 III „außerdem zu regeln,

1. dass die Benutzerinnen und Benutzer daraufhin zu überprüfen sind, ob sie zum zugelassenen Benutzerkreis gehören,
2. dass alle Benutzerinnen und Benutzer die mitgeführten Betäubungsmittel einer Sichtkontrolle durch das Fachpersonal zuzuführen haben,
3. welche Betäubungsmittel konsumiert werden dürfen, wobei andere Mittel als Opiate, Kokain, Amphetamin und deren Derivate nicht zugelassen werden dürfen, und
4. welche Konsummuster geduldet werden, wobei ein anderer als intravenöser, oraler, nasaler oder inhalativer Konsum nicht zugelassen werden darf.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Nach § 8 I 1 der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen dürfen Nutzer von Drogenkonsumräumen „grundsätzlich nur volljährige Personen mit Betäubungsmittelabhängigkeit und Konsumerfahrung sein.“ „Jugendlichen mit Betäubungsmittelabhängigkeit und Konsumerfahrung darf der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder sich das Personal im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat“ (§ 8 I 2).

Auszuschließen von der Benutzung des Drogenkonsumraums sind gem. § 8 II:

1. „Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten“,

2. „Erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel intoxikierte Personen“,
3. „Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden, und“
4. „Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen mangelnder Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.“

„Der Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum kann Opiate, Kokain, Amphetamine oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ oder oral erfolgen“ (§ 8 III 3).

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

§ 10 der Saarländischen Rechtsverordnung regelt den zugelassenen Benutzerkreis. So darf die Benutzung des Drogenkonsumraums gem. § 10 I 1 „grundsätzlich nur volljährigen Personen angeboten werden.“ Diese „müssen aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben“ (§ 10 I 2). Jugendlichen darf gem. § 10 I 3 „der Zugang nur dann gestattet werden, wenn die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder aufgrund besonderer Umstände nicht vorgelegt werden kann und sich das Personal im Einzelfall nach besonderer Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat.“

Nach § 10 II sind von der Benutzung des Drogenkonsumraums „auszuschließen:

1. Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten und -konsumentinnen,
2. alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel intoxikierte Personen,
3. Opiatabhängige, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden,
4. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgenden Gesundheitsschädigungen fehlt.“

Der „Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum“ kann auch im Saarland „Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen“ (§ 11 II).

Vergleich

Unterschiedlich ist der Umgang der verschiedenen Rechtsverordnungen mit Minderjährigen. Die Hamburger und die Saarländische Rechtsverordnung regeln, dass die Benutzung des Drogenkonsumraums grundsätzlich nur volljährigen Personen *angeboten* werden darf. Etwas anders formulieren dies die übrigen Rechtsverordnungen. Dort gilt der Grundsatz, dass nur Volljährige die Einrichtung (be-)nutzen dürfen. Von diesem Grundsatz sind in allen Ländern unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen möglich, in Niedersachsen jedoch nur für Personen mit einem Mindestalter von 16 Jahren.

Während es in Hamburg festgelegt wird, dass der minderjährige Nutzer einen individuell gefestigten Konsumentenschluss gefasst hat und eine Einsichtsfähigkeit besitzt, muss in Hessen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland zusätzlich die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegen oder die Leitung der Einrichtung die Nutzungsanfrage nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall für begründet halten. In letzterem Fall ist in Hessen das zuständige Jugendamt einzubeziehen. Die Niedersächsische Rechtsverordnung regelt zwar, dass Personen unter 16 Jahren von der Nutzung auszuschließen sind, lässt aber offen, wie neben einer vorgeschriebenen Beratung mit nicht-volljährigen Personen über 16 Jahren verfahren werden soll. (Das Fachpersonal muss „minderjährigen Drogenabhängigen in jedem Einzelfall Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen anbieten und auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten“ hinweisen (§ 7 Nr. 2).) Der Wortlaut („grundsätzlich“) deutet jedoch darauf hin,

dass diese unter Umständen Zugang erhalten können, zumal sie nicht zwingend von der Nutzung ausgeschlossen werden müssen.

Die Saarländische und die Niedersächsische Rechtsverordnung verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Die Rechtsverordnungen der Länder Hessen und Nordrhein-Westfalen verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich *erkennbar* in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Unklar ist, wie man die Teilnahme an einer solchen Behandlung erkennt. Einzig im Land Hamburg müssen substituierte Abhängige nicht ausgeschlossen werden.

Die Vorgabe des Bundesgesetzgebers in § 10 a II Nr. 7 BtMG, dass offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen sind, wird so nur in den Rechtsverordnungen der Länder Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Saarland übernommen. Hessen übernimmt diese Vorschrift lediglich für offenkundige Erstkonsumenten, nicht aber für offenkundige Gelegenheitskonsumenten und bleibt so hinter der bundesrechtlichen Vorgabe zurück. Die Niedersächsische Rechtsverordnung dagegen verschärft die Ausschlussregelungen dahingehend, dass sie auf das ohnehin sehr unklare Merkmal der Offenkundigkeit verzichtet. Dies ist zulässig, da es sich bei den bundesrechtlichen Vorgaben um Mindestanforderungen handelt.

Nur nach der Rechtsverordnung von Niedersachsen sind Personen, die sich nicht ausweisen können, von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen.

4.2.8 § 10 a II Nr. 8 BtMG (Dokumentation der Arbeit)

§ 10 a II Nr. 8 BtMG fordert „eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Die Hamburger Rechtsverordnung setzt diese Regelung in ihrem § 11 um. Danach muss „neben den im Rahmen der Gewährung öffentlicher Mittel verbindlich durchgeführten Dokumentations- und Evaluationsverfahren“ eine „ständige Dokumentation des Einrichtungsbetriebs erfolgen“ (§ 11 S. 1). Hierzu sind gem. § 11 S. 2 „Tagesprotokolle zu fertigen, aus denen sich Ablauf und Umfang der Kontakte von Benutzerinnen und Benutzern, das eingesetzte Personal und besondere Vorkommnisse ersehen lassen.“ „Diese Protokolle sind monatlich intern auszuwerten“ (§ 11 S. 3).

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Rechtsverordnung des Landes Hessen schreibt „eine fortlaufende Dokumentation über den Betrieb der Einrichtung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen“ vor (§ 10 S. 1). Hierzu sind auch in Hessen gem. § 10 S. 2 „Tagesprotokolle zu fertigen, die über Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des Personals sowie besondere Vorkommnisse Auskunft geben.“ Diese Protokolle sind gem. § 10 S. 3 „zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Zweckbestimmung auszuwerten.“ „Auf Verlangen sind die Monatsberichte der Überwachungsbehörde vorzulegen“ (§ 10 S. 4).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Niedersächsische Rechtsverordnung setzt § 10 a II Nr. 8 BtMG in ihrem § 10 um. Danach bestimmt die Erlaubnisbehörde in Auflagen, dass „die Arbeit in dem Drogenkonsumraum unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ständig zu dokumentieren und zu evaluieren ist“ (§ 10 Nr. 1). Ferner sind „für die Aufgabe nach Nr. 1 Tagesprotokolle zu fertigen, die geschlechtsspezifisch und altersbezogen über Ablauf und Umfang der Kontakte mit den Benutzerinnen und Benutzern, insbesondere über die bei Minderjährigen unterbreiteten Beratungsangebote, Zahl und Tätigkeit des Personals, einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sowie besondere Vorkommnisse Auskunft geben“ (§ 10 Nr. 2). Diese Protokolle sind nach § 10 Nr. 3 „zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Betriebszwecke auszuwerten.“ Über die Ergebnisse dieser Auswertung sind „die untere Gesundheitsbehörde, die Polizei und die Gemeinde zu unterrichten“ (§ 10 Nr. 4). Die Monatsberichte sind nach § 10 Nr. 5 „auf Verlangen der Überwachungsbehörde vorzulegen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Nach § 9 S. 1 der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen haben die Leitungen „eine fortlaufende Dokumentation über den Betrieb der Drogenkonsumräume in anonymisierter Form und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sicherzustellen.“ Hierzu sind gem. § 9 S. 2 „Tagesprotokolle zu fertigen, die insbesondere über Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des eingesetzten Personals sowie alle besonderen Vorkommnisse Auskunft geben“ müssen. „Diese Protokolle sind in einem monatlichen Bericht zusammenzufassen und im Hinblick auf die Zielerreichung regelmäßig auszuwerten“ (§ 9 S. 3). „Über die Ergebnisse sind die zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden zu unterrichten“ (§ 9 S. 4). Die Berichte sind gem. § 9 S. 5 „der Überwachungsbehörde regelmäßig vorzulegen.“

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung setzt § 10 a II Nr. 8 in § 12 um. Danach muss nach § 12 I 1 „eine Dokumentation über den Betrieb des Drogenkonsumraums erfolgen.“ Hierbei sind gem. § 12 I 2 „unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen folgende Aspekte zu berücksichtigen: Altersangaben, Geschlechtszugehörigkeit, Nationalität, Konsumverhalten, Drogenpräferenz, Nutzungszahl und Nutzungsfrequenz, Gesundheitsschäden, AIDS und Hepatitis, Notfallsituationen, Wundversorgungen, Ausstiegsvermittlungen und die Sicherheitsproblematik.“ Das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales erhält gem. § 12 II „hierzu einmal jährlich einen Bericht.“

Vergleich

Alle Rechtsverordnungen mit Ausnahme der des Landes Hamburg verlangen die Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, was aber nur deklaratorische Wirkung hat, da das BDSG bzw. das jeweilige Landesdatenschutzgesetz auch ohne diesen Hinweis beachtet werden muss.

4.2.9 § 10 a II Nr. 9 BtMG (Personal)

Nach § 10 a II Nr. 9 BtMG müssen die Rechtsverordnungen der Länder als Mindeststandard die „ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl“ festlegen.

Dieses muss „für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet“ sein.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Die Rechtsverordnung von Hamburg legt in § 12 fest, dass während der Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums „persönlich zuverlässiges und für die Erfüllung der in den §§ 4 bis 10 genannten Anforderungen fachlich ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl anwesend sein“ muss.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung regelt in ihrem § 11 S. 1, dass während der Öffnungszeiten die „ständige Anwesenheit von Personal in ausreichender Zahl zu gewährleisten“ ist. „Alle zum Personal gehörenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen für die Erfüllung der in den §§ 3 bis 9 dieser Verordnung genannten Anforderungen fachlich ausgebildet und zuverlässig sein“ (§ 11 S. 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen setzt die Vorschrift des § 10 a II Nr. 9 BtMG in § 11 um. Danach muss sichergestellt sein, dass „während der Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums zuverlässiges und für die Erfüllung der Aufgaben fachlich ausgebildetes Personal (Fachpersonal) in ausreichender Zahl anwesend ist“ (§ 11 Nr. 1). Ferner muss das „sonstige Personal“ gem. § 11 Nr. 2 „entsprechend seiner Aufgaben eingewiesen“ sein.

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Die Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen legt in § 10 S. 1 fest, dass während der Öffnungszeiten „die ständige Anwesenheit von ausreichendem Fachpersonal zu gewährleisten“ ist. „Die in der Erlaubnis festgelegte Zahl und die Qualifikation der für die Beratung der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten erforderlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darf nicht unterschritten werden“ (§ 10 S. 2). Die Nachweise persönlicher Zuverlässigkeit müssen im Erlaubnisverfahren erbracht werden (§ 12 S. 2).

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung regelt in ihrem § 13, dass während der Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums „persönlich zuverlässiges und fachlich ausgebildetes Personal für die Erfüllung der in den §§ 3 bis 11 genannten Anforderungen in ausreichender Zahl anwesend sein“ muss.

Vergleich

Die Rechtsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen verzichtet an dieser Stelle darauf, das Merkmal der persönlichen Zuverlässigkeit des beschäftigten Personals zu übernehmen. Allerdings muss die persönliche Zuverlässigkeit im Rahmen des Erlaubnisverfahrens erbracht werden.

Die Niedersächsische Rechtsverordnung verlangt zusätzlich zur fachlichen Ausbildung eine Einweisung des sonstigen Personals entsprechend seiner Aufgaben.

Die Frage, welche Anforderungen an die fachliche Ausbildung des Personals gestellt werden, bleibt sowohl in § 10 a II Nr. 9 BtMG als auch in den jeweiligen Rechtsverordnungen der Länder unbeantwortet. Die Praxis wird zeigen, welche Kenntnis- bzw. Ausbildungsnachweise in den Erlaubnisverfahren der Länder von den jeweiligen Erlaubnisbehörden verlangt werden.

4.2.10 § 10 a II Nr. 10 BtMG (Verantwortliche Person)

Gem. § 10 a II Nr.10 BtMG muss eine sachkundige Person benannt werden, „die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihr obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Nach § 3 der Rechtsverordnung von Hamburg hat der Betreiber des Drogenkonsumraums „spätestens mit dem Antrag eine sachkundige Person zu benennen, die für die Einhaltung der in den §§ 4 bis 12 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde (§ 19 I 4 BtMG) verantwortlich ist (Verantwortliche oder Verantwortlicher) und die ihr obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Rechtsverordnung des Landes Hessen setzt § 10 a II Nr. 10 BtMG in ihrem § 12 um. Danach muss die Leitung eines Drogenkonsumraums „fachlich ausgebildet und zuverlässig sein“ (§ 12 I 1). Die Leitung ist gem. § 12 I 2 „verantwortlich für die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde“ und wird als Verantwortlicher im Sinne des § 10 a II Nr. 10 BtMG benannt.

Gem. § 12 II hat der Träger der Einrichtung „für die Einhaltung der in Abs. 1 aufgeführten Anforderungen, Auflagen und Anordnungen ebenfalls Sorge zu tragen.“

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

Die Niedersächsische Rechtsverordnung regelt in § 12 S. 1, dass die Leitung des Drogenkonsumraums „sachkundig und in der Lage sein“ muss, die ihr „obliegenden Aufgaben zu erfüllen.“ Sie ist „als verantwortlich im Sinne von § 10 a II Nr. 10 BtMG zu benennen“ (§ 12 S. 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Die Rechtsverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen setzt § 10 a II Nr. 10 BtMG in ihrem § 11 I um. Danach sind die Leitungen der Drogenkonsumräume „verantwortlich für die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Pflichten.“

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung bestimmt in § 14, dass der Träger des Drogenkonsumraums „eine sachkundige Person und ihre Vertretung zu benennen“ hat, „die für die Einhaltung der in den

§§ 4 bis 13 genannten Anforderungen und der Auflagen sowie Anordnungen des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales verantwortlich sind und die ihnen obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen können.“

Vergleich

Auffallend ist, dass die Hessische Rechtsverordnung zusätzlich zu der verantwortlichen Person explizit auch den Träger der Einrichtung mit in die Verantwortung nimmt. Diese muss außerdem fachlich ausgebildet und zuverlässig sein. Auch hier bleibt offen, welche Anforderungen an die Ausbildung zu stellen sind. Aufschlüsse hierüber werden sich wohl erst im Laufe der Zeit aus der Verwaltungspraxis der hessischen Erlaubnisbehörde ergeben.

4.2.11 § 10 a IV BtMG (Verbot von Substanzeanalysen / aktiver Hilfe beim Konsum)

Eine Erlaubnis nach § 10 a I BtMG „berechtigt das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht, eine Substanzeanalyse der mitgeführten Betäubungsmittel durchzuführen oder beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten Betäubungsmittel aktive Hilfe zu leisten“ (§ 10 a IV BtMG).

Diese Vorschrift regelt anders als die oben besprochenen Vorschriften keinen der sogenannten Mindeststandards (§ 10 a II Nr. 1 – 10 BtMG), die von den Rechtsverordnungen der Länder übernommen werden müssen. Dennoch findet sie sich in vielen der bislang existierenden Rechtsverordnungen wieder.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hamburg

Nach § 10 II 3 der Hamburger Rechtsverordnung muss sich aus dem Konzept des Betreibers des Drogenkonsumraums, das die geduldeten Betäubungsmittel und Konsumformen festlegt, ergeben, „ob Substanzeanalysen im Sinne von § 10 a IV BtMG in einer hierzu betäubungsmittelrechtlich befugten Stelle veranlasst werden sollen.“

§ 10 a IV BtMG wird nicht übernommen.

Die Ausgestaltung der Regelung in Hessen

Die Hessische Rechtsverordnung regelt in § 9 III 1, dass „die zum sofortigen Konsum mitgeführten Betäubungsmittel“ „vor der Verabreichung einer Sichtkontrolle zu unterziehen“ sind. Nach § 9 III 2 ist „eine Substanzeanalyse durch das Personal“ nicht zulässig.

Der Träger der Einrichtung hat „dafür Sorge zu tragen, dass die Leitung und das Personal keine aktive Hilfe beim unmittelbaren Verbrauch der Betäubungsmittel leisten“ (§ 12 II 2).

Die Ausgestaltung der Regelung in Niedersachsen

§ 5 III Nr. 2 der Rechtsverordnung des Landes Niedersachsen enthält lediglich die Regelung, dass die Hausordnung bestimmen muss, „dass alle Benutzerinnen und Benutzer die mitgeführten Betäubungsmittel einer Sichtkontrolle durch das Fachpersonal zuzuführen haben.“

§ 10 a IV BtMG wird nicht übernommen.

Die Ausgestaltung der Regelung in Nordrhein-Westfalen

Nach § 8 III 1 der Nordrhein-Westfälischen Rechtsverordnung sind die von den Nutzern mitgeführten Betäubungsmittel „einer Sichtkontrolle zu unterziehen.“ „Von einer näheren Substanzanalyse zur Menge, Art und Zusammensetzung des Stoffes ist abzusehen“ (§ 8 III 2).

Die Träger von Drogenkonsumräumen haben gem. § 11 II „sicherzustellen, dass die Leitungen und deren Personal weder selbst am Betäubungsmittelverkehr teilnehmen noch aktive Hilfe beim unmittelbaren Verbrauch der Betäubungsmittel leisten.“ Gem. § 11 III wirken die Träger „an allgemeinen Maßnahmen zur Prävention von Drogenkonsum mit.“

Die Ausgestaltung der Regelung im Saarland

Die Saarländische Rechtsverordnung regelt in ihrem § 11 I 1, dass „die von den Benutzerinnen und Benutzern mitgeführten Betäubungsmittel“ einer „Sichtkontrolle zu unterziehen“ sind. „Von einer näheren Substanzanalyse zu Menge, Art und Zusammensetzung des Stoffes“ ist gem. § 11 I 2 abzusehen.

Vergleich

Auch wenn die Rechtsverordnungen der Länder Hamburg und Niedersachsen die Regelung des § 10 a IV BtMG nicht übernehmen (Durchführung von Substanzanalysen durch das Personal), bleibt es dennoch bei der Geltung der bundesrechtlichen Regelung, nach der das in einem Drogenkonsumraum tätigen Personal nicht berechtigt ist, eine Substanzanalyse durchzuführen. Die Übernahme der Vorschrift durch die übrigen Länder hat lediglich deklaratorische Wirkung.

Bezüglich des Verbots der aktiven Hilfe beim Verbrauch heißt es in den (gleichlautenden) Gesetzentwürfen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Bundesregierung:

„Die Regelung in Absatz 4 soll klarstellen, dass das Verschaffen einer Gelegenheit zum Drogenkonsum nicht zu den vorrangigen Aufgaben eines Drogenkonsumraums und seines Personals gehört und ihm daher jede aktive Unterstützung des Drogenkonsums verboten ist. Dies entspricht im übrigen der mitgeteilten Praxis in den bestehenden Drogenkonsumräumen.“⁹

Ein Verstoß gegen § 10 a IV BtMG „kann je nach Ausgestaltung nach § 29 I 1 Nrn. 1, 3 oder 6 lit. b BtMG strafbar sein“¹⁰. In jedem Fall aber könnte eine aktive Beteiligung des Personals am Konsum aber zum Widerruf der Erlaubnis nach § 10 a I BtMG führen.

4.3 Fazit: Vergleich der Rechtsverordnungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die bislang existierenden Rechtsverordnungen der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland in vielen Punkten nicht grundlegend voneinander unterscheiden. Dennoch gibt es einige bedeutsame Unterschiede, so z. B. zu der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Minderjährigen der Zugang zu den Drogenkonsum-Einrichtungen gestattet werden soll. Niedersachsen setzt ein Mindestalter von 16 Jahren fest und sieht vor, dass minderjährigen Drogenabhängigen in jedem Einzelfall

⁹ BT-Drucksache 14/1515 S. 7; BT-Drucksache 14/1830 S. 7

¹⁰ Katholnigg, Oskar „Die Zulassung von Drogenkonsumräumen und strengere Kriterien bei der Substitution – das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes“ NJW 2000, 1217, 1221

Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen angeboten werden und auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten hingewiesen werden. Während in Hamburg minderjährige Nutzer einen individuell gefestigten Konsumentenschluss gefasst und eine Einsichtsfähigkeit besitzen müssen, muss in Hessen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland neben diesen Kriterien außerdem die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegen oder die Leitung der Einrichtung die Nutzungsanfrage nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall für begründet halten. In letzterem Fall ist in Hessen das zuständige Jugendamt einzubeziehen. Die Niedersächsische Rechtsverordnung regelt zwar, dass Personen unter 16 Jahren von der Nutzung auszuschließen sind, lässt aber offen, wie neben einer durch die Rechtsverordnung vorgeschriebenen Beratung – mit nicht-volljährigen Personen über 16 Jahren verfahren werden soll. Der Wortlaut („grundsätzlich“) deutet jedoch darauf hin, dass diese unter Umständen Zugang erhalten können, zumal sie nicht zwingend von der Nutzung ausgeschlossen werden müssen.

Ebenso bedeutsam ist die unterschiedliche Umsetzung des § 10 a II Nr. 7 BtMG, dass offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen sind. Hessen übernimmt diese Vorschrift lediglich für offenkundige Erstkonsumenten, nicht aber für offenkundige Gelegenheitskonsumenten. Trotzdem ist nicht davon auszugehen, dass der hessische Verordnungsgeber „offenkundigen Gelegenheitskonsumenten“ den Zutritt zu Konsumräumen gestatten möchte.

Die Niedersächsische Rechtsverordnung dagegen verschärft die Ausschlussregelungen dahingehend, dass sie auf das – ohnehin sehr dürftige, weil schwer greifbare – Merkmal der Offenkundigkeit verzichtet. Dies ist zulässig, da es sich bei den bundesrechtlichen Vorgaben um Mindestanforderungen handelt.

Die Saarländische und die Niedersächsische Rechtsverordnung verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Die Rechtsverordnungen der Länder Hessen und Nordrhein-Westfalen verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich *erkennbar* in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. Unklar ist, wie man die Teilnahme an einer solchen Behandlung erkennt. Bemerkenswert ist diese fast einheitliche Regelung – einzig im Land Hamburg müssen substituierte Abhängige nicht ausgeschlossen werden – deswegen, weil sie von § 10 a BtMG nicht verlangt wird.

Nur nach der Niedersächsischen Rechtsverordnung sind Personen, die sich nicht ausweisen können, von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen.

Bei der Umsetzung des § 10 a II Nr. 3 BtMG verlangt die Hamburger Rechtsverordnung ausdrücklich kein ärztliches Handeln für die erforderliche Beratung und Hilfe. Demgegenüber findet sich allein in der Rechtsverordnung von Nordrhein-Westfalen die Formulierung „Es muss sichergestellt sein, dass ärztliche Hilfe und Beratung unverzüglich erfolgen können“, während die übrigen Rechtsverordnungen von „*medizinischer* Beratung und Hilfe“ sprechen.

Außerdem erwähnenswert erscheint die Tatsache, dass die Hessische Rechtsverordnung als einzige darauf verzichtet hat, dem Träger der Einrichtung die Werbung für diese ausdrücklich zu verbieten. In den übrigen Ländern ist den Trägern der Einrichtung lediglich der Hinweis auf den Drogenkonsumraum im Rahmen ihrer Aufklärungsarbeit gestattet, wobei in der Praxis die Grenze zur Werbung fließend sein dürfte.

Rechtsbegriffe, die aufgrund ihrer Unbestimmtheit der Auslegung bedürfen, gibt es sowohl in § 10 a BtMG als auch in den Rechtsverordnungen der Länder, so z. B. den der „fachlichen Ausbildung“ des Personals oder den der „aktiven Hilfe beim Konsum.“ Rechtsprechung zum Thema „Drogenkonsumräume“ fehlt bislang gänzlich, so dass es noch einige Zeit dauern wird, bis sich die einzelnen Merkmale verfestigt und konkretisiert haben.

Die Zukunft wird zeigen, ob die mit dem Dritten BtMG-Änderungsgesetz geschaffene Rechtssicherheit die vermehrte Einrichtung von Drogenkonsumräumen zur Folge haben wird und ob auf diesem Wege eine positive Wirkung auf die Drogensituation in Deutschland erzielt werden kann.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Hessische Rechtsverordnung „mit Ablauf des 31. Dezember 2006 außer Kraft“ tritt und damit die rechtliche Grundlage zum Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hessen entfällt. Die anderen Rechtsverordnungen sind zeitlich nicht befristet.

5 Länderspezifische Checklisten

Um die Einhaltung der in den Rechtsverordnungen vorgeschriebenen Mindeststandards überprüfen zu können, wurde zunächst für jedes Bundesland eine Checkliste erstellt, in der die in der jeweiligen Rechtsverordnung genannten Kriterien einzeln übernommen wurden. Bei der Überprüfung wurde zwischen Kriterien unterschieden, die sich durch „in Augenschein-Nahme“ und gezielte Fragen im Interviewleitfaden überprüfen bzw. sich durch einen einmaligen Besuch nicht überprüfen lassen.

In den nachfolgend aufgeführten Checklisten ist in der ersten Spalte vermerkt, wie die Mindeststandards überprüft wurden. Bauliche / technische Standards wurden in der Regel bei der Besichtigung der Einrichtung durch das Kriterium vorhanden / nicht vorhanden bzw. möglich / nicht möglich überprüft, die anderen Mindeststandards wurden im Interview abgefragt und, sofern vorhanden, die Angaben durch entsprechende Daten dokumentiert.

Die Behörde für Umwelt und Gesundheit (BUG) der Freien und Hansestadt Hamburg hielt eine Prüfung von Sachverhalten, die bereits im offiziellen Genehmigungsverfahren durch die Fachbehörde geprüft wurden, im Rahmen der Studie für nicht notwendig. Die Behörde händigte der ZEUS GmbH den offiziellen Prüfkatalog der BUG zur Vorbereitung der Erlaubnisbescheide aus. Alle Hamburger Einrichtungen sind gemäß dieses Prüfkataloges geprüft worden und verfügen über einen Erlaubnisbescheid.

Dementsprechend wurden die zu prüfenden Kriterien mit der Behörde für Umwelt und Gesundheit abgesprochen. Von den Untersuchern nicht überprüfte Kriterien sind durch den Text „geprüft von Erlaubnisbehörde“ in der ersten Spalte der Checkliste für Hamburg gekennzeichnet.

5.1 Checkliste Hamburg

Prüfung	Hamburg	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
durch Erlaubnisbehörde	Räumliche Abgrenzung von der übrigen Drogenhilfeeinrichtung.		
durch Erlaubnisbehörde	Sämtliche Flächen müssen aus glatten, abwaschbaren und desinfizierbaren Materialien bestehen.		
durch Erlaubnisbehörde	Ausreichende Bereitstellung steriler Einmalspritzen, Tupfer, Ascorbinsäure, Injektionszubehör, Desinfektionsmittel sowie durchstichsicherer Entsorgungsbehälter.		
durch Erlaubnisbehörde	Raum muss ständig hinreichend belüftet und beleuchtet werden.		
Sicht	Raum muss ständig in sauberem Zustand gehalten werden und regelmäßig desinfiziert werden.		
Sicht	Ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal.	möglich?	nicht möglich?
Fragebogen	Es muss sichergestellt sein, dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.		
Sicht	Es sind ständig technische Notfall-Vorrichtungen im DK-Raum bereitzuhalten.	vorhanden?	nicht vorhanden?
durch Erlaubnisbehörde	Schneller und problemloser Zugang zu dem Raum für externe Rettungsdienste muss sichergestellt werden.		
Sicht Dokumentation	Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, muss dem Personal zur Verfügung stehen, ständig aktualisiert werden und jederzeit umgesetzt werden können.		
Fragebogen	Medizinische Beratung und Hilfe der Benutzer des DK-Raums in allen applikationsrelevanten Fragen, insbesondere infektiologische Aspekte sowie der Risikozusammenhang zwischen der körperlichen Konstitution und der Toxizität der vorbereiteten BtM-Dosis.		
Fragebogen	Medizinische Beratung und Hilfe erfordern kein ärztliches Handeln, bedürfen aber eines nachweislich medizinisch geschulten Personals.		
Fragebogen	Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus müssen weiterführend ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt, initiiert und bei Bedarf veranlasst werden; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, ist Hilfestellung beim Kontakt zu geeigneten Einrichtungen zu leisten.		
Fragebogen	Beratungs- und Hilfeangebote, die nicht einrichtungsintern realisiert werden können, sind den Benutzern zugänglich zu machen. Die Wahrnehmung solcher Angebote ist durch Zusammenarbeit mit geeigneten anderen Einrichtungen zu fördern.		
Fragebogen	Straftaten nach dem BtMG, abgesehen vom Besitz von BtM zum Eigenverbrauch in geringer Menge, dürfen innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden. Darauf ist durch Aushang hinzuweisen.		
	Die Einrichtung hat sich allg. Werbung zu enthalten und darf nur zielgruppenspezifische Informationen erteilen.	nicht überprüfbar	
Fragebogen	Dokumentation der durch den DK-Raum bedingten Auswirkungen auf das unmittelbare Umfeld der Einrichtung und aktueller Vorkommnisse durch die verantwortliche Person, unter Umständen ist eine Zusammenarbeit mit den zuständigen Polizeidienststellen erforderlich, zu diesen ist regelmäßiger Kontakt zu halten.		
Fragebogen	Wöchentliches Kurzprotokoll.		
Fragebogen	Benutzung darf nur volljährigen Personen angeboten werden.		
Fragebogen	Benutzer müssen aufgrund bestehender BtM-Abhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben und über Konsumerfahrungen verfügen.		
Fragebogen	Bei reife- oder krankheitsbedingten Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit einer Person in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung ist die Person von der Benutzung des DK-Raumes auszuschließen. Alkoholisierten oder intoxikierten Personen, bei denen die Nutzung des DK-Raumes ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verursachen könnte, ist der Zugang zu verweigern.		
Fragebogen	Bei Minderjährigen, die Einlass begehren, hat das Personal durch direkte Ansprache zu klären, ob ein individuell gefestigter Konsumentenschluss und eine Einsichtsfähigkeit vorliegen.		
Fragebogen	Das Personal ist anzuhalten, dass offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten am Zugang zum DK-Raum gehindert und durch direkte Ansprache an ein anderweitiges Beratungs- oder Hilfeangebot herangeführt werden.		
Fragebogen	Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen. Das Konzept des Betreibers muss festlegen, für welche genannten BtM und Konsumformen der DK-Raum vorgesehen ist.		
Fragebogen	Ständige Dokumentation des Einrichtungsbetriebes: Tagesprotokolle, aus denen sich Ablauf und Umfang der Kontakte von Benutzern, das eingesetzte Personal und besondere Vorkommnisse ersehen lassen; diese sind monatlich intern auszuwerten.		
durch Erlaubnisbehörde Fragebogen	Während der Öffnungszeiten: Anwesenheit von persönlich zuverlässigem und fachlich ausgebildetem Personal in ausreichender Zahl.		
durch Erlaubnisbehörde	Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung sämtlicher Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist und die ihr obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.		
	Eine Erlaubnis nach Absatz 1 berechtigt das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht, eine Substanzanalyse der mitgeführten BtM durchzuführen oder beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten BtM aktive Hilfe zu leisten (§ 10 a IV BtMG).	nicht überprüfbar	

5.2 Checkliste Hessen

Prüfen	Hessen	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Räumliche Trennung von anderen Beratungseinrichtungen.		
Sicht	Ausreichende Beleuchtung.		
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit.		
Sicht	Wände, Böden und Einrichtungsgegenstände müssen abwaschbar und desinfizierbar sein.		
Sicht	Ausreichende sanitäre Anlagen.		
	Ausreichender Vorrat an sterilen Einmalspritzen und Kanülen, Tupfern, Ascorbinsäure und Injektionszubehör.	nicht beurteilbar	
Sicht	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke.	Behälter vorh.?	nicht vorh.?
Fragebogen	Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen, medizinischen Notfallversorgung.		
Sicht Fragebogen	Ständige Sichtkontrolle der Verabreichungsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, um im Bedarfsfall sofortige Wiederbelebungsmaßnahmen oder eine akute Wundversorgung zu ermöglichen.	möglich?	
Sicht	Zugang zum DK-Raum muss für externe Rettungsdienste schnell und problemlos zu erreichen sein.		
Fragebogen	Medizinischer Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, der ständig zu aktualisieren ist und dem Personal zur Verfügung stehen muss.	Dokumentation	
Fragebogen	Notfallplan beinhaltet auch die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals.		
Fragebogen	Den Nutzern des DK-Raums ist in allen verabreichungsrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zu gewähren. Hierzu zählen auch Infektions- und Gesundheitsrisiken bei bestimmten BtM, soweit deren Zusammensetzung bekannt ist, und bei bestimmten Konsumformen. Auf zusätzliche Risiken durch unbekanntes Beimischungen ist gesondert hinzuweisen.		
Fragebogen	Medizinische Beratung und Hilfe dürfen nur durch nachweislich geschultes Personal erfolgen.		
Fragebogen	Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus hat das Personal über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote zu informieren und diese bei Bedarf zu vermitteln; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, sind die notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren.		
Sicht	Erlass einer Hausordnung.	Dokumentation	
Sicht	Hausordnung ist sichtbar auszuhängen.		
Sicht Fragebogen	Hinweis in der Hausordnung, dass Straftaten nach dem BtMG, abgesehen vom Besitz von BtM zum Eigenverbrauch in geringer Menge, innerhalb des DK-Raumes nicht geduldet werden.		
Fragebogen	Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.		
Fragebogen	Bei erheblichen Verstößen gegen Hausordnung: Ausschluss von der weiteren Nutzung; über die Dauer des Ausschlusses entscheidet die Leitung der Einrichtung.		
Fragebogen	Die Träger von DK-Räumen haben mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Grundzüge ihrer Zusammenarbeit verbindlich festzulegen.		
Fragebogen	Einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sind zu dokumentieren.		
Fragebogen	Regelmäßiger Kontakt, insbesondere mit den zuständigen Polizeidienststellen mit dem Ziel, frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung im unmittelbaren Umfeld des DK-Raums zu verhindern.		
Fragebogen	Nutzer dürfen grundsätzlich nur volljährige Personen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung sein.		
Fragebogen	Minderjährigen kann die Nutzung gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Leitung der Einrichtung dies nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall für begründet hält. Das zuständige Jugendamt ist in diesem Falle einzubeziehen.		
Fragebogen	Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erstkonsumenten 2. Erkennbar alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel vergiftete Personen 3. Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitions-gestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Verabreichung erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.		
Fragebogen	Der Konsum von BtM im DK-Raum kann u. a. Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ, nasal oder oral erfolgen.		
Fragebogen	Es ist eine fortlaufende Dokumentation über den Betrieb der Einrichtung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu führen. Hierzu sind Tagesprotokolle zu fertigen, die über Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des Personals sowie besondere Vorkommnisse Auskunft geben.		
Fragebogen	Tagesprotokolle sind zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Zweckbestimmung auszuwerten; auf Verlangen Vorlage an Überwachungsbehörde.		
Fragebogen	Während der Öffnungszeiten ist die ständige Anwesenheit von Personal in ausreichender Zahl zu gewährleisten. Alle zum Personal gehörenden Mitarbeiter müssen für die Erfüllung der in den §§ 3 bis 9 dieser VO genannten Anforderungen fachlich ausgebildet und zuverlässig sein.		
Fragebogen	Die Leitung eines DK-Raumes muss fachlich ausgebildet und zuverlässig sein. Sie ist verantwortlich für die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde.		
Fragebogen	Der Träger der Einrichtung hat für Anforderungen etc. (s. o.) ebenfalls Sorge zu tragen. Er hat weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass die Leitung und das Personal keine aktive Hilfe beim unmittelbaren Verbrauch der BtM leisten.		
Fragebogen	Die zum sofortigen Konsum mitgeführten BtM sind vor der Verabreichung einer Sichtkontrolle zu unterziehen. Eine Substanzanalyse durch das Personal ist nicht zulässig.		

5.3 Checkliste Niedersachsen

Prüfen	Niedersachsen	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Räumliche Trennung von den übrigen Beratungseinrichtungen.		
Sicht	Ausreichende Beleuchtung.		
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit, dadurch Ermöglichung von Sichtkontrollen durch das Fachpersonal.		
Sicht	Bereithaltung von verstellbaren Trennwänden, die erforderliche Überschaubarkeit darf durch sie nicht beeinträchtigt werden.		
Sicht	Sämtliche Flächen aus glatten, abwaschbaren, leicht zu reinigenden und leicht desinfizierbaren Materialien.		
	Ständig hinreichende Belüftung.	nicht überprüfbar	
Sicht	Tägliche Reinigung der Räume, regelmäßige Desinfektion der Arbeits- und Ablageflächen sowie der mit Blut verunreinigten Flächen.		
	Ausreichender Vorrat an sterilen Einmalspritzen, Kanülen, Injektionszubehör, Haut- und Flächendesinfektionsmittel u. stichsicherer Entsorgungsbehälter.	nicht beurteilbar	
Sicht	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke sowie anderer verunreinigter Gegenstände.	Behälter vorhanden?	nicht vorh.?
Sicht	Nach Geschlechtern getrennte sanitäre Anlagen (in ausreichender Zahl).		
Sicht	Leichter Zugang für Rettungsdienste.		
Fragebogen	Einzelheiten d. Notfallversorgung sind in einem medizinischen Notfallplan festzuhalten. Erlaubnisbehörde bestimmt in Auflagen, dass der Notfallplan ständig zu aktualisieren ist, dem Personal zur Verfügung stehen muss und der Überwachungsbehörde auf Verlangen vorzulegen ist.		
Fragebogen	Ständige Sichtkontrolle der Nutzer durch das Fachpersonal; Gewährleistung von sofortiger, einsatzfähiger medizinischer Notfallversorgung.	möglich?	
Fragebogen	Es muss sichergestellt sein, dass den Benutzern in allen konsumrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zum Zweck der Risikominderung gewährt wird, insbesondere hinsichtlich Infektionsrisiken, Gefährlichkeit der mitgeführten BtM und Konsumart.		
	Erlaubnisbehörde bestimmt in einer Auflage, dass Träger und Personal des Drogenkonsumraums nicht für den Besuch des Raumes werben; Träger und Personal dürfen nur im Rahmen ihrer Aufklärungsarbeit Hinweise auf den Raum geben.	nicht überprüfbar	
Fragebogen	Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus muss das Fachpersonal über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Therapieangebote informieren und auf Wunsch Kontakte zu geeigneten Einrichtungen vermitteln; minderjährigen Drogenabhängigen sind in jedem Einzelfall Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen anzubieten, sie sind auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten hinzuweisen.		
Fragebogen	Erlass einer mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde abgestimmten Hausordnung, die die Benutzung des Raumes regelt.		
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen.		
	Es muss sichergestellt sein, dass Straftaten nach dem BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden und dass die Benutzer darauf hingewiesen werden. Das Fachpersonal muss angewiesen sein, diesen Hinweis erforderlichenfalls persönlich gegenüber den Benutzern zu wiederholen und die genannten Straftaten unverzüglich zu unterbinden.	nicht überprüfbar Fragebogen	
Fragebogen	Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.		
Fragebogen	Personen, die gegen die Hausordnung verstoßen, sind erforderlichenfalls von der Nutzung des Raumes ausschließen, wobei die Leitung des Raumes über die Dauer des Ausschlusses entscheidet.		
Fragebogen	Schriftliche Vereinbarung des Trägers des Raumes mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde über die Grundzüge der Zusammenarbeit.		
Fragebogen	Leitung des Raumes muss zur Polizei ständigen Kontakt halten und mit ihr ihre Maßnahmen abstimmen; bei Beeinträchtigung Dritter, bei Störung der öffentlichen Sicherheit oder bei zu erwartenden Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Raumes muss versucht werden, auf Benutzer sowie Anwesende einer sich abzeichnenden Szenenbildung mit dem Ziel einzuwirken, eine Verhaltensänderung zu erreichen.		
Fragebogen	Umfeldbeobachtung und Dokumentation besonderer Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung; rechtzeitige Einwirkung auf Benutzer bei Beeinträchtigungen Dritter, Störungen der öffentlichen Sicherheit oder zu erwartenden Straftaten.		
Fragebogen	Die Benutzung darf grundsätzlich nur volljährigen Personen gestattet werden, die aufgrund bestehender Drogenabhängigkeit über Konsumerfahrung verfügen.		
Fragebogen	Auszuschließen sind: 1. Minderjährige unter 16 Jahren 2. Erst- und Gelegenheitskonsumenten 3. Alkoholisierte oder durch andere Suchtstoffe in ihrem Verhalten beeinträchtigte Personen 4. Opiatabhängige, die sich in einer substitions-gestützten Behandlung oder in einer Behandlung aufgrund einer Genehmigung nach § 3 II BtMG befinden 5. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch den Konsum erfolgte Gesundheitsbeschädigung fehlt 6. Personen, die sich nicht ausweisen können.		
Fragebogen	In der Hausordnung ist zu regeln: 1. dass die Benutzer daraufhin zu überprüfen sind, ob sie dem zugelassenen Benutzerkreis angehören; 2. dass alle Benutzer die mitgeführten BtM einer Sichtkontrolle durch das Fachpersonal zuzuführen haben; 3. welche BtM konsumiert werden dürfen, wobei andere Mittel als Opiate, Kokain, Amphetamin und deren Derivate nicht zugelassen werden dürfen, und 4. welche Konsummuster geduldet werden, wobei ein anderer als intravenöser, oraler, nasaler oder inhalativer Konsum nicht zugelassen werden darf.		
Fragebogen	In Auflagen bestimmt die Erlaubnisbehörde, dass 1. die Arbeit in dem DK-Raum unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ständig zu dokumentieren und zu evaluieren ist; 2. dafür Tagesprotokolle zu fertigen sind (geschlechtsspezifische, altersbezogene Infos über Ablauf und Umfang der Kontakte mit den Benutzern, insbesondere über die bei Mdj. unterbreiteten Beratungsangebote, Zahl und Tätigkeit des Personals, einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sowie besondere Vorkommnisse); 3. die Tagesprotokolle zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Betriebszwecke auszuwerten sind; 4. über die Ergebnisse dieser Auswertung die untere Gesundheitsbehörde, die Polizei und die Gemeinde zu unterrichten sind und 5. die Monatsberichte auf Verlangen der Überwachungsbehörde vorzulegen sind.		
Fragebogen	Während der Öffnungszeiten: Anwesenheit von zuverlässigem und für die Erfüllung der Aufgaben fachlich ausgebildetem Personal in ausreichender Zahl; Einweisung des sonstigen Personals entsprechend seiner Aufgaben.		
	Die Leitung der Einrichtung muss sachkundig und in der Lage sein, die ihr obliegenden Aufgaben zu erfüllen. Sie ist als verantwortlich im Sinne von § 10 a II Nr. 10 BtMG zu benennen.	geprüft von Erlaubnisbehörde	
Fragebogen	Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal.		

5.4 Checkliste Nordrhein-Westfalen

Prüfen	NRW	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Tische und Stühle.		
Sicht	Räumliche Trennung von den übrigen Beratungseinrichtungen.		
Sicht	Ausreichende Beleuchtung.		
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit.		
Sicht	Gesonderte Wartebereiche.		
Sicht	Abwaschbare und desinfizierbare Wände, Böden und Einrichtungsgegenstände.		
Sicht	Stets gute Be- und Entlüftung.	n. überprüfbar	
Sicht	Stets sauberer Zustand der Räume, regelmäßige Desinfektion.		
	Ausreichender Vorrat an sterilen Einmalspritzen und Kanülen, Tupfern, Ascorbinsäure und Injektionszubehör.	nicht beurteilbar	
	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke.	Behälter vorh.?	
Sicht	Geeignete sanitäre Anlagen.		
Sicht	Jederzeitiger ungehinderter Zugang für Rettungsdienste.		
Fragebogen	Medizinische Notfallpläne, die ständig zu aktualisieren sind.	Dokumentation	
Fragebogen	Ständige Beobachtung der Nutzer durch regelmäßig in der Notfallversorgung geschultes Personal, das jederzeit eingreifen und im Bedarfsfall sofortige Reanimationsmaßnahmen sowie eine akute Wundversorgung durchführen können muss.		
Sicht	Für jeden Drogenkonsumraum: mind. 1 med. Notfallkoffer.		
Fragebogen	Ärztliche Hilfe und Beratung müssen unverzüglich erfolgen können.		
Fragebogen	Personelle Ausstattung muss so sein, dass die Abhängigen insbesondere bei akuten oder chronischen Krankheiten über Wundversorgung und über risikoärmeres Konsumverhalten einschließlich Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten BtM beraten werden können sowie eine erforderliche Krisenintervention geleistet werden kann.		
Fragebogen	Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus muss das Personal jeweils in der im konkreten Einzelfall angemessenen Weise über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote informieren und diese bei Bedarf vermitteln; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, sind die notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren.		
Fragebogen	Erlass einer mit den zust. Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden abgestimmten Hausordnung.		
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen.	Dokumentation	
Sicht	Ausdrücklicher Hinweis, dass Verstöße gegen das BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Einrichtung verboten sind und unverzüglich unterbunden werden.		
Fragebogen	Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.		
Fragebogen	Bei Verstoß gegen Hausordnung: Ausschluss von der Nutzung.		
	Keine Werbung, aber Hinweise im Rahmen der Aufklärungsarbeit.	nicht überprüfbar	
Fragebogen	Regelmäßiger Kontakt zu den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden (Grundzüge der Zusammenarbeit schriftlich festzulegen).		
Fragebogen	Umfeldbeobachtung und Dokumentation bes. Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung.		
Fragebogen	Nutzer dürfen nur volljährige Personen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung sein.		
Fragebogen	Jugendlichen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung darf der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder sich das Personal im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat.		
Fragebogen	Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten 2. Erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel intoxikierte Personen 3. Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitions-gestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen mangelnder Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.		
Fragebogen	Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamine oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ oder oral erfolgen.		
Fragebogen	Fortlaufende Dokumentation über den Betrieb des DK-Raums in anonymisierter Form, Datenschutz beachten, Tagesprotokolle fertigen, insbesondere mit folgendem Inhalt: Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des eingesetzten Personals, alle besonderen Vorkommnisse.		
Fragebogen	Daraus ist ein monatlicher Bericht zu erstellen und im Hinblick auf die Zielerreichung regelmäßig auszuwerten. Über die Ergebnisse sind die zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden zu unterrichten, Berichte sind der Überwachungsbehörde regelmäßig vorzulegen.		
Fragebogen	Während der Öffnungszeiten: Ständige Anwesenheit von ausreichendem Fachpersonal; die in der Erlaubnis festgelegte Zahl und die Qualifikation der für die Beratung der Konsumenten erforderlichen Mitarbeiter darf nicht unterschritten werden.		
	Die Leitungen der DK-Räume sind verantwortlich für die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Pflichten.		
Fragebogen	Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal, von einer näheren Substanzanalyse ist abzusehen.		

5.5 Checkliste Saarland

Prüfen	Saarland	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Räumliche Abgrenzung von der übrigen Drogenhilfeeinrichtung.		
Sicht	Sämtliche Flächen müssen aus glatten, abwaschbaren und desinfizierbaren Materialien bestehen.		
Sicht	Ausreichende Bereitstellung steriler Einmalspritzen, Tupfer, Ascorbinsäure, Injektionszubehör, Desinfektionsmittel sowie durchstichsicherer Entsorgungsbehälter.		
Sicht	Jederzeitiger ungehinderter Zugang für Rettungsdienste.		
Sicht	Ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, so dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.	möglich?	
Sicht	Es sind ständig technische Notfall-Vorrichtungen bereitzuhalten.		
Fragebogen	Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, der jederzeit umgesetzt werden kann, dem Personal zur Verfügung stehen muss und ständig zu aktualisieren ist.		
Fragebogen	Notfallplan beinhaltet auch die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals.		
Fragebogen	Medizinische Beratung und Hilfe bzgl. Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten BtM müssen gewährt werden und unverzüglich erfolgen können. Es muss mindestens eine Krankenpflegekraft beschäftigt werden, die auch für die Kontrolle des Notfallplanes und die Schulung des Aufsichts-Personals zuständig ist.		
Fragebogen	Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus müssen weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt und vermittelt werden; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, ist Hilfestellung zum Kontakt mit geeigneten Einrichtungen zu leisten.		
Fragebogen	Erlass einer mit dem Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmten Hausordnung.		
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen.		
Sicht	Aushang, dass Verstöße gegen das BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden.		
Fragebogen	Ständige Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal und unverzügliche Unterbindung von Handlungen, die der Vorbereitung oder Begehung von Straftaten gegen das BtMG dienen.		
	Träger und Personal dürfen für den Besuch des DK-Raums nicht werben.	n. überprüfbar	
Fragebogen	Enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden (Grundzüge schriftlich festzulegen).		
Fragebogen	Regelmäßiger Kontakt zu den zuständigen Polizeidienststellen (Umfeldbeobachtung und Dokumentation besonderer Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung).		
Fragebogen	Benutzung darf nur volljährigen Personen angeboten werden, die aufgrund bestehender BtM-Abhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben.		
Fragebogen	Jugendlichen darf der Zugang nur gestattet werden, wenn die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder aufgrund besonderer Umstände nicht vorgelegt werden kann und sich das Personal im Einzelfall nach besonderer Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat.		
Fragebogen	Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten 2. Alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel intoxikierte Personen 3. Opiatabhängige, die sich in einer substituitions-gestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgenden Gesundheitsschädigungen fehlt.		
Fragebogen	Benutzer müssen gefestigten Konsumentenschluss gefasst haben.		
Fragebogen	Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen.		
Fragebogen	Dokumentation über den Betrieb des DK-Raums, Datenschutz beachten, folgende Aspekte sind zu berücksichtigen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Konsumverhalten, Drogenpräferenz, Nutzungszahl und -frequenz, Gesundheitsschäden, AIDS und Hepatitis, Notfallsituationen, Wundversorgungen, Ausstiegsvermittlungen, Sicherheitsproblematik.		
Fragebogen	Das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales erhält jährlich einen Bericht dazu.		
Fragebogen	Während der Öffnungszeiten: Anwesenheit von persönlich zuverlässigem und fachlich ausgebildetem Personal in ausreichender Zahl.		
	Benennung einer sachkundigen Person und einer Vertretung, die für die Einhaltung sämtlicher Anforderungen und der Auflagen sowie Anordnungen des Ministeriums verantwortlich sind und die ihnen obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen können.		
Fragebogen	Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal, von einer näheren Substanztanalyse ist abzusehen.		

6 Beschreibung der Konsumräume

Die Beschreibung der einzelnen Drogenkonsumräume umfasst die örtliche Lage innerhalb einer Stadt, die Größe der Einrichtung und einen Überblick über unmittelbar an die jeweilige Einrichtung angeschlossene und weitergehende Hilfeangebote. In diesem Abschnitt werden auch die Inhalte der „Betreiber- / Leitungsinterviews“ wiedergegeben, in denen die Leitungen der Einrichtungen bestehende Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten aus ihrer Sicht skizziert haben. Sofern vorhanden (nicht alle angeschriebenen Polizeibehörden konnten für einzelne Konsumräume Stellungnahmen bereitstellen) werden auch die Stellungnahmen der Polizeidienststellen dargestellt. Die polizeilichen Stellungnahmen wurden teilweise zusammenfassend gekürzt und namentlich genannte Beschwerdeführer anonymisiert.

6.1 Konsumräume in Hamburg

Trotz rechtzeitiger Anfrage über die polizeiliche Beschwerdelage der Konsumräume DroBill, Ragazza, Café 3, Kodrobs und deren Umgebung liegen leider keine Stellungnahmen und Informationen der zuständigen Polizeibehörden vor.

6.1.1 Abrigado

Beschreibung der Einrichtung

Das Abrigado befindet sich dezentral im Stadtteil Hamburg-Harburg. Das Abrigado ist im Südteil der Stadt Hamburg die einzige niederschwellige Einrichtung mit integriertem Konsumraum. Es wurde im Mai 1994 mit zunächst 4 Plätzen zum intravenösen Konsum eröffnet. 1998 wurde das Abrigado dann baulich erweitert. Neben einem größeren Cafébereich sind seit Juni 1998 zusätzlich 4 Konsumplätze zum inhalativen Konsum eingerichtet worden. Seit Mai 2002 ist das Abrigado montags bis freitags von 13.30 bis 19.00 Uhr geöffnet. Am Wochenende bleibt die Einrichtung geschlossen. Bis zum Mai 2002 wurde auch sonntags geöffnet (13.30-19.00 Uhr). An Feiertagen wurde und wird geöffnet, wenn genügend Personal zur Verfügung steht. Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es wöchentlich ca. 320 Kontakte im Konsumraum (Berechnung: 1 Besuch im Konsumraum = 1 Kontakt), im Jahr 2000 betrug der Frauenanteil an den Kontakten im Konsumraum 14,4% (für 2001 keine Daten vorhanden).

Das Abrigado ist Anlaufstelle für viele Opiatabhängige im Süden Hamburgs. Schon im Vorfeld wurde der Standort sozialverträglich ausgesucht. Eine nach einem Jahr Betrieb durchgeführte Sozialverträglichkeitsuntersuchung, an der alle betroffenen Interessensgruppen des Stadtteils beteiligt waren, bestätigte die Wahl des Standortes, obwohl er sich auch in unmittelbarer Nähe einer Schule für Lernbehinderte befindet. Die Einrichtung ist nach eigener Aussage sehr gut mit anderen sozialen Einrichtungen des Stadtteiles vernetzt, es bestehen zum Teil sehr enge Kooperationen. Wegen der großen Nachfrage seitens der Abhängigen wurde 1998 der Kontaktbereich (Cafébereich) räumlich vergrößert und zusätzlich vier Konsumplätze zum inhalativen Konsum bereit gestellt.

Tabelle 6.1-1: Räumlichkeiten

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
1 Konsumraum (4 i.v.+ 4 Rauch-Plätze)	20
1 Krankenzimmer	12
1 Café mit Theke (erweitert Mitte 1998)	65
1 Beratungszimmer	10
1 Teamzimmer	17
1 Zwischenraum (Kopieren, Beratung)	10
1 Lagerraum	18
2 Duschen (Klienten), 2 WC (Klienten), 1 WC (Mitarb.), 1 Waschmaschinenraum	zusammen 10

Tabelle 6.1-2: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • kostenlose Kondome • Wundversorgung • Vermittlung von Schlafplätzen <p>Beratung / Vermittlung/ sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitlich-medizinische Beratung (HIV, Hepatitis, Entzug, Therapie) • „Safer-Use“-Beratung (praktische Ratschläge, um schädliche Nebenwirkungen zu minimieren) • Crackberatung • "Case Management" • Rechts-, Gesundheits-, Schuldnerberatung • Vermittlung von Ärzten, Therapien, Übergangssubstituten 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörigenberatung • Beratung in Verbindung mit Kindern (extern) • Beratungsstelle für Kinder mit drogenabhängigen Eltern • Zusammenarbeit mit staatlicher Beratungsstelle Knoopstr. • Insgesamt starke Einbindung in das Sozial-Hilfe-System des Stadtteils; intensive Vernetzung und Kooperation mit den vorhandenen Anlauf- / und Beratungsstellen

Tabelle 6.1-3: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Betreuungspersonal und Qualifikation / Wochenarbeitszeit
2 Sozialpädagogen à 40 Std.
2 Sozialpädagogen à 30 Std.
2 Krankenpfleger à 30 Std.
ca. 8 Honorarkräfte (fluktuierend) 60 Std.
Desinfektor/Hausmeister 25 Std

Für das Jahr 2002 wurde die Finanzierung um eine volle Stelle gekürzt, die zum Befragungstermin jedoch noch besetzt war.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Abrigado

In Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain und Crack hat aus Sicht der Leitung die Gewaltbereitschaft des Klientels zugenommen. Konflikte, die unter den Abhängigen „draußen“ entstanden sind, werden zunehmend in die Einrichtung getragen und müssen dann von den Angestellten deeskaliert werden. Dadurch werden Beratungskapazitäten zunehmend durch Kontrollaufgaben gebunden. Bisher ist jedoch noch darauf verzichtet worden, einen „Türdienst“ einzurichten, der den Zugang zur Drogenberatungsstelle steuert. Die Wartezeit für Konsumenten beträgt oft bis zu einer Stunde, wodurch Konflikte entstehen. Auch Kleindealerei im Umfeld der Einrichtung kann vom Personal nicht immer wirkungsvoll verhindert werden, da die Kontrollaufgaben innerhalb der Einrichtung schon einen Großteil der Ressourcen binden. Fallen solche Geschäfte auf, wird sofort eingeschritten.

Beschwerden der Anwohnerschaft wird mit aktiver Dialogbereitschaft begegnet. Das ist nach Ansicht der Leitung auch unbedingt nötig, um die Akzeptanz der Einrichtung zu erhöhen.

Gemessen an der tatsächlichen Nachfrage (nach eigenen Angaben besuchen 90–120 Personen die Einrichtung täglich), sind die vorhandenen Räumlichkeiten zu begrenzt, da sie für etwa 50 Personen konzipiert sind. Durch eine Kürzung der finanziellen Mittel für das Jahr 2002 müssen derzeit die Ausgaben für Sachkosten drastisch reduziert werden.

Drogenkonsumraum „Abrigado“ aus Sicht der Polizei (Stellungnahme von der Polizeidirektion Süd vom 29.05.2002):

„Im Bereich der PD Süd (PK 46) befinden sich die Drogenhilfeeinrichtung „Abrigado“, Träger: freiraum hamburg e.V., welche 1994 als erster stationärer Gesundheitsraum nach dem Billstedter ‚Drugmobil‘ eröffnet wurde. Von Beginn an wurden Anwohner sowie Vertreter im Umfeld befindlicher Institutionen an einem sogenannten „Runden Tisch“ über die Drogenhilfeeinrichtung aufgeklärt, und Beschwerden wurden unmittelbar abgearbeitet. Diese lagen im Bereich Kfz-Kriminalität, Raub, Vermüllung und Belästigung. Eine statistische Erfassung durch die Polizei fand nicht statt. In den Jahren 1998 und 2002 wurden je zwei Strafanzeigen gestellt. 1998 zweimalig wegen Verunreinigung im Umfeld des „Abrigado“ durch Btm-Utensilien und 2002 zweimalig wegen Btm-Erwerb im Abrigado.“

6.1.2 Fixstern

Beschreibung der Einrichtung

Der Fixstern befindet sich im Schanzenviertel und gehört zu den „zentralen“, das heißt „szenenahen“ niederschweligen Drogenberatungsstellen mit integriertem Konsumraum Hamburgs. Der Fixstern wird ebenso wie das Abrigado vom Verein freiraum hamburg e.V. betrieben.

Eröffnet wurde der Fixstern im August 1995 mit sechs Plätzen zum intravenösen Konsum, seit 1998 bestehen drei zusätzliche Rauchplätze. Alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen intravenös und inhalativ appliziert werden. Nicht erlaubt ist der Konsum von Alkohol und Cannabis. Derzeit wird etwa zu 66% intravenös konsumiert; inhalativ zu etwa 33% der Gesamtzeit. Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es wöchentlich etwa 380 Kontakte im Konsumraum und 1260 Besuche (Kontakte) im Cafébereich des Fixstern (Berechnung: 1 Besuch im Konsumraum = 1 Kontakt), im Jahr 1999 betrug der Frauenanteil an den Kontakten im Konsumraum 17,8%.

Seit Mai 2002 hat der Fixstern an folgenden Tagen geöffnet: Montag (14.00-20.00 Uhr), Dienstag (10.00-20.00 Uhr), Mittwoch nur für Frauen (10.00-14.00 Uhr), Donnerstag (10.00-20.00 Uhr), Freitag (10.00-20.00 Uhr) und Samstag (14.00-19.00 Uhr). Wenn möglich (bei genügend Personal) wird auch feiertags geöffnet, sonntags ist der Fixstern geschlossen.

Tabelle 6.1-4: Räumlichkeiten

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
1 Konsumraum (6 i.v. -Plätze)	20
1 Konsumraum (3 Rauch-Plätze)	12
1 Krankenzimmer (direkt angeschlossen)	8
1 Café mit Theke	70
1 Beratungszimmer	10
1 Teamzimmer	50
1 Wäschekammer	6
Duschen, WCs	zusammen ca. 10

Tabelle 6.1-5: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprizentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • kostenlose Kondome • Medizinisch / pflegerische Grundversorgung (Wundversorgung, Venenpflege, Verbandswechsel) • Vermittlung von Schlafplätzen • Notfallprophylaxe (Notfällen vorbeugen, evtl. Konsumenten sogar die Injektion im Drogenraum verweigern; Auf Notfälle vorbereiten, durch Drogennotfallschulungen der Mitarbeiter) • Postanschrift für Wohnungslose <p>Beratung / Vermittlung/ sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitlich-medizinische Beratung (HIV, Hepatitis, Entzug, Therapie) • „Safer-Use“-Beratung • Krisenintervention • Beratung abhängiger schwangerer Frauen, abhängiger Mütter • Crackberatung • Rechts-, Gesundheits-, Schuldnerberatung • Angehörigenberatung • Vermittlung von Ärzten, Therapien, Übergangssubstituten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung an alle Einrichtungen aus dem „Kursbuch Sucht“ Hamburgs, in dem alle Hilfeangebote zusammengefasst dargestellt sind. • Unter dem Grundgedanken der Kooperation wird an alle Träger – je nach individueller Notwendigkeit – weitervermittelt.

Tabelle 6.1-6: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Betreuungspersonal und Qualifikation / Wochenarbeitszeit
6 Sozialpädagogen / Sozialarbeiter à 38,5 Std.
2 Sozialpädagogen / Sozialarbeiter à 19,5 Std.
3 Krankenpfleger à 38,5 Std.
ca. 18 Honorarkräfte ca. 90 Std.
Desinfektor/Busfahrer (externer Spritzentausch) 38,5 Std

Es wird im Rotationsverfahren gearbeitet, sodass alle hauptamtlichen Angestellten alle anfallenden Aufgaben in der Beratungsstelle im Stundenrhythmus wechselseitig übernehmen.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Fixstern

Aus Sicht der Leitung gibt es verschiedene Problembereiche. Das Hauptproblem bestehe in der chronischen Überbelastung der Einrichtung: Konzipiert für 50 Kontakte/Tag gebe es in der Vergangenheit bis zu 500 Kontakte/Tag. Durch einen „Türdienst“ könne die Situation innerhalb der Beratungsstelle etwas entspannt werden, die Szenebildung in unmittelbarer Umgebung der Beratungsstelle habe sich jedoch weiterhin deutlich verstärkt. Durch die Auflösung der offenen Szene am Hauptbahnhof kämen zahlreiche Abhängige jetzt zum Fixstern. Es entstünden hierdurch Folgeprobleme:

- Die Ressourcen für Beratung seien durch Aufsichtsfunktionen sehr gebunden. Große Probleme bestünden mit aggressiven Crack-Rauchern: Für diese Zielgruppe fehlten spezielle Angebote mit reizarmer Umgebung (z. B. Tagesschlafplätze, Akupunkturplätze).
- Dementsprechend seien auch die Räumlichkeiten zu eng. Gemessen an der Nachfrage müsse noch mindestens eine weitere, zweite Drogenberatungsstelle mit integriertem Konsumraum in der Nähe eröffnet werden.
- Wegen der teils recht langen Wartezeiten würden viele Crack-Konsumierende auch direkt vor der Tür rauchen, Abhängige, die Heroin konsumieren, gingen oftmals für den Konsum in den nahen Park.

Von der Anwohnerschaft gebe es durch die veränderte Situation zahlreiche Beschwerden.

Drogenkonsumraum „Fixstern“ aus Sicht der Polizei (Stellungnahme von PK 016.2/BTM vom 04.06.02):

„Im Bereich PK 16 wurde im Juli 1995 durch die BAGS ein Drogenkonsumraum errichtet. Bei diesem handelt es sich um den ‚Fixstern‘, Träger ist freiraum hamburg e.V.

Der ‚Fixstern‘ wurde zunächst vergleichsweise offen vom Stadtteil aufgenommen; Beschwerden oder Befürchtungen gingen nur vereinzelt am PK 16 ein. Seitens der Geschäftsführung wurde der Kontakt zu Anwohnern, Geschäftstreibenden und der Polizei gesucht. Es gab Gesprächsangebote in Form eines ‚Runden Tisches‘. Mit dem PK 16 gab es zudem gesonderte Gespräche, insbesondere vor dem Hintergrund der rechtlichen Stellung der Einrichtung im Zusammenhang mit dem BtMG und im Zuge dessen hinsichtlich des polizeilichen Einschreitens in und an der Einrichtung.

Die Einrichtung war ursprünglich für 50-60 Kontakte täglich ausgelegt, erreichte aber später Kontakte in Höhe von 250-300 Personen, die den „Fixstern“ aufsuchten. Dies führte zu einem Anstieg der Beschwerden der Anwohner am Flora-Park, da Konsumenten, die vor der Einrichtung zu lange warten mussten, auf diesen Bereich und später in den Unterstand hinter der ‚Alten Flora‘ auswichen.

Die Drogenszene am „Fixstern“ ist stets im Zusammenhang mit der Thematik „Flora“ zu sehen. So bot die Flora zum einen räumliche Gelegenheit (Unterstand/Seiteneingang) für die Szene, als auch Unterstützung der Konsumenten beim Einschreiten der Polizei in Form von Störungen durch Angehörige der ‚Linken Szene‘. Die Konsumentenszene wechselte je nach polizeilicher Präsenz und Zielrichtung der polizeilichen Maßnahmen die Örtlichkeit.

Bis zum März 1998 wuchs die Drogenszene spürbar an. Dabei wurden im Bereich Schulterblatt/Juliusstr./Lippmannstr. bis zu 20 schwarzafrikanische Dealer und 50 Konsumenten in den Bereichen ‚Fixstern‘ und ‚Flora‘ festgestellt. Bereits im Vorwege stieg die Beschwerdezahl drastisch an. Hierbei störte die Geschäftstreibenden die ausbleibende Kundschaft und die Anwohner die Konsumenten in den Hauseingängen und Hinterhöfen. Beide Gruppen beschwerten sich über die ansteigende Beschaffungskriminalität.

Auch den Betreibern der Einrichtung wurde die Konsumentenzahl zu hoch, so dass der ‚Fixstern‘ im März 98 wegen Überlastung für ca. 4 Wochen geschlossen wurde. Dies führte zum einen zu einer Verlagerung zum Unterstand, zum anderen zu einer höheren Belastung der übrigen Straßenzüge im Schanzenviertel. Diese Auswirkungen wurden während einer umbaubedingten Schließung im Februar 1999 ebenfalls festgestellt.

Seitens der Polizei wurde stets auf den Beschwerdeanstieg mit entsprechenden Maßnahmen reagiert, was auch zu meist kurzfristig, gelegentlich aber auch zu längerfristigen Entlastungen des Quartiers führte. Zudem reagierten Polizei und ‚Fixstern‘ auf die Konsumentenlage mit zusätzlichen Kontakten und der Teilnahme an der AG Drogen der SteG. Hier wurden u. a. Maßnahmen der betroffenen Behörden und Einrichtungen koordiniert.

Bis zum Herbst 2000 stieg die Konsumentenzahl in den genannten Bereichen mehrfach an und sank aber auch wieder deutlich. Entsprechend verhielt es sich mit der Beschwerdezahl. Dabei wurden die Beschwerden aus einem einzelnen Wohngebäude massiver, so dass hier die Einrichtung mit der Einsetzung eines Sicherheitsdienstes bis März 2001 reagierte und sich die Lage merklich entspannte; zusätzlich wurden die Crack-Raucher aus der Einrichtung ausgeschlossen, da sie ein anderes Konsumverhalten zeigen. Diese Szene wick auf andere Bereiche aus. Dabei wurden vermehrt Konsumenten an der Flora (Portal/Unterstand) festgestellt. Zudem entwickelte sich eine Streulage (Susannenstr./Schanzenstr.). Auch dies wurde anhand der Beschwerden deutlich.

Über die Wintermonate gab es lediglich einzelne Beschwerden zu nächtigenden Konsumenten in Hausfluren und Dachböden. Im Frühjahr 2001 stieg die Zahl der Konsumenten erneut an. Dabei hielten sich diese häufig im Flora-Park auf. Dies führte zu massiven Beschwerden bis hin zur Drohung mit einer Bürgerwehr.

Verschärft wurde die Situation durch die massive Polizeipräsenz in St. Georg, die zu einer Verdrängung von Konsumenten in das Schanzenviertel führte. Durch polizeiliche Maßnahmen seitens der zwischenzeitlich eingerichteten AR/BTM des Ereignisgebiets Sternschanze wurde die Szene aus dem Flora-Park zum „Fixstern“ verdrängt. So stieg die hiesige Beschwerdezahl erneut an. Ein ab November 2001 vom Träger eingesetzter Sicherheitsdienst entspannte die Lage bis Februar 2002 vor dem Eingang der Einrichtung erneut.

Zuletzt stieg die Anzahl der Beschwerden am Fixstern/Flora-Park im Mai massiv an, so dass nun bis auf weiteres SPE-Maßnahmen mit Zusatzkräften u. a. im Park durchgeführt werden. Unter den Petenten gibt es für die genannten Bereiche auch einzelne Anwohner, die vermehrt Beschwerden

abgeben. Ergänzend sei erwähnt, dass eine Vielzahl an Beschwerden auch an die Einrichtung selbst herangetragen werden (Gesprächsrunden mit Anwohnern u. Gewerbetreibenden / Öffentlichkeitsveranstaltungen / AG Drogen).“

6.1.3 Drob Inn

Beschreibung der Einrichtung

Das Drob Inn ist die „szenenaheste“ niederschwellige Kontakt- und Beratungseinrichtung mit integriertem Konsumraum Hamburgs und befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof. Der Fußweg von dort aus dauert maximal fünf Minuten.

Das Drob Inn mit dem integrierten Drogenkonsumraum wurde in der jetzigen Form im Dezember 1997 geöffnet. Die Einrichtung ist in zusammengeführten Containern untergebracht. Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Beratungsstelle hat der Trägerverein Jugendhilfe e.V. 1998 eine Broschüre¹¹ über das Drob Inn herausgegeben, in der die Einrichtung (auch die Entstehungsgeschichte) vorgestellt wird. In der Broschüre wird das bestehende Hilfeangebot beschrieben. Sie bietet darüber hinaus Informationen zu prinzipiellen Fragen und Problemen in Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen in Hamburg. Die Homepage des Vereins wird zur Zeit noch erstellt, sie bietet eine Übersicht über Projekte des Vereins und Ansprechpartner: <http://www.jugendhilfe.de> (7/2002).

Die Kapazitäten des Konsumraums wurden bereits erweitert. Bis Juni 1998 gab es zunächst 5 i.v.-Konsumplätze und 3 Rauchplätze, seit Juli 1998 vormittags 7 i.v.-Konsumplätze und drei Rauchplätze, nachmittags (Montag-Freitag) wird die Kapazität z. Zt. durch einen Bus auf 10 i.v.-Konsumplätze und 4 Rauchplätze erhöht. Alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen intravenös und inhalativ appliziert werden, nicht erlaubt ist der Konsum von Haschisch und Alkohol. Die aktuellen Öffnungszeiten seit Februar 2001 sind Montag (09.00-19.00 Uhr), Dienstag (14.30-19.00 Uhr), Mittwoch bis Freitag (09.00-19.00 Uhr) und Samstag (11.00-16.00 Uhr). Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es wöchentlich etwa 1220 Kontakte im Konsumraum (Berechnung: 1 Besuch im Konsumraum = 1 Kontakt) und etwa 4390 Kontakte im Kontaktcafé.

Im Interview mit der Leitung des Drogenkonsumraums wurde seitens der Leitung betont, dass die Auseinandersetzung mit dem Problem Hepatitis C ein wichtiges, dauerhaftes Thema innerhalb der Einrichtung sei. Wegen der Gefahr einer Hepatitis C Infektion für die Mitarbeiter wurde der Spritzentausch technisch so gestaltet, dass eine (unbeabsichtigte) Verletzung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beim Spritzentausch ausgeschlossen ist (zusätzliche Plexiglasscheiben).

Um den Cafébereich zu entlasten, ist der Spritzentausch so organisiert, dass sich Opiatabhängige an ein Außenfenster anstellen müssen, durch welches der Spritzentausch abgewickelt wird. So müssen Opiatabhängige, die ausschließlich Spritzen tauschen wollen, erst gar nicht in den Cafébereich kommen.

In der Zeit von Montag bis Freitag Nachmittag kommt zusätzlich ein Bus zur Einrichtung, in dem ebenfalls ein Drogenkonsumraum eingerichtet ist. Die Einrichtung wird seit einiger Zeit finanziell durch ein Kreditinstitut unterstützt. Mit den Spenden wird zum Teil der Betrieb der Küche bestritten.

¹¹ Drob Inn Hamburg, Jugendhilfe e.V. [Hrsg.]. 1998. *Drob Inn. Mehr als 10 Jahre*. Hamburg

Tabelle 6.1-7: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
1 Konsumraum (7 i.v. –und 3 Rauchplätze)	55
1 Küchenbereich (mit Lager und Toilette)	80
1 Cafébereich mit Theke (inkl. Wäscheraum, Kleiderkammer, 4 Klientenduschen, 4 Kliententoiletten)	200
1 Spritzentausch	17
1 Krankenpflegezimmer	zusammen
1 Arztzimmer (durch Tür verbunden)	34
1 Teamzimmer	45
2 Lagerräume	zusammen 32
4 Büro- und Verwaltungsräume	zusammen 85
sanitäre Anlagen für Mitar. (4 Toiletten)	zusammen 34
2 Beratungszimmer	zusammen 68

Tabelle 6.1-8: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • kostenlose Kondome • Ärztliche Akut- und Grundversorgung (alle Krankheiten / gesundheitlichen Probleme in Zusammenhang mit Drogen, auch hausärztliche Grundversorgung) • Vermittlung von Schlafplätzen • Postanschrift für Wohnungslose • Substitution <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinisch-ärztliche Beratung und Hilfe (HIV, Hepatitis, Entzug, Therapie) • „Safer-Use“-Beratung • Krisenintervention • Weitervermittlung in Wohnprojekte • Crackberatung • Grundinformationen zur Rechts-, Gesundheits-, Schuldnerberatung • Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Institutionen (im Einzelfall auch Begleitung) • Überweisung zu anderen Ärzten, Therapien, Übergangssubstituten <p>Grundgedanke: Durch das niederschwellige Angebot soll eine Sozialisation für ausstiegsorientiertes Angebot stattfinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung an alle Einrichtungen aus dem „Kursbuch Sucht“ Hamburgs, in dem alle Hilfeangebote zusammengefasst dargestellt sind. • Schwerpunkte sind: <ul style="list-style-type: none"> – Entgiftung – spezielle Beratungsformen z. B. für Ausländer – Therapieeinrichtungen – Wohneinrichtungen Im Rahmen von Beratungsgesprächen werden die Kontakte zusammen mit den Opiatabhängigen hergestellt.

Tabelle 6.1-9: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Betreuungspersonal und Qualifikation / Wochenarbeitszeit (nicht vollständig)
1 Leitung der Einrichtung à 38,5 Std.
9,25 Stellen für Sozialpädagogen / Sozialarbeiter à 38,5 Std.
1,5 Stellen für den Bus à 38,5 Std
studentische Honorarkräfte ca. 240 Std.
Arzt / Ärztin (Stellenschlüssel unbekannt)
Krankenpflegerin / Krankenpfleger (Stellenschlüssel unbekannt)
Verwaltungskräfte (Stellenschlüssel unbekannt)
Küchenpersonal (Stellenschlüssel unbekannt)
Reinigungskräfte (Stellenschlüssel unbekannt)

Es wird im Rotationsverfahren gearbeitet, so dass die hauptamtlichen Angestellten anfallende Aufgaben wechselseitig übernehmen.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Drob Inn

Die von der Leitung beschriebenen Probleme beziehen sich vor allem auf weitergehende Therapiemöglichkeiten der Opiatabhängigen. Die personelle und finanzielle Ausstattung der Einrichtung wird als zufriedenstellend bezeichnet. Wünschenswert wäre ein weiterer Konsumraum, der ausschließlich Kokainkonsumierenden zur Verfügung steht, um Konflikte (vor allem wegen der Lautstärke) zwischen „Fixern“ und „Koksern“ zu minimieren. Bei der gegenwärtigen Auslastung stünden räumliche Reserven nicht mehr bereit, um beispielsweise eine Akupunkturbehandlung für Crack-Konsumierende zu ermöglichen.

Verbesserungsbedarf bestehe für folgende Punkte:

- Die Wartezeit für eine Entgiftung beträgt bis zu 20 Wochen (Durchschnitt 5-10 Wochen). Das sei zu lang, wenn sich jemand entschlossen habe, zu entgiften.
- Um für eine ausstiegsorientierte Therapie das Kostenverfahren abzuschließen, werden mindestens 2 Monate benötigt.
- Die AUB-Richtlinien¹² sollten aufgehoben werden, da Opiatabhängige neben der Sucht zusätzlich schwerwiegend erkrankt sein müssen, um substituiert werden zu dürfen.
- Dringender Handlungsbedarf bestehe bei nicht-deutschen Opiatabhängigen, die komplett durch das Drogenhilferaster fallen.
- Szenenahe niederschwellige Einrichtungen sollten ausgebaut werden (kleinere Einheiten, auch wegen der Szeneansammlungen, dafür aber mehr).
- Für Crack-Konsumierende fehlen Tages- und Nachtruhemöglichkeiten.
- Der Hepatitis-C Problematik werde insgesamt wenig Aufmerksamkeit geschenkt, sie sei im Drob Inn jedoch ständiges Thema.

¹² Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen, Anlage A (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, „AUB-Richtlinien“, siehe Anhang). Mittlerweile ist eine Änderung der AUB-Richtlinien in Planung. Danach ist das Vorliegen einer zusätzlichen Krankheit keine Voraussetzung zur Aufnahme in einer substitutionsgestützten Behandlung.

Insgesamt sei das Hamburger Hilfesystem in Ordnung, jedoch könnten die Zugangsmöglichkeiten bei weiterführenden Angeboten verbessert werden.

Drogenkonsumraum „Drob Inn“ aus Sicht der Polizei (Stellungnahme des Polizeikommissariats 11 vom 03.06.2002):

„Im Bereich des PK 11 ist die Drogenhilfseinrichtung „Drob Inn“ seit September 1987 an verschiedenen Standorten ansässig. Zunächst ab September 1987 in der Stiftstraße (Angebote: Drogenberatung und Café), anschließend ab Januar 1990 Kirchenallee 26 (Angebote: Drogenberatung, Café, ärztliche Erstversorgung, Spritzentausch und ab 1993 zusätzlich ein Konsumraum) und seit November 1997 Kurt-Schumacher-Allee 42 (Angebote: wie in der Kirchenallee, zusätzlich ein zweiter Konsumraum, ab Oktober 2001 zusätzlich ein Crack – Raucherbus in der Zeit von 14.00 – 19.00 Uhr). Die Standorte Stiftstraße und Kirchenallee wurden jeweils nach den Umzügen als Standort der Hilfeinrichtung aufgegeben.

Bereits vor der Einrichtung der Drogenhilfseinrichtung gab es über die im Bereich St. Georgs aufhältlichen zahlreichen Konsumenten / Dealer Bürgerbeschwerden. Insbesondere wurden Grünanlagen, Tunnelanlagen und Hauseingänge für den Konsum genutzt. Für die Jahre 1990 bis 1995 können daher keine Zahlen geliefert werden. Eine detaillierte Auswertung der Beschwerden erfolgte am PK 11 erst ab 1996 (siehe Abbildung).

Die aufgeführten Beschwerden für die Jahre 1996 bis 2002 sind größtenteils Bürgerbeschwerden, welche telefonisch eingegangen sind. Die Übersichten beschränken sich auf Beschwerden aus dem unmittelbaren Umfeld der Hilfeinrichtung. Weitere Beschwerden aus dem weiteren Umfeld / dem sonstigen Reviergebiet sind hier nicht enthalten.

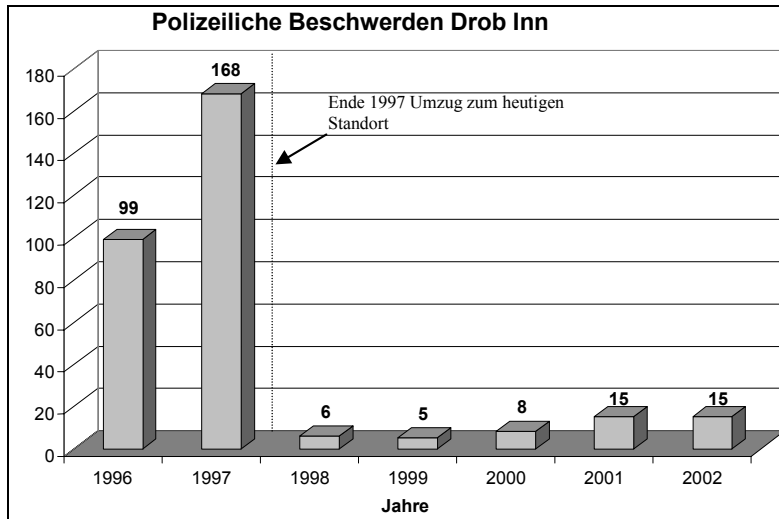


Abbildung 6.1-1: Anzahl der bei der Polizei eingegangenen Besschwerden über das Drob Inn

Für den Standort Stiftstraße können keine Aussagen mehr gemacht werden. Am Standort Kirchenallee gab es massive Beschwerden durch Gewerbetreibende in der Nachbarschaft des Drob Inn, z. B. dass der gemeinsame Hauseingang der Moschee ständig durch Konsumenten versperrt war und anliegende Hotels Beschwerden über Konsumenten / Dealer, die vor den Hoteleingängen in Gruppen herumstehen und Gäste belästigen, bekannt geben. Die Betreiber klagten über erhebliche Umsatzeinbußen. Ein Schreibwarengeschäft verzeichnete einen deutlichen Umsatzrückgang durch die Belästigung von Kunden durch herumstehende Konsumenten / Dealer. Der Inhaber machte die Drogenszene rund um die Hilfeinrichtung für die Geschäftsaufgabe verantwortlich.

In der Kurt-Schumacher-Allee kam es ebenfalls zu verschiedenartigen Beschwerden. Dabei gab es massive Beschwerden der Anlieger eines Hauses in dem sich die Mieter und der Eigentümer über den Standort der Hilfeinrichtung, die Vermüllung der Parkanlage, Konsumenten, die in den Eingängen, auf den Parkplätzen und in der Parkanlage BTM konsumieren und Belästigung von Angestellten durch Szeneangehörige sowie über vermehrte Straftaten im Umfeld (z. B. Kraftfahrzeugaufbrüche) beklagten. Der Eigentümer des Bürohauses machte die Drogenhilfeinrichtung in Verbindung mit der dort aufhältlichen Drogenszene für den Verfall der Immobilienpreise verantwortlich. Weitere Beschwerden der Verantwortlichen des Museums für Kunst und Gewerbe über Konsumenten / Dealer im Umfeld des Museums und über Konsumenten, die sich während der Bauarbeiten im Bereich der Baustellen aufhielten konnten verzeichnet werden. Die Schulleitung und die Elternvertreter der Schwerhörigenschule Schulweg beklagten die Belästigungen der Schüler auf dem Weg vom Hauptbahnhof zur Schule.“

(Da es im Drob Inn tatsächlich nur einen Konsumraum gibt (Besichtigung), muss der Polizei bei der Darstellung des Drob Inn ein Fehler unterlaufen sein. Das Drob Inn verfügt seit seinem Umzug an die Kurt-Schumacher-Allee ab November 1997 über das Angebot eines Drogenkonsumraums für i. v.- und Rauchkonsum. Der zusätzliche Bus für Rauchkonsum (nicht nur für Crack) wurde im August 2001 eingerichtet.)

6.1.4 Kodrobs Altona

Das „Kodrobs“ befindet sich im Hamburger Stadtteil Altona, sehr weit entfernt von der Drogenszene.

Das Kodrobs Altona existiert seit 1982, zunächst als Teil der Geschäftsstelle. Nach einem Umzug in weitere Räumlichkeiten gibt es die Drogenberatungsstelle seit 1994 in den heutigen Räumen. Der Drogenkonsumraum wurde im September 1998 mit 6 Plätzen eröffnet. Erlaubt ist der intravenöse Konsum von Heroin, Kokain und deren Derivaten. Nicht erlaubt ist der Konsum von Alkohol und Cannabis, sowie der inhalative Konsum. Heroin wird zu 30% konsumiert, Cocktails (Mischungen mit verschiedenen Grundsubstanzen, die auch Tabletten enthalten können) zu 30% und Kokain zu 40%. Geöffnet ist das Kodrobs Altona von Montag bis Dienstag und von Donnerstag bis Freitag jeweils von 10.00-19.00 Uhr. Wöchentlich gab es im Jahr 2001 durchschnittlich etwa 90 Kontakte im Konsumraum und im Jahresschnitt 2000 etwa 380 Kontakte im Kontaktcafé (Berechnung 1 Besuch = 1 Kontakt; hier liegen für 2001 keine Daten vor). Träger der Einrichtung ist der Verein jugend hilft jugend e.V. Informationen über die Beratungsstellen des Vereins werden unter <http://www.jugendhilft-jugend.de> (7/2002) angeboten.

Tabelle 6.1-10: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
1 Konsumraum (6 i.v.-Plätze) mit abgeschlossenen Arztzimmer	zusammen ca. 35
1 Cafébereich mit Theke 5 Beratungszimmer 3 „Funktionsräume“ (inkl. Wäscheraum, Kleiderkammer, Klientendusche, Kliententoilette) 1 Küchenbereich mit Theke 1 Teamzimmer	zusammen ca. 270

Tabelle 6.1-11: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • medizinische Wundversorgung • Vermittlung von Schlafplätzen • Postanschrift für Wohnungslose • Substitution 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung in ambulante Therapie • Vermittlung in Arbeitsprojekte • Vermittlung in betreute Wohngemeinschaften
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen nach vorheriger Anmeldung (evtl. Terminabsprache): <ul style="list-style-type: none"> • Suchtberatung • Therapievorbereitung • psychosoziale Betreuung • Suchtbegleitung 	

Tabelle 6.1-12: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Betreuungspersonal und Qualifikation/ Wochenarbeitszeit
Für den Konsumraum: 1 Krankenpfleger à 29 Std. 1 Heilpraktiker à 29 Std. 1 Altenpfleger à 19 Std.
Wie viele Menschen gewöhnlich während der Woche in der Einrichtung arbeiten, darüber konnte die Leitung keine Auskunft geben. Es gebe für drei Beratungsstellen insgesamt einen Pool von 18 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Kodrobs

Die Leitung der Einrichtung ist mit dem in Hamburg bestehenden Hilfesystem zufrieden. Es gebe jedoch seitens von Trägern zu wenig Flexibilität bezüglich der Gestaltung von Drogenhilfekzepten. In der klassischen Beratung fehle Personal, das System sei zu stark medizinisch orientiert. Es gebe Konsumenten, die seit 10 Jahren substituiert werden, ohne dass sich an deren Perspektive etwas ändere. Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die gleichzeitig eine Suchtproblematik haben, fielen durch das System. *(Die Leitung machte im Interview keine Angaben, ob es Versuche gegeben hat, speziell die Situation der angesprochenen Gruppe [der seit über 10 Jahren Substituierten] zu verändern.)*

6.1.5 Stay Alive

Beschreibung der Einrichtung

Das Stay Alive wird ebenso wie das Drob Inn vom Verein jugendhilfe e.V. betrieben. Eine tabellarische Übersicht über die verschiedenen Projekte des Trägers mit Adressen und Kontaktpersonen findet sich im Internet unter <http://www.jugendhilfe.de> (7/2002). Die Kontakt- und Beratungsstelle wurde 1996 am jetzigen Standort eröffnet, im September 1998 kam der Konsumraum hinzu. Es sind 6 Plätze für den intravenösen Konsum und 2 Raucherplätze eingerichtet. Alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen intravenös und inhalativ appliziert werden, nicht erlaubt ist der Konsum von Haschisch und Alkohol. Öffnungszeiten: Montag von 11.30-19.30 Uhr, Dienstag bis Freitag 13.00-19.30 Uhr, feiertags wird von 13.00-19.30 geöffnet. Die Öffnungszeiten wurden so eingerichtet, dass die Beratungsstelle geschlossen wird, wenn die Vergnügungsangebote St. Paulis eröffnen. Wöchentlich gab es im Durchschnitt (2001) etwa 240 Kontakte im Konsumraum und 500 Kontakte im Kontaktcafé, der Frauenanteil an den Kontakten im Konsumraum betrug 10,8% (Berechnung 1 Besuch = 1 Kontakt).

Die Einrichtung liegt direkt im Stadtteil St. Pauli. Der Konsumraum ist Teil eines schon vor Eröffnung des Konsumraums bestehenden Beratungsangebotes. Ursprünglich gab es nur das Beratungsangebot, der Gesundheitsraum ist erst später dazugekommen. Die Räume der Einrichtung erstrecken sich inklusive Keller über drei Etagen.

Tabelle 6.1-13: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Erdgeschoss	
1 Konsumraum (6 i.v.- und 2 Rauchplätze)	zusammen ca. 35
Cafébereich mit Theke, Mitarbeiter Toiletten	45
Küche	18
Spritzentausch (mit Vorraum)	22
Kellergeschoss	
Behandlungszimmer Arzt	12
Beratungszimmer	9
Kleiderkammer	6
2 Toiletten (Klienten), 1 Dusche, Flur mit Waschmaschine und Trockner)	zusammen 10
1. Etage	
Teamzimmer	20
Verwaltungszimmer / Büro	13
Teeküche, Toiletten (Mitarb.)	10
Mitarbeiterbüro	11

Tabelle 6.1-14: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • medizinische Wundversorgung • Vermittlung von Schlafplätzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an alle Drogenhilfe- / Therapieeinrichtungen weitervermittelt (inkl. Klärung der Kostenübernahme). • Schuldenberatung • Rechtsberatung • Vermittlung in Arbeitsprojekte • Vermittlung in Wohnprojekte
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • Beratung (in türkischer Sprache) • Gruppenangebote (z. B. Frühstück, Malen) • Infoveranstaltungen über die Beratungsstelle • Suchtberatung • Krisenintervention • Therapieberatung • Therapievermittlung • Beratung bezüglich Sozial- und Arbeitsamt • Ärztliche Grundversorgung (3x pro Woche) 	

Tabelle 6.1-15: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Stellenplan/ Wochenarbeitszeit (gesamte Beratungseinrichtung)
1 Leitung der Einrichtung à 38,5 Std.
6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen à 38,5 Std. (7 Personen)
1 Arzt à 19,25 Std.
1 Krankenpflege à 19,25 Std.
1 Verwaltungskraft à 38,5 Std.
1 Hausmeister / Desinfektor à 19,25 Std.
1 Koch / Hauswirtschaft à 19,25 Std.
Studentische Honorarkräfte zusammen ca. 97,5 Std.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung

Aus Sicht der Leitung könnte (entsprechende personelle Ressourcen vorausgesetzt) die Einzelbegleitung bei der Suchtberatung verbessert werden (intensivere Beratung, Ämtergänge, Anfragen nach Betreuung aus Gefängnissen, denen z.Zt. nicht nachgekommen werden kann). Besonderen Handlungsbedarf sieht die Leitung bei den Wartezeiten für eine Entgiftung, die derzeit bei etwa 8 Wochen liegen. Es sollte, ähnlich wie in NRW, die Möglichkeit von „Therapie sofort“ geben, um Menschen, die den festen Entschluss zum Ausstieg gefasst haben, entsprechende Hilfeangebote aufzeigen zu können. Die Vermittlung von Notschlafstellen für denselben Tag gestalte sich mitunter sehr schwierig. Dort sei das Angebot in Hamburg zu eingeschränkt, um dem tatsächlichen Bedarf nachkommen zu können.

Grundsätzlich gebe es wenig Hilfemöglichkeiten speziell für Crack-Konsumierende. Auch sei derzeit die Finanzierung eines Akupunktur-Angebotes unklar (Sozialämter zahlen die Maßnahme, Krankenkassen nicht). Obwohl es sich beim Stay Alive um eine Beratungsstelle mit einem speziellen

Hilfeangebot in Zusammenhang mit illegalen Drogen handele, kämen auch Opiatabhängige mit einer gleichzeitig bestehenden Alkoholproblematik ins Kontaktcafé. Insgesamt fehle ein weiterer Konsumraum in St. Georg und im Schanzenviertel.

Drogenkonsumraum „Stay Alive“ aus Sicht der Polizei (Stellungnahme des Polizeireviere 15 vom 02.06.02):

„Seit dem 16.03.1992 existiert im Bereich des PR 15 die Drogenhilfestelle „Stay Alive.“ Diese war bis zum 15.04.94 im Gebäude Nobistor 10 ansässig und wurde später unter ihrer jetzigen Anschrift Davidstraße 30 weitergeführt. Mit der Ankündigung der Verlagerung an die jetzige Örtlichkeit im April 1994 regte sich seitens der unmittelbaren Anlieger ein Beschwerdeaufkommen in Form von Unterschriftenaktionen. Aus einer vom PR 15 für DZA 22 gefertigten Stellungnahme vom 25.11.1998 ist zu entnehmen, dass im weiteren zeitlichen Verlauf keinerlei Problemfelder im Zusammenhang mit der Einrichtung entstanden sind.

Dieser Trend setzt sich bis heute fort. Das Stay Alive hat sich in das Straßenbild integriert und zeigt auch im Umfeld keine besonderen Auffälligkeiten. Die Betreiber der Einrichtung sind sehr kooperativ und stehen einer Zusammenarbeit aufgeschlossen gegenüber. Ein Beschwerdeverhalten von Anwohnern oder Besuchern St. Paulis liegt nicht vor.

Im Einzelnen wurden hier für den Zeitraum ab 1999 fünf polizeiliche Anlässe erfasst. Unter ihnen war ein angezeigter Diebstahl von abgelegten Sachen im Objekt (2001), eine Erkrankung.“

6.1.6 Café DREI (Drogenhilfe Eimsbüttel)

Beschreibung der Einrichtung

Die Drogenhilfe Eimsbüttel e.V. betreibt das niederschwellige Café DREI, an das ein Konsumraum angeschlossen ist und befindet sich „szenefern“ im Stadtteil Eimsbüttel.

Die Einrichtung besteht am jetzigen Standort seit September 1993 und ist in zusammengeführten Containern untergebracht. Der Konsumraum und das Kontaktcafé befinden sich im Erdgeschoss, eine weiterführende Beratung findet im ersten Geschoss statt.

Im Oktober 1998 wurde zusätzlich der Konsumraum mit sechs Konsumplätzen eingerichtet (davon zwei „Frauenplätze“ mit Sichtschutz, wenn Bedarf besteht). Informationen über den Trägerverein Drogenhilfe Eimsbüttel e.V., den Konsumraum und weitere Beratungsmöglichkeiten des Vereins finden sich im Internet unter <http://www.drei-hamburg.de/index.html> (7/2002). Alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Stoffe dürfen im Konsumraum intravenös appliziert werden. Die Konsumart „Rauchen“ ist nicht gestattet, weil hierfür die Bewilligung des Amtsarztes fehlt. Das Rauchen von illegalen Stoffen ist in der Einrichtung deshalb nicht erlaubt, weil zur Zeit der Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor ungewollt eingeatmeten Dämpfen nicht gewährleistet ist. Eine gesundheitliche Schädigung ist daher nicht auszuschließen. Der Amtsarzt des Bezirksamtes Eimsbüttel hat den Träger auf diesen Sachverhalt hingewiesen. Geöffnet wird von Montag bis Freitag, sowie Sonntag von 14.00-19.00 Uhr. Im Jahr 2001 gab es nach Angaben der Leitung wöchentlich durchschnittlich etwa 160 Kontakte im Konsumraum und 340 Besuche im Kontaktcafé (Berechnung 1 Besuch = 1 Kontakt). Diese Durchschnittszahlen wurden am Besuchstag nicht annähernd erreicht. Der Frauenanteil an Konsumvorgängen beträgt im Jahr 2001 durchschnittlich 16,5%.

Tabelle 6.1-16: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Erdgeschoss (niederschwelliger Kontaktbereich)	
1 Konsumraum (6 i.v.-Plätze, mit Anmeldung)	zusammen ca. 60
Cafébereich mit Theke	zusammen ca. 180
davon:	
1 Küche (offen)	18
1 Sprizentausch (mit Vorraum)	8
1 Dusche / Waschraum	8
3 Toiletten	8
1 Vorratskammer	8
1 Beratungszimmer	8
Obergeschoss	
2 Beratungszimmer 5 Verwaltungszimmer / Büros 1 Gruppenraum	zusammen ca. 240

Tabelle 6.1-17: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprizentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen • medizinische Wundversorgung • Ausgabe von Kondomen <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen / Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • „niederschwellige Pädagogik“ (Ansprache, so dass sich der Klient angenommen fühlt) • „Safer-Use“-Beratung (gezielte Ansprache bei Applikation) • medizinische Beratung zu Fragen des Drogenkonsums • Rechtsberatung • Sozialhilfeberatung • Gruppenangebote (z. B. Grillabende) • Fernsehen • 2 Computerplätze • Elterngruppe für betroffene Angehörige • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in Entgiftung (auf Anfrage) • Therapieberatung (auf Anfrage) • Therapievermittlung (auf Anfrage) 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an alle Drogenhilfe- / Therapieeinrichtungen weitervermittelt (inkl. Hilfe bei Klärung der Kostenübernahme). • Ziel ist es, einen Zugang zum weitergehenden Hilfesystem zu ermöglichen und opiatabhängige Personen in diesem System zu begleiten.

Tabelle 6.1-18: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (niederschwelliger Bereich)

Stellenplan/ Wochenarbeitszeit (nur niederschwelliger Bereich)
Konsumraum
2 Krankenpflegestellen à 38,5 Std.
studentische Honorarkräfte à 30 Std.
Honorarkräfte Cafébereich / Küche ca. 30 Std.
Beratungs-Bereich
6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen (Beratung / Kontaktbereich) à 38,5 Std.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung

Aus Sicht der Leitung ist das bestehende Hilfesystem in Hamburg sehr gut ausgebaut. Es wäre aber sinnvoll, die Wochenöffnungszeiten der (niederschwelligen) Angebote auszuweiten. Für die eigene Einrichtung schloss die Leitung das Vorhandensein von Problemen oder Schwierigkeiten aus.

6.1.7 droBill**Beschreibung der Einrichtung**

Die Beratungsstelle befindet sich im Stadtteil Billstedt und gehört zu den dezentralen, nicht szenenahen Angeboten der niederschwelligen Drogenhilfe in Hamburg. Der Standort ist so gewählt, dass es keine direkten Nachbarn gibt. Die Einrichtung ist in Containern untergebracht.

Am Befragungstag fand das (vorläufige) Abschiedsessen statt. Die Einrichtung soll auf Grund von Einsparungen des Hamburger Senats zum 31.05.02 geschlossen werden. Den Nutzern und Nutzerinnen ist in den Wochen vorher mitgeteilt worden, dass sie wegen der Schließung andere Konsumräume nutzen sollten. Deshalb waren am Befragungstag keine Nutzer und Nutzerinnen anwesend. Im Befragungszeitraum wurde vom Trägerverein „STEPS“ eine einstweilige Anordnung beantragt, nach der die Einrichtung weiterbetrieben werden soll. Einige Informationen zum Projekt gibt es im Internet unter: <http://www.drogenhilfe-bremen.de/projekte/droBill.htm> (7/2002). Das droBill wurde im Februar 2000 mit acht Plätzen zum intravenösen Konsum und einem Raucherplatz geöffnet. Alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Stoffe dürfen intravenös und inhalativ appliziert werden. Seit Januar 2002 war das droBill Montag (11.00-18.00 Uhr), Dienstag (11.00-18.00 Uhr), Mittwoch (10.00-19.00 Uhr) und Freitag (13.00-20.00 Uhr) geöffnet. Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es im droBill wöchentlich etwa 20 Kontakte im Konsumraum, für das Jahr 2000 durchschnittlich etwa 90 Kontakte im Cafébereich (Berechnung 1 Besuch = 1 Kontakt; hier liegen für 2001 keine Zahlen vor).

Tabelle 6.1-19: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m²)
1 Konsumraum (8 i.v.- und 1 Raucherplatz)	15
Cafébereich mit Theke und offener Küche	30
1 Raum Wundversorgung	9
1 Beratungszimmer	9
1 Mitarbeiterbüro	8
1 Dusche, Wäscheräum, 2 Toiletten (Mitarb.), 2 Toiletten (Klienten)	zusammen 20
1 Abstellraum (außerhalb der Einrichtung)	15

Tabelle 6.1-20: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzenaustausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen • medizinische Wundversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an alle Drogenhilfe- / Therapieeinrichtungen weitervermittelt. • Besonders enge Vernetzung zu anderen Hilfeangeboten des Stadtteils. • Jobvermittlung in Zusammenarbeit mit anderen Hilfeeinrichtungen.
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen / Angebote <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • medizinische Beratung zu Fragen des Drogenkonsums • Suchtberatung • Gruppenangebote (z. B. gemeinsames Frühstück) • Akupunktur • Sozialberatung (Beratung / Begleitung zu Fragen der Sozialhilfe, der Wohnungssuche, des Rechts) • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in Entgiftung • Therapieberatung • Therapievermittlung 	

Tabelle 6.1-21: In der Einrichtung beschäftigtes Personal

Personal Wochenarbeitszeit
1 Projektleiter (k.A. zu Wochenstunden)
1 Dipl. Pädagoge à 30 Std.
2 Sozialpädagogen (1 x 30 Std. & 1 x 19,25 Std.)
2 Erzieher à 30 Std.
1 Honorarkraft à 8,5 Std
(bis April 2002) 1 Rettungssanitäter

Der Drogenkonsumraum ist nur ein kleiner Teil eines speziell auf den Stadtteil Billstett zugeschnittenen Beratungskonzeptes. Der Betrieb der Einrichtung wurde vor ihrer Eröffnung öffentlich ausgeschrieben. Nachdem der Trägerverein den Zuschlag bekommen hat, gab es am Anfang große Probleme, da die Einrichtung nach eigener Aussage von den anderen Trägern, die in Hamburg Drogenhilfeprojekte betreiben, zunächst nicht akzeptiert wurde.

Das DroBill ist in den Stadtteil integriert und kooperiert eng mit weiteren stadtteilbezogenen Hilfeangeboten.

Eine große Nutzergruppe der Einrichtung sind alkoholabhängige Menschen. In der Einrichtung gab es seit Bestehen nur zwei Drogennotfälle, bei denen externe Hilfe geholt werden musste.

Die Einrichtung ist in Wohncontainern untergebracht, die dezentral im Stadtteil (aber mit unmittelbarer Anbindung an den ÖPNV) aufgestellt wurden. Es gab keine Szenebildung und keine Probleme mit dem Umfeld. Auch innerhalb der Einrichtung gab es wenig Schwierigkeiten mit Konsumentinnen und Konsumenten.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung

Verbessert werden könnte aus Sicht des droBill die Wohnsituation von Opiatabhängigen durch eine Ausweitung der Plätze beim betreuten Wohnen. Es fehle insgesamt auch an tagesstrukturierenden Maßnahmen. Dort sollten die Klientinnen und Klienten auch die Möglichkeit haben, in kleinerem Umfang ein wenig Geld zu verdienen.

6.1.8 Ragazza

Beschreibung der Einrichtung

Das Ragazza ist bisher die einzige Beratungsstelle mit integriertem Konsumraum Deutschlands, deren Angebot sich ausschließlich an Frauen richtet. Der Trägerverein heißt Ragazza e.V. Zielgruppe der Beratungsstelle sind drogenabhängige Frauen, die sich prostituieren. Das Ragazza liegt in der Nähe des „unorganisierten“ Straßenstrichs im Stadtteil St. Georg. Dadurch ist die räumliche Nähe zur Zielgruppe gewährleistet. Neben der Nutzung des Konsumraums und den Beratungs- und Begleitangeboten besteht eine große Nachfrage nach Tagesruhebetten, Nachtschlafplätzen und Grundversorgung.

Eröffnet wurde das Ragazza am 15.05.2000 mit insgesamt 8 Konsumplätzen. Zunächst gab es 6 Plätze zum i.V.-Konsum und 2 Rauchplätze. Im Jahr 2001 wurde das Angebot an die Nachfrage seitens der Frauen angepasst: seitdem gibt es 5 i.V- und 3 Rauchplätze. Erlaubt ist die intravenöse und inhalative Applikation aller in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Substanzen mit Ausnahme von Methadon und der intravenösen Applikation von Crack. Es wird etwa zu 40% intravenös konsumiert (Heroin und Kokain) und zu 60% inhalativ konsumiert.

Seit Juli 2001 ist das Ragazza am Montag (08.00-14.00 Uhr), Mittwoch (08.00-14.00, 21.00-02.00 Uhr), Donnerstag, Freitag und Sonntag (je 21.00-02.00 Uhr) geöffnet.

Tabelle 6.1-22: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
1 Konsumraum (5 i.v.- und 3 Rauchplätze)	38,5
1 Raum Wundversorgung	13,5
Cafébereich	31
1 Küche mit Theke zum Cafébereich	21
1 Schlafräum	23
1 Toilette / Waschräum (Personal)	7,5
1 WC / Bad / Waschmaschinen (Klientinnen)	15
1 Beratungszimmer / Kleiderkammer	13,5
2 Büros	zusammen 32,5
Flurbereich	70

Tabelle 6.1-23: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Nacht- und Tagesruhebetten • Wäsche waschen • medizinische Wundversorgung • ärztliche Grundversorgung • Ausgabe von Kondomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an alle Drogenhilfe- / Therapieeinrichtungen weitervermittelt. • Ziel ist es, eine individuelle Möglichkeit zum Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit und Prostitution anzubieten.
<p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen / Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • „niederschwellige Pädagogik“ (Ansprache, so dass sich die Klientin angenommen fühlt) • „Safer-Use“-Beratung • Ärztliche Beratung zu Fragen des Drogenkonsums • Beratung für Schwangere • Begleitung zu Behörden (Ämter, Polizei, Justiz, Sozialamt) • Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten • Vermittlung in „Festbetten“ (länger als 1 Nacht) • Vermittlung in Mutter-Kind-Einrichtungen • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in Krankenhäuser und zu Ärztinnen • Therapieberatung • Therapievermittlung • Hilfe bei der Alltagsbewältigung (z. B. Hilfe beim Lebenslauf, Kontakte herstellen usw.) • Betreuung in Gefängnis und Krankenhaus • Postadresse für obdachlose Frauen • Straßensozialarbeit • „safer work“ 	

Tabelle 6.1-24: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (niederschwelliger Bereich)

Betreuungspersonal/ Wochenarbeitszeit (gesamte Beratungsstelle)
1 Geschäftsführerin à 38,5 Std.
2 Sozialpädagoginnen à 38,5 Std.
3 Sozialpädagoginnen à 30 Std.
3 Sozialpädagoginnen (25 Std., 19,25 Std und 18 Std.)
2 Krankenschwestern à 38,5 Std.
1 Hauswirtschafterin à 19,25 Std.
1 Verwaltungsstelle à 19,25 Std.
1 Desinfektor à 19,5 Std.
1 Ärztin à 6 Std.
pädagogische Aushilfen ca. 60 Std.

Das Ragazza soll nach eigenen Angaben für drogenabhängige Frauen, die sich prostituieren, auch ein Zufluchtsort zum Ausruhen, Duschen, Essen, Wäsche waschen und zum Reden sein.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung

Aus Sicht der Leitung fehlt es vor allem an der Möglichkeit, Frauen kurzfristig in Entgiftungsplätze zu vermitteln. Die Wartezeit betrage oft 4 Wochen. Für Crack-Konsumentinnen fehlen Tagesruhebetten und Schlafplätze, an denen sich Frauen für mindestens 12 Stunden ausruhen können. In der Beratungsstelle selbst gibt es hierfür keine weiteren Möglichkeiten. Oft sei es auch schwierig abends Schlafplätze zu vermitteln. Die Angebote für drogenabhängige Frauen mit Kind, bzw. schwangere drogenabhängige Frauen seien zu beschränkt oder gar nicht vorhanden.

In der Beratungsstelle gebe es keine räumlichen Möglichkeiten zur Akupunktur auch sei die Kombination von Kleiderkammer und Beratungszimmer schwierig. Für ein „echtes“ Beratungszimmer fehlen die räumlichen Möglichkeiten.

Für eine individuelle Betreuung wäre es nötig, eine „Springerin“ zusätzlich im Team vorzusehen, durch die eine Spontanberatung / Krisenintervention geleistet werden kann. Hierzu würden die finanziellen Mittel fehlen, obwohl seitens der betreuten Frauen eine entsprechende Nachfrage vorhanden sei.

Für Neuanschaffungen und Fortbildungsmaßnahmen sei nicht genügend Geld vorhanden, die täglich angebotene warme Mahlzeit wird ausschließlich aus Spendengeldern bestritten. Für diese Bereiche sei eine Verbesserung der finanziellen Situation sehr wünschenswert.

Durch die Änderung der politischen Rahmenbedingungen durch die letzten Wahlen zum Hamburger Senat im Herbst 2001 seien auch bei der Polizei Dienststellen personell umbesetzt worden. Deshalb sei zum Befragungszeitpunkt der Kontakt mit der Polizei suboptimal. Es werde versucht, die früheren Kontakte wieder herzustellen. Früher mit der Polizei getroffenen Vereinbarungen in Zusammenhang mit der Beratungsstelle müssten erneuert werden. Insofern sei die Situation auch für die betroffenen Frauen nicht immer ganz einfach.

6.2 Konsumräume in Frankfurt/Main (Hessen)

Stellungnahme des Polizeipräsidiums Frankfurt vom 11.06.02:

„Aufgrund der verschiedenen Zuständigkeitsbereiche der Polizei in Frankfurt werden die Rauschgiftdelikte und einzelne Vorkommnisse im Zusammenhang mit den Drogenhilfeeinrichtungen nicht zentral erfasst. So werden z. B. Delikte des Rauschgifthandels von der Kriminalpolizei und allgemeine Verstöße und Anwohnerbeschwerden durch die Schutzpolizei bearbeitet. Eine zentrale Aussage über die Frankfurter Verhältnisse kann nur durch die Sonderinspektion D 500 getroffen werden.“

(Quelle: Stellungnahme des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main vom 11.06.2002)

Leider ist die Stellungnahme zur Studie erst sehr spät eingetroffen, sodass es wegen des zeitlichen Rahmens des Evaluationsvorhabens nicht mehr möglich war, weitere Polizeibehörden in Frankfurt zu kontaktieren.

6.2.1 Eastside

Das Drogenhilfezentrum Eastside befindet sich im Osten der Stadt Frankfurt inmitten eines Industriegebietes. Das Gebäude ist Teil eines ehemaligen Gaswerkes der Stadt. Zur gesamten Einrichtung gehören etwa 4.500 Quadratmeter überdachte Räumlichkeiten. Damit ist das Eastside zum Befragungszeitpunkt von den Räumlichkeiten her mit Abstand die größte Einrichtung Deutschlands mit intergriertem Konsumraum. Der Konsumraum ist geschichtlich in Zusammenhang mit der Bereitstellung von Schlafstellen für obdachlose Drogenabhängige entstanden. Hauptangebot der Einrichtung sind noch immer die ca. 100 Schlafstellen.

Das Eastside kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Hauptbahnhof aus mit der Straßenbahn in etwa 20 Min. Fahrtzeit plus ca. 10 Min. Fußweg erreicht werden. Es existiert zusätzlich abends ein Shuttleservice (hauseigener Kleinbus) vom Hauptbahnhof aus zum Eastside und zurück, der am Besichtigungstag jedoch nicht einsatzfähig war.

Das Gebäude soll gegen Ende des Jahres 2002 vollständig saniert werden.

Trägerverein ist die integrative drogenhilfe e.V., die auch den Konsumraum Niddastraße in Frankfurt betreibt. Einige Informationen über den Trägerverein und die verschiedenen Projekte können im Internet unter www.idh-frankfurt.de (7/2002) eingesehen werden.

Geöffnet wurde der Konsumraum November 1994 mit acht Konsumplätzen. Erlaubt ist der intravenöse Konsum von Heroin, Kokain, deren Derivaten und Cocktails. Nicht erlaubt ist der Konsum von Methadon, Alkohol und Crack, sowie der inhalative Konsum von Drogen. Heroin und Cocktails werden zu 60% konsumiert, Kokain zu 40%. Der Konsumraum ist täglich von 15.30-22.00 Uhr geöffnet (auch an Feiertagen). Wöchentlich wurde der Konsumraum im Jahr 2001 durchschnittlich von etwa 320 Personen besucht (Frauenanteil 23%), es fanden durchschnittlich 480 Konsumvorgänge statt.

Tabelle 6.2-1: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
gesamte Einrichtung	
zusammen etwa 140 Räume in mehreren Häusern	zusammen ca. 4500 zusätzlich ca. 1.000 m ² überdachte Fläche

Tabelle 6.2-2: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Sprizentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • Kondomausgabe • Bereitstellung von max. 95 Schlafplätzen • ärztliche Sprechstunde (täglich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Weitervermittlung an niedergelassene Ärzte • Weitervermittlung an Werkstätten
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Aufenthaltsmöglichkeit im Cafèbereich • Substitutionsambulanz (bis max. 150 Klienten) • Arbeitsprojekte für derzeit 152 Personen (Stand 5/2002, mit geringfügiger Bezahlung) • Shuttleservice zur Innenstadt (täglich) • Schuldnerberatung • Rechtsberatung • Sozialberatung • Krisenintervention • Kunst- und Freizeitprojekte • Wäscherei (mit Arbeitsplätzen) • Renovierungsdienst (mit Arbeitsplätzen) • Gartenpflege (mit Arbeitsplätzen) • Metallwerkstatt (mit Arbeitsplätzen) • Schreinerei (mit Arbeitsplätzen) 	

Tabelle 6.2-3: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Stellenplan/ Wochenarbeitszeit (Eastside gesamt)
Konsumraum
1 Sozialpädagoge / Sozialpädagogin à 25,4 Std.
30 studentische Honorarkräfte 91 Std.
Übrige Einrichtung
ca. 20 Stellen à 38,5 Std.
ca. 35 studentische Honorarkräfte (k.A. zur Stundenzahl)

Schwierigkeiten aus Sicht der Leitung des Eastside

Aus Sicht der Leitung gibt es beim bestehenden Hilfesystem Frankfurts einige Schwachpunkte:

- Es gebe lange Wartezeiten für Therapieplätze (min. 3-4 Wochen),
- Ebenso lange Wartezeiten für einen Platz bei der Methadonbehandlung (min. 3-4 Wochen),
- Insgesamt zu wenige Übernachtungsmöglichkeiten,
- Kaum Möglichkeiten zur Vermittlung in „Betreutes Wohnen“-Projekte,
- Die Wartezeit für eine Wohnung betrage etwa 3 Jahre,
- Wenig Möglichkeiten für Opiatabhängige selbständig Geld zu verdienen.

Die Nachfrage nach Arbeitsmöglichkeiten sei im Eastside sehr viel größer als es Arbeitsplätze gebe.

Einrichtungsintern fehle vor allem Geld für qualifiziertes Personal. Es wäre wünschenswert, wenn das Verhältnis von studentischen Honorarkräften und qualifiziertem Personal umgekehrt sein könnte. Da sich die Einrichtung mit Ausnahme des Konsumraums ausschließlich durch die Bereitstellung von Übernachtungsmöglichkeiten finanziere, wären für besser qualifiziertes Personal zusätzliche Finanzmittel nötig.

Aufgrund der Größe des Geländes sei ein Konsum von Drogen außerhalb des Konsumraums und Kleindealerei schwer zu kontrollieren. Gegenüber professionellen Dealern werde „hart“ durchgegriffen. Nachts könne nicht ausgeschlossen werden, dass in den Schlafzimmern Drogen konsumiert werden. Um Notfällen vorzubeugen, werden die Zimmer nachts einmal kontrolliert. Die Gewaltbereitschaft habe in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Da die Debatte über eine kontrollierte Heroinabgabe zum Befragungszeitpunkt viele Ressourcen seitens der Behörden binde, bestehe die Gefahr, dass die anderen grundsätzlichen Probleme in Zusammenhang mit Drogenabhängigen etwas aus dem Bewusstsein verschwinden könnten. Die Leitung glaubt, dass in Frankfurt wieder etwas mehr Lobbyarbeit betrieben werden könnte.

6.2.2 La Strada

Beschreibung der Einrichtung

Die Beratungsstelle La Strada befindet sich am Rande des Bahnhofsviertels in Frankfurt. Der Konsumraum ist Teil eines Gesamtangebotes der Beratungseinrichtung. Der Drogenhilfeeinrichtung steht ein Haus mit sechs Etagen zur Verfügung. Das La Strada ist aus der Aidsberatung heraus entstanden. Der Konsumraum wurde am 01.02.1995 mit zunächst sechs Konsumplätzen eröffnet. Später wurde die Einrichtung um einen Konsumplatz erweitert. Der Erlaubnisbescheid für den Konsumraum gilt bis 2006. Zugelassen wird der Konsum von Heroin, Kokain, Tabletten und deren Derivaten, die erlaubte Konsumweise ist intravenös, schnupfen (sniefen) wird toleriert. Nicht erlaubt ist der inhalative Konsum von Crack (rauchen) und der Konsum von Cannabisprodukten und Alkohol. Es werden etwa zu 35% Heroin, zu 30% Kokain, zu 40% Heroin mit Kokain und zu 5% Cocktails konsumiert. Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 8.30-19.30 Uhr und sonn- und feiertags 8.30-12.30 Uhr. Trägerverein des La Strada ist die AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.. Unter <http://frankfurt.aidshilfe.de> (7/2002) stellt die AIDS-Hilfe Frankfurt sich selbst und die von ihr betreuten Projekte vor. Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es wöchentlich etwa 490 Konsumvorgänge, der Frauenanteil betrug etwa 26%. Über die Anzahl der Besucherinnen und Besucher des Kontaktcafés liegen keine Daten vor.

Tabelle 6.2-4: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Kontaktbereich (Erdgeschoss)	
Konsumraum (7 i.v.-Plätze)	22
Kontaktbereich mit Toiletten, Küche, Dusche	60
Beratungszimmer	15
1. OG	je Etage ca.80-90
2 Paarzimmer	
Aufnahme der Übernachter / Übernachterinnen mit Cafébereich	
Fernsehzimmer	
2. OG	
4 Zimmer Übernachtung Frauen	
3. OG	
4 Zimmer Übernachtung Männer	
4. OG	
4 Büros (inkl. Teamzimmer)	
5. OG	
Büro	
1 Raum Akupunktur	
1 Arzt- / Behandlungszimmer	
1 Beratungszimmer	
1 Gesprächsraum	
6. OG	
10 Tagesruhebetten in zwei Räumen	

Tabelle 6.2-5: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Essen, trinken, duschen • Wäsche waschen, Kleiderkammer • Kondomausgabe • Bereitstellung von max. 23 Schlafplätzen • Tagesruhebetten 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird unabhängig vom Träger an alle Einrichtungen weitervermittelt. Dabei wird vorher in Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten der individuelle Bedarf festgestellt.
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Krisenintervention • Sozialberatung • Anwaltliche Rechtsberatung (2 x wöchentlich) • Psychiatrische Sprechstunde (2 x wöchentlich) • Vermittlung zum Entzug • Vermittlung zur Substitution • Vermittlung in Therapieangebote • Beratung von ausländischen Konsumierenden • HIV / Aids-Beratung • Hilfen für Erkrankte • Vermittlung von Unterkünften • 10 Tagesruhebetten speziell für Crack-Rauchende • Crackstreetprojekt (aktives Aufsuchen, Weitervermittlung) • Streetwork 	

Tabelle 6.2-6: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Stellenplan/ Wochenarbeitszeit (La Strada gesamt)
1 Leiter à 38,5
5,5 Stellen als Sozialpädagoge / Sozialpädagogin à 38,5 Std. (8 Personen)
1,5 Stellen Anerkennungsjahr à 38,5 Std. (2 Personen)
ca. 25 studentische Honorarkräfte à 19,5. Std.
1 Zivildienststelle à 38,5 Std.
1 Hausmeister à 38,5 Std.
1 Stelle für Tagesruhebetten à 38,5 Std.
Übernachtungsangebot / Nachtwachen
2 Stellen Nachtwache à 38,5 Std. (4 Personen)
studentische Honorarkräfte ca. 180 Std. (8-10 Personen)

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des La Strada

Da das La Strada derzeit in jeder Beziehung voll ausgelastet sei, könne das bestehende Angebot derzeit nicht mehr ausgeweitet werden. Für eine Verbesserung der Prävention sei es aus Sicht der Leitung insgesamt sinnvoll, folgende Aspekte besser zu berücksichtigen:

- Derzeit fehle es an Projekten zu einzelnen Aspekten der Drogensucht (z. B. Crack-Konsum).
- Es fehle (auch in der Einrichtung) eine Auseinandersetzung mit der Hepatitis-C-Problematik.
- Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Verbindung mit Konsumräumen seien noch nicht ausreichend geklärt.
- Es bestehe bisher nicht die rechtliche Möglichkeit Substanzenanalysen vorzunehmen. Das mit dem Konsum verbundene Risiko könne hierdurch gesenkt werden.
- Es fehle derzeit an Konzepten zum Umgang des Hilfesystems mit Crack-Konsumierenden. Das bestehende Hilfesystem sei auf Heroinabhängigkeit zugeschnitten und würde bei anderen Konsumformen und Konsumstoffen nicht immer greifen. Für Crack-Konsumierende müsse die Hilfestruktur sehr viel individueller gestaltet werden.
- Konsumräume haben verstärkt einen politischen / ordnungsrechtlichen Charakter bekommen. Da der „Szeneraum“ aus der Öffentlichkeit verbannt werde (Auflösung der offenen Drogenszenen) und kein adäquater Ersatz geschaffen würde, hätten sich die Szenestrukturen zunächst in die Kontaktstellen verlagert. Die Kontakteinrichtungen könnten jedoch kein Ersatz für den Szeneraum sein. Hier seien zahlreiche Konflikte entstanden, auf die mit strikten Einlasskontrollen reagiert würde. Durch diese Entwicklung würden die personellen Ressourcen der Einrichtungen wegen Kontroll- und Aufsichtsfunktionen an ihre Grenzen stoßen.

Bezogen auf den eigenen Konsumraum könne nicht auf die Konsumform „Crack-Rauchen“ reagiert werden. Hierfür fehlen räumliche und konzeptionelle Möglichkeiten. Da die personellen Ressourcen bereits an die Grenzen stoßen würden, könne auf aktuelle Entwicklungen in der Szene nicht mehr reagiert werden. Auch sei der Außenbereich der Einrichtung rechtliches „Niemandland.“ Das Personal könne den Außenbereich nicht kontrollieren, für die Opiatabhängigen sei „dieses kleine Stück Straße“ oft die einzige Möglichkeit, sich draußen zu treffen. Hierdurch seien Konflikte mit dem Umfeld vorprogrammiert, da die Opiatabhängigen beispielsweise in Hauseingängen der Nachbarschaft sitzen. Diese Probleme ließen sich trotz guter Kommunikation jedoch nicht „auflösen.“

Die Zusammenarbeit mit der Polizei sei durch eine 10-jährige Erfahrung inzwischen sehr gut. Durch die gute Kommunikation zwischen dem Drogenhilfesystem und der Polizei sei in den letzten Jahren „viele einfacher geworden.“ Bei aktuellen Problemen gebe es den „kleinen Dienstweg“ mit direkten Ansprechpartnern. Durch die direkte Kommunikation sei oft eine Organisation von außen nicht mehr nötig.

Diskussionsbedarf sieht die Leitung vor allem in der Frage des Verhältnisses von öffentlichem Raum zu Drogenabhängigen. Da es keine Szeneräume mehr gibt, die Einrichtungen des Drogenhilfesystems auch keinen Ersatz darstellen können (und wollen), sei dieses Problem bisher völlig ungelöst.

6.2.3 Drogenkonsumraum Niddastraße (ehem. Moselstraße)

Beschreibung der Einrichtung

Der in eine Beratungseinrichtung integrierte Drogenkonsumraum Niddastraße ist die szenenaheste Drogenhilfeeinrichtung Frankfurts, befindet sich zentral im Bahnhofsviertel und verfügt zudem über die meisten Konsumplätze Frankfurts. Im Jahr 2001 gab es wöchentlich etwa 1940 Konsumvorgänge. Damit ist der Konsumraum Niddastraße im Jahr 2001 der am stärksten frequentierte Deutschlands.

Eröffnet wurde die Beratungsstelle mit integriertem Konsumraum am 05.05.1995 in der Moselstr. Dort gab es 8 Konsumplätze. Seit September 1997 befindet sich die Einrichtung mit zwölf Konsumplätzen in der Niddastr. Bei der Neukonzeption wurde nach Angaben der Leitung darauf geachtet, dass Wartebereich, Thekenbereich und auch der Konsumraum ausreichend Platz bieten und insgesamt großzügig bemessen sind. Dadurch werde verhindert, dass durch verschiedene Konsumstoffe (Kokain vs. Heroin) große Unruhe allein durch die räumliche Enge entsteht. Erlaubt ist der Konsum von Heroin, Kokain, Tabletten und Kokainsteinen. Nicht erlaubt ist der Konsum von Crack und Methadon. Drogen dürfen intravenös appliziert werden, Heroin darf auch geraucht werden. Seit August 2001 ist die Einrichtung täglich von 12.00-24.00 Uhr geöffnet. Trägerverein ist ebenso wie beim Eastside die integrative drogenhilfe e.V. Einige Informationen über den Trägerverein und die verschiedenen Hilfeprojekte können im Internet unter www.idh-frankfurt.de (7/2002) eingesehen werden.

„Reines Heroin“ wird zu etwa 47% konsumiert, Kokain zu 17%, Cocktails haben einen Anteil von ca. 36% (Zählung 13. KW 2002).

Im Jahr 2002 betrug der Frauenanteil an den Konsumvorgängen 24,2%.

Tabelle 6.2-7: Räumlichkeiten (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Erdgeschoss	zusammen ca. 250
Konsumraum (12 Plätze)	70-80
Wartebereich / Kontaktbereich	
Thekenbereich	
Sanitäre Anlagen	
Mitarbeiterzimmer / Lager	
1. Etage	zusammen ca. 220
1 Büro Projekt „Hotline“	ca. 30
Arztzimmer (Zusammenarbeit mit Maltesern)	20
2 Büros	
Lager	
Besprechungsbereich	

Tabelle 6.2-8: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Trinken, Essen (kleines Angebot) • Kondomabgabe • ärztliche Sprechstunde (2 x wöchentlich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach eigenen Angaben gute Vernetzung des Hilfesystems in Frankfurt. • Vermittlung an alle weiterführenden Hilfeangebote unabhängig vom Träger, angepasst an den individuellen Bedarf.
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Drogenberatung • Krisenintervention • Beratung für Frauen, die sich prostituieren (Projekt „Hotline“) • Sonstige Beratung (z. B. Schulden) • Medizinische Beratung • mobiler Spritzentausch (Mitarbeiter mit Handwagen in Bahnhofsviertel) mit Spritzen, Konsumutensilien, Infomaterial, Kondomen, Beatmungsgerät • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in Übernachtung • Vermittlung in Substitutionsberatung / Betreuung (Projekt FridA 24) 	

Tabelle 6.2-9: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (Konsumraum Niddastraße gesamt)
3 Sozialarbeiter / Sozialarbeiterinnen à 38,5 Std.
Ca. 30 studentische Honorarkräfte zusammen 420 Std.

Viele der studentischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verfügen nach Auskunft der Leitung bereits über einen Studien-/ Ausbildungsabschluss.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Niddastraße

Da der Konsumraum sehr stark frequentiert wird, fehlen aus Sicht der Leitung oft Ressourcen für eine individuelle Beratung von Einzelpersonen. Durch neue Konsumformen in Zusammenhang mit Kokain sei die Szene insgesamt schnelllebig geworden. Hierauf könne nicht immer adäquat reagiert werden, da die bestehenden Konzepte auf den Heroinkonsum zugeschnitten seien. Für die Zielgruppe der Kokainkonsumentinnen und -konsumenten fehlen zur Zeit noch entsprechende Konzepte.

Bei der Gewährung medizinischer Hilfe sei der Bedarf viel größer als das Angebot von zur Zeit 2 ärztlichen Sprechstunden in der Woche (in Zusammenarbeit mit dem Malteser-Hilfsdienst). Die Nutzerinnen und Nutzer des Konsumraums seien sehr verelendet und oft in schlechter gesundheitlicher Verfassung.

Obwohl die Beratungsstelle mit dem Projekt „Hotline“ auch frauenspezifische Angebote bereit stelle, fehle es insgesamt jedoch an Konzepten, die auf drogenabhängige Frauen (die sich oftmals prostituieren) zugeschnitten sind.

Rechtlich schwierig sei es, Hilfen für Opiatabhängige anzubieten, deren Aufenthaltsstatus in Deutschland unklar bzw. illegal ist. Sie seien von bestimmten Leistungen (z. B. längerfristige Übernachtungsmöglichkeiten) ausgeschlossen.

Die Einrichtung selbst soll Anfang der zweiten Jahreshälfte 2002 renoviert werden, wobei auch die Haustechnik verbessert werden soll.

Nach Angaben der Leitung fehlen personelle Ressourcen für alles, was über die Basisarbeit (Ermöglichung eines schnellen, hygienischen Konsums) der Einrichtung hinaus geht. Insbesondere fehlen Ressourcen für

- die individuelle Beratung bei der Vermittlung in weiterführende Angebote,
- die Konzept(weiter-)entwicklung beispielsweise speziell für Frauen, Crackkonsumierende,
- die Fortbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
- die Ausweitung der ärztlichen Betreuung, die dringend notwendig wäre, und
- mehr (formal) qualifiziertes Personal.

Um Konflikte im eigentlichen Konsumraum vorzubeugen, sei dieser schon bei der Planung räumlich sehr großzügig bemessen worden, das zahle sich heute aus.

Problematisch sei auch die Szeneansammlung direkt vor der Einrichtung. Um einer „Vermüllung“ vorzubeugen, werde täglich dreimal die Straße gesäubert.

Es sei nicht einfach, mit der Gewaltbereitschaft einzelner Personen umzugehen. Dabei sei man auf die Zusammenarbeit mit der Polizei und dem privaten Sicherheitsdienst angewiesen.

6.2.4 Drogennotdienst Elbestraße

Beschreibung der Einrichtung

Die Beratungsstelle mit integriertem Konsumraum liegt direkt im Bahnhofsviertel in Frankfurt. In fußläufiger Nähe befinden sich die Konsumräume „La Strada“ und „Niddastraße.“

Eröffnet wurde der Konsumraum im August 1996 mit acht Konsumplätzen: Erlaubt ist der intravenöse Konsum von Heroin, Kokain, Crack, deren Derivaten und Cocktails. Verboten sind der Konsum von Alkohol und der inhalative Konsum insbesondere von Crack (Rauchen). Der Nutzungsanteil beträgt zu 65% Heroin und Heroin-Verbindungen und zu 35% Kokain und Crack. Öffnungszeiten seit August 2001: Montag bis Freitag (06.00-12.00, 15.00-21.00 Uhr) und Samstag / Sonntag / Feiertag (06.00-24.00 Uhr). Im Jahresdurchschnitt 2001 gab es im Konsumraum Elbestraße wöchentlich ca. 1160 Konsumvorgänge. Durchschnittlich kamen wöchentlich ca. 370 Personen in die Einrichtung (ohne Doppelzählungen). Der Anteil der Frauen, die den Konsumraum im Jahr 2001 erstmalig besucht haben, beträgt 19,6%. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Frauen an Konsumvorgängen bei 28,9%. Informationen über den Trägerverein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. und einige Informationen zu den vielfältigen Projekten des Vereins finden sich im Internet unter <http://www.drogenberatung-jj.de>. Der Trägerverein verfügt über ein breites Angebot für den Bereich Suchthilfe.

Tabelle 6.2-10: Räumlichkeiten Drogennotdienst Elbstraße (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Erdgeschoss / Eingangsbereich	zusammen ca. 75
Konsumraum (8 Plätze)	19
Wartebereich mit Theke zur Anmeldung	37
2. Wartebereich	10
Überwachungsraum	9
Toilette (Klienten)	
1. Etage	jede Etage ca. 80
Medizinische Ambulanz	
Methadonsubstitution	
2. Etage	
Verwaltung (3 Büros)	
Mitarbeiterraum	
Toilette (Personal)	
Kontaktcafé	
3. Etage	
Küche	
2 Büros	
4. / 5. Etage (Übernachtungsbereich)	
2 Büros	
tagsüber max. 12 Tagesruhebetten	
nachts bis max. 19 Übernachtungsplätze	

Tabelle 6.2-11: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Elbstraße)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzenaustausch (1:1) • Trinken, Essen • Körperhygiene • Kleiderkammer • ärztliche Sprechstunde <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Sofortberatung (Behörden, Justiz, Weiterbildungsmaßnahmen usw.) • Schuldnerberatung • Medizinische Beratung und Behandlung • Übernachtungsmöglichkeit im Haus (17 Betten) • Tagesruhebetten für Crack Konsumierende • Substitutionsambulanz und psychosoziale Betreuung • Streetwork • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution (im Haus) • Vermittlung in Übernachtung (im Haus) • Substitutionsberatung / Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Trägerverein selbst bietet zahlreiche Möglichkeiten für weiterführende Hilfeangebote. Hier ist die Vernetzung als sehr gut zu bezeichnen. • Es wird auch an andere Träger weitervermittelt, die Zusammenarbeit sei in Frankfurt sehr eng. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreutes Wohnen • Entgiftungsstationen • alle Arten von Therapieeinrichtungen • Arbeits- / Ausbildungsprojekte • externe Drogenberatung (z. B. in Gefängnissen) • Schule für Drogenabhängige mit Abschluss (derselbe Träger, einzige Schule dieser Art Deutschlands)

Tabelle 6.2-12: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (Drogennotdienst Elbestraße gesamt)
Konsumraum
1 Sozialarbeiter à 30 Std.
25 studentische Honorarkräfte 354 Std.
Beratung / Vermittlung / ärztliche Versorgung
1 Leitung à 38,5 Std.
10 Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter Drogennotdienst (davon 8 Stellen à 38,5 Std., 1 Stelle à 29 Std., 1 Stelle 22 Std., 1 Jahrespraktikant/in im Anerkennungsjahr)
2 Ärztinnen zusammen 73 Std.
1 Krankenpfleger à 25 Std., 1 Arzthelferin à 38,5 Std.
2 Verwaltungsangestellte à 19,25 Std.
Tagesruhebetten
studentische Honorarkräfte 34,5 Std.
Übernachtungsbereich
Ca. 14 externe Honorarkräfte zusammen 60 Übernachtungsdienste (monatlich)

In der Beratungsstelle werden neben dem Drogenkonsumraum weitere Angebote im niederschweligen Bereich gemacht (ärztliche Versorgung / Beratung, Methadonambulanz, Schlafstellen, Tagesruhebetten besonders für Crackraucher, Streetwork, Cafébereich). Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen der Beratungseinrichtung arbeiten nach einem Rotationsverfahren. Alle übernehmen so im Wechsel jede anfallende sozialarbeiterische Aufgabe im Haus.

Das Haus ist renovierungsbedürftig und soll gegen Ende des Jahres 2002 saniert werden.

Montags bis freitags ist von 07.00 Uhr bis 17.00 Uhr immer eine Ärztin im Haus anwesend. Annähernd 100 % der Personen, die weiterführende Angebote im Haus in Anspruch nehmen, sind nach eigenen Angaben vorher auch im Konsumraum registriert worden.

Regelmäßig wird (freiwillig) von Nutzern der Einrichtung die direkte Umgebung mit dem Besen gesäubert. Es besteht die Tendenz der Szenebildung (Ansammlung) vor der Einrichtung. Durch die Zusammenarbeit mit der Polizei und häufige Kontrollgänge werden größere Menschenansammlungen verhindert.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung Konsumraum Elbestraße

Die originäre Zielgruppe des Drogennotdienstes Elbestraße sind obdachlose Drogenabhängige. Aus Sicht der Leitung könnten insbesondere Hilfen für Crackkonsumenten und Crackkonsumentinnen erweitert werden (mehr Tagesruhebetten, bessere Aufenthaltsmöglichkeiten). Schwierigkeiten bestehen auch bei der kurzfristigen Vermittlung in weitergehende Hilfemöglichkeiten. Die Wartezeiten seien in vielen Fällen viel zu lang, auch bei der Bereitstellung von Plätzen in Übergangseinrichtungen.

Da das Haus, in dem sich die Beratungseinrichtung befindet, hinsichtlich der Nutzung vollkommen ausgelastet ist, können im eigenen Haus keine weiteren Übernachtungs- / Aufenthaltsmöglichkeiten angeboten werden. Die personelle Ausstattung sei ausreichend.

In den letzten beiden Jahren sei es durch den zunehmenden Crackkonsum auch verstärkt zu Aggressionen und Gewalttätigkeiten seitens der Opiatabhängigen gekommen. Da alle Personen

namentlich registriert werden, sei es aus Sicht der Leitung etwas einfacher bestehende Regeln durchzusetzen. Auch sei die Einhaltung der Regeln innerhalb der Einrichtung durch die Möglichkeit der Identifizierung von Anfang an besser. Durch die Deanonymisierung werde eine höhere Verbindlichkeit erreicht.

Durch eine gute Zusammenarbeit mit der Polizei und durch frühe Intervention seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden Konflikte in der Einrichtung oft frühzeitig gelöst.

Auch sei das Verhältnis zum Umfeld durch eine konsensuelle Lösung der Interessenskonflikte recht gut. Gehen Beschwerden von Nachbarn ein, werden sie aufgegriffen und es werde nach einer Lösung gesucht.

Insgesamt sei das System sowie die Unterstützung der Stadt gut, doch bestehe die Gefahr, dass die Drogenproblematik in Frankfurt zu sehr aus dem Aufmerksamkeitsfokus verschwinde.

6.3 Konsumräume in Niedersachsen

6.3.1 Fixpunkt Hannover

Beschreibung der Einrichtung

Der Fixpunkt Hannover liegt an einer größeren innerstädtischen Verkehrskreuzung in Hannover. Der Drogenkonsumraum ist räumlich unmittelbar an das Kontaktcafé angeschlossen und kann auch nur durch das Kontaktcafé erreicht werden. Die Entstehung des Fixpunktes und die Erfahrungen nach einem Jahr Betrieb sind im Buch „Entstehung und Praxis eines Gesundheitsangebotes für Drogenkonsumierende“ von Jacob, Rottmann & Stöver 1999 ausführlich beschrieben worden¹³. Da die Rechtsverordnung erst 2 Wochen vor dem Besuchstermin der Evaluatoren am 16.04.02 in Kraft getreten ist, waren beim Besuch noch nicht alle in der Rechtsverordnung geforderten Mindeststandards umgesetzt.

Eröffnet wurde der Fixpunkt am 18.12.1997 mit acht Konsumplätzen. Im Mai 1998 wurde die Anzahl auf elf Konsumplätze erweitert. Erlaubt ist der intravenöse Konsum von Heroin, Kokain, Amphetaminen und deren Derivaten. Nicht erlaubt ist der Konsum von Alkohol, sowie der inhalative Konsum von Drogen. Zu 90% werden die Drogen in Cocktails konsumiert. Geöffnet wird derzeit (5/2002) von Montag bis Freitag von 13.00-19.00 Uhr und samstags von 11.00-15.00 Uhr. Zwischenzeitlich gab es einen „halblegalen“ Konsumplatz zum inhalativen Konsum auf dem Hinterhof, der inzwischen jedoch nicht mehr existiert, da er nicht dauernd eingesehen werden konnte. Wöchentlich gibt es etwa 810 Konsumvorgänge (Durchschnitt 2001). Der Frauenanteil bei den Konsumvorgängen beträgt 13,0%.

Träger des Fixpunktes ist die gemeinnützige Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik mbH Hannover (STEP). Unter <http://www.step-hannover.de> (7/2002) werden Informationen über die Trägergesellschaft, die verschiedenen Projekte und auch den Fixpunkt Hannover bereitgestellt.

¹³ Jacob, J., Rottmann, J. & Stöver, H. (1999). Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des „drop-in Fixpunkt“/Hannover. In: R. Meyenberg, [Hrsg.], *Schрифtreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 2*. Carl von Ossietzky Universität. Oldenburg.

Tabelle 6.3-1: Räumlichkeiten Konsumraum Hannover (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Konsumraum (11 Plätze)	30
1 Notfallraum / Krankenzimmer	10
1 medizinische Ambulanz (Arzt / Krankenschwestern)	20
Cafébereich mit Theke / Kontaktbereich	100
2 Lagerräume	zusammen 20
Küche	12
2 Toiletten (Klienten), 1 Toilette (Personal)	5
1 Büro	20
1 Besprechungs- / Teamraum	20
1 Dusche (Klienten)	2
Wäscheraum	5

Tabelle 6.3-2: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Elbestraße)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzenverkauf • Trinken, Essen • Körperhygiene • ärztliche Sprechstunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Trägerverein selbst bietet zahlreiche Möglichkeiten für weiterführende Hilfeangebote. • Es wird auch an andere Träger weitervermittelt, die Zusammenarbeit sei sehr eng. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Drogenberatungsstellen • Entgiftungsstationen • alle Arten von Therapieeinrichtungen • Methadonbehandlung • Übergangseinrichtungen (Wohnheime) • Zusammenarbeit mit Überlebenshilfe auf der Straße /Streetwork) • Zusammenarbeit mit Obdachlosenbetreuung
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Sofortberatung (Behörden, Justiz, Weiterbildungsmaßnahmen usw.) • Krisenintervention bei psychischen Auffälligkeiten • Medizinische / ärztliche Beratung • Im Bedarfsfall Überweisung an Krankenhäuser • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in Übernachtung 	

Tabelle 6.3-3: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (Fixpunkt Hannover gesamt)
1 Leitung à 38,5 Std.
2 Sozialarbeiter / Sozialarbeiterinnen à 38,5 Std.
1 Berufspraktikant / Berufspraktikantin (Anerkennungsjahr) in Sozialarbeit à 38,5 Std.
1 Ärztin à 10 Std.
2 Krankenschwestern à 38,5 Std.
2 studentische Honorarkräfte à 19,25 Std.
1 Reinigungskraft 2-3 Std. täglich
3 pädagogische Aushilfskräfte (Studierende) nach Bedarf (je max. 15 Std./ Monat)

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Fixpunktes Hannover

Grundsätzlich sei das Personal stark mit Aufsichts- und Kontrollaufgaben beschäftigt. Hierdurch fehle oft für eine fundierte Einzelberatung die entsprechende Zeit. Spritzen können derzeit nicht kostenlos getauscht werden, weil hierfür die erforderlichen finanziellen Ressourcen fehlen. Auch bestehe eine hohe Nachfrage nach der Möglichkeit Drogen inhalativ zu konsumieren. Da diese Möglichkeit von der Einrichtung derzeit nicht bereitgestellt werden kann, werde vielfach auf der Straße konsumiert. Hierdurch bestünden wenig Möglichkeiten Crack-Konsumierende direkt anzusprechen, da sie erst gar nicht in die Einrichtung kämen.

Die zur Zeit angebotenen Öffnungszeiten seien gemessen am Bedarf in Hannover zu kurz. Für eine Ausweitung fehlen die finanziellen Möglichkeiten. Derzeit reichen die Öffnungszeiten für einen Zwei-Schicht-Betrieb nicht aus. Wegen der daraus resultierenden Arbeitszeiten für das Personal gebe es eine hohe Fluktuation. Die gewöhnliche Arbeitszeit beginnt um 11.45 Uhr und endet um 20.00 Uhr. Hierdurch seien Arbeit und Familie oft nicht miteinander vereinbar für Mitarbeiter mit jüngeren Kindern.

Räumlich betrachtet sei die Einrichtung voll ausgelastet. Es gibt derzeit keine Erweiterungsmöglichkeiten. Hierdurch sei bedingt, dass für Beratungsgespräche kein adäquater Raum zur Verfügung stehe. Derzeit reichen die räumlichen Möglichkeiten insgesamt eher nicht aus.

Bei weitergehenden Hilfeangeboten bestehen aus Sicht der Leitung noch Defizite im Angebot für russisch-sprachige Konsumenten und Konsumentinnen. Obwohl für diese Zielgruppe ein Grundangebot vorhanden sei, könne dieses noch deutlich erweitert werden. Defizite seine ebenfalls bei der Möglichkeit einer kurzfristigen Entgiftung vorhanden. Hier seien die Wartezeiten oft zu lang.

Problematisch sei auch die Entwicklung des Crack-Konsums in Hannover. Mit zunehmendem Crack-Konsum sei auch die Gewaltbereitschaft unter den Abhängigen gestiegen. Kleindealerei sei trotz großer Aufmerksamkeit schwer zu kontrollieren, wird jedoch umgehend sanktioniert. Da für fast alle Abhängige ein Platzverbot für weite Teile der Innenstadt bestehe, trafen sich die Abhängigen jetzt vor der Einrichtung. Diese Situation sei derzeit ungelöst. Die Zusammenarbeit mit der Polizei könne deutlich verbessert werden. Derzeit sei die Balance zwischen Drogenhilfe und repressiver Überwachung durch die Polizei noch nicht gefunden worden, obwohl ein grundsätzlicher Konsens über das Bestehen der Einrichtung herrsche.

Der Drogenkonsumraum in Hannover aus Sicht der Polizei

Stellungnahme der Polizeidirektion Hannover vom 25.03.2002:

„Zur Beschwerdesituation im Zusammenhang mit dem in Hannover eingerichteten Drogenkonsumraum („Fixpunkt“) kann folgendes gesagt werden:

Bereits im Vorfeld der Eröffnung gab es Beschwerden von Anwohnern und Geschäftsleuten gegen die Eröffnung des Drogenkonsumraums und einer in der Nähe befindlichen Unterkunft für Obdachlose. Diese wurden an die kommunalen politischen Gremien und die regionale Presse und den Rundfunk herangetragen. Tenor dieser Beschwerden waren Kriminalitätsangst und sinkende Miet- bzw. Geschäftseinnahmen. Diese Beschwerden bestehen auch weiterhin.

Ein erhebliches Problem ist der BtM-Handel rund um das Gelände des „Fixpunktes“. So wurden im Jahre 2000 nur im Nahbereich 212 Ermittlungen eingeleitet, davon 81 wegen des Handelns mit BtM. Im Jahre 2001 wurden 146 Verfahren eingeleitet, davon 41 wegen des Handelns mit BtM. Die sinkenden Zahlen sind allerdings nicht durch einen Rückgang der Vorkommnisse zu begründen, sondern liegen an geringeren polizeilichen Personalressourcen im Gegensatz zum Jahr 2000 (Expo).

Eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem Hell- und dem Dunkelfeld dieser Delinquenz dürfte allerdings gegeben sein. Hinzu kommen eine nicht unerhebliche Anzahl von Gewalt- und Eigentumsdelikten im Nahbereich des „Fixpunktes“.

Weitere Beschwerden rekrutieren sich aus der Tatsache, dass der Geh- und Radweg vor dem Objekt (relativ viel Durchgangsverkehr) häufig von einer Gruppe von 20-40 Drogenabhängigen versperrt wird und Verkehrsteilnehmer auf die andere Straßenseite ausweichen müssen oder freiwillig aus Angst frühzeitig ausweichen.“

(Quelle: Stellungnahme der Polizeidirektion Hannover zu dieser Studie vom 25.03.2002.)

6.4 Konsumräume in Nordrhein-Westfalen

Alle Konsumräume Nordrhein-Westfalens sind erst nach Inkrafttreten der entsprechenden Rechtsverordnung eröffnet worden. Dadurch mussten keine nachträglichen Änderungen an den Einrichtungen vorgenommen werden oder die organisationalen Abläufe an die Rechtsverordnung im Nachhinein angepasst werden.

Vorteilhaft ist ein für alle Einrichtungen gleichermaßen bestehendes Dokumentationssystem. Die Daten werden monatlich zentral in Köln von der „Landeskoordination Integration NRW“ erfasst, aufbereitet und zur weiteren Bearbeitung an die einzelnen Einrichtungen zurückgesandt. Durch diese externe Kontrolle ist die monatliche Bereitstellung der Daten durch die Konsumräume gewährleistet.

Eine weitere Besonderheit in Nordrhein-Westfalen ist konzeptioneller Natur: Jeder Konsumraum ist an eine sogenannte „Drogentherapeutische Ambulanz“ angeschlossen, in der ein Arzt zeitweise präsent ist. In der nordrhein-westfälischen Rechtsverordnung wird ausdrücklich der unverzügliche Zugang zu *ärztlicher* Hilfe und Beratung gefordert. Insofern ist ärztliche Hilfe und Beratung von Beginn an Teil des nordrhein-westfälischen Konzepts der niederschweligen Drogenhilfe mit angeschlossener Konsummöglichkeit gewesen.

Im Jahr 1994 ging man landesweit von ca. 31.000 behandlungsbedürftigen Drogenabhängigen aus (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2001).

Die Drogenkonsumräume in NRW aus Sicht der Polizei

Stellungnahme des LKA NRW vom 06.05.02:

Dem Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen liegen keine Erkenntnisse über Anwohnerbeschwerden vor. Eventuelle Beschwerden über die Konsumräume und deren Umfeld müssen bei verschiedenen Behörden erfragt werden.

(Quelle: Stellungnahme des Landeskriminalamtes NRW zu dieser Studie vom 06.05.2002)

Im Rahmen der Untersuchung konnte diese Nachfrage bei einzelnen Polizeibehörden aus zeitlichen Gründen nicht mehr geschehen.

6.4.1 Münster

Beschreibung der Einrichtung

Der Konsumraum Münster wurde im April 2001 vom Indro e.V. eröffnet. Der Drogenkonsumraum befindet sich direkt in der „Vergnügungsmeile“ Münsters in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes.

Eröffnet wurde der Konsumraum am 10.04.2001. Es sind 4-6 Konsumplätze (nach Bedarf) zum intravenösen Konsum von Drogen (nach Rechtsverordnung) inklusive eines Platzes zum inhalativen Konsum von Heroin und Kokain eingerichtet. Alle in der Rechtsverordnung genannten Stoffe dürfen appliziert werden.

Die intravenöse Konsumart wird zu 80% genutzt (davon 95% Heroin), inhalativ wird zu 20% konsumiert. Geöffnet ist die Beratungsstelle derzeit (5/2002) von Montag-Freitag 11.00-17.00 Uhr. Wöchentlich gibt es etwa 270 Konsumvorgänge (Durchschnitt 6/2001 bis 5/2002). Der Frauenanteil bei den Konsumvorgängen beträgt 13,1%.

Informationen über den Trägerverein Indro e.V. (Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik) und die Beratungsstelle werden im Internet unter <http://www.indro-online.de> (7/2002) bereitgestellt. Die Internetseite bietet (wissenschaftliche) Informationen rund um das Thema Drogen und wird ständig aktualisiert.

Tabelle 6.4-1: Räumlichkeiten Indro Münster (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Erdgeschoss	
Konsumraum (6 Plätze; zzgl. Aufsichtsraum, Toilette, Raucherplatz)	30
1 Eingangsbereich (inkl. Anmeldetheke, Spritzentausch)	20
1 großes Büro	40
1 Dusche / Waschraum	10
1 Toilette	5
1. Etage	
1 Drogentherapeutische Ambulanz	14
Cafébereich mit Theke / Kontaktbereich	80
Küche	25
1 Toilette (Klienten)	5

Tabelle 6.4-2: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Münster)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch (1:1) • Trinken, Essen • Körperhygiene • ärztliche Sprechstunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an andere Träger weitervermittelt, die Zusammenarbeit sei sehr eng. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere Drogenberatungsstellen • Entgiftungsstationen • alle Arten von Therapieeinrichtungen • Methadonbehandlung • Zentrum für interdisziplinäre Medizin • Westfälische Kliniken (Entzug) • Soforthilfe der Stadt Münster • Niedergelassene Ärzte • Notschlafstellen
Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Sofortberatung • Krisenintervention • Medizinische / ärztliche Beratung • Betreuung russlanddeutscher Abhängiger • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution • psychosoziale Betreuung Substituierter • Betreutes Wohnen • Vermittlung in Übernachtung • mobile Spritzenentsorgung • Wäsche waschen • Kleiderkammer 	

Tabelle 6.4-3: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (Konsumraum Münster gesamt)
1 Arzt à 19,25 Std.
1 Rettungsassistent
1 Sozialpädagoge à 38,5 Std.
1 Diplompädagoge à 19,25
4,5 Sozialpädagogen à 38,5 Std. (niederschwelliges Angebot, betreutes Wohnen, psychosoziale Betreuung Substituierter)
1 Stelle Betreuung Russlanddeutscher à 30 Std.
pädagogische / studentische Honorarkräfte zusammen 48 Std.

In der unteren Etage befindet sich ein großes Büro, der Wartebereich für den Drogenkonsumraum, eine Spritzentheke (mit Anmeldung / Nutzungsvereinbarung, die bei jedem Konsum unterschrieben werden muss), sowie sanitären Anlagen. In der oberen Etage befindet sich das Kontaktcafé, die Küche, die Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und eine Kliententoilette. Ein zusätzliches Büro / zusätzlicher Besprechungsraum existiert nicht.

Es gibt unmittelbar vor der Einrichtung keine Szenebildung. Die offene Drogenszene trifft sich ungefähr 100-200 Meter entfernt direkt am Ostausgang des Bahnhofs in der Nähe des Drogenkonsumraums.

Auch in dieser Drogenberatungsstelle finden sich mehrere Angebote unter einem Dach: DTA, psychosoziale Betreuung Substituierter, spezielle Betreuung russlanddeutscher Opiatabhängiger usw., warmes Mittagessen gibt es nicht an allen Tagen der Woche.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Münster

Diskussionsbedarf sieht die Leitung des Konsumraums in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema Drogen und Drogenabhängigkeit. In der Einrichtung selbst gehe es darum, das Selbstverantwortungsprinzip der Opiatabhängigen „voranzutreiben“. Nicht ganz einfach sei es, Opiatabhängige als „Behandlungsfall“ anzusehen. Durch die Illegalisierung bestimmter Drogen würden Abhängige als „schwer krank“ stigmatisiert und müssten behandelt werden (passiv). Durch ein Selbstverantwortungsprinzip könnten eigene Anstrengungen der Abhängigen besser aktiviert werden.

Die allgemeine Versorgung in Münster sei gut und das Drogenhilfesystem gut miteinander vernetzt. Dennoch könne es in folgenden Bereichen Verbesserungen geben:

- Angebote für drogenabhängige Frauen, die sich prostituieren könnten verbessert werden.
- es könnten mehr Notschlafstellen eingerichtet werden. Es sei nicht immer ganz einfach, kurzfristig eine Unterkunft zu finden.
- Das Angebot im Bereich betreutes Wohnen könnte ebenfalls ausgebaut werden.

Die Räumlichkeiten der Beratungsstelle seien etwas beengt, jedoch noch gerade eben ausreichend. Weil ein Rückzug des Personals (beispielsweise zu Besprechungen) nicht möglich sei, sei der Kontakt zu den Besuchern und Besucherinnen immer vorhanden. Sollten die Räumlichkeiten eines Tages nicht mehr ausreichen, gebe es eine Absprache mit der Stadtverwaltung, seitens der Stadt Abhilfe zu schaffen.

Die personellen Ressourcen werden ebenfalls als ausreichend angesehen mit der Einschränkung, es gebe unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht die Möglichkeit, den Konsumraum auch am Wochenende zu öffnen. Im Hinblick auf finanzielle Ressourcen bestehe das Problem, dass trotz gestiegener Lohnkosten die finanzielle Ausstattung nicht entsprechend angepasst worden seien. Das habe eine entsprechende Einschränkung des Angebotes zur Folge. Durch den Verkauf von Spritzen und Essen könnten diese Einschränkungen teilweise kompensiert werden. Trotzdem ließe es sich nicht vermeiden, die Wochenarbeitszeit der Honorarkräfte einzuschränken.

Insgesamt gebe es mit den Besuchern und Besucherinnen wenig Konflikte. Da sich der Konsumraum in der „Vergnügungsstraße“ Münsters befindet, gebe es auch wenig Konflikte mit dem Umfeld. Im Rahmen der Ordnungspartnerschaft Bahnhof und der Ordnungspartnerschaft Drogen sei die Zusammenarbeit mit der Polizei gut und kooperativ. Es gibt die Absprache, dass Opiatabhängige auf dem Weg zum Konsumraum nicht auf den Besitz von Drogen hin untersucht werden. Bevor größere Maßnahmen seitens der Ordnungspartner eingeleitet werden, finden Gespräche statt.

6.4.2 Wuppertal

Beschreibung der Einrichtung

Der Konsumraum Wuppertal wurde am 15.06.2001 innerhalb der Drogenhilfeeinrichtung „Gleis 1“ eröffnet. Der Drogenkonsumraum liegt in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofes und befindet sich in einem alten Bahnhofsgebäude welches vor Eröffnung des Konsumraums aufwändig renoviert wurde.

Träger der Einrichtung ist der „Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V.“

Der Drogenkonsumraum Wuppertal wurde zunächst mit 6 Konsumplätzen eingerichtet, im Februar 2002 auf neun Plätze erweitert und ab April 2002 auf acht Plätze reduziert. 3 Konsumplätze sind für den inhalativen Konsum von Heroin vorgesehen und die restlichen 5 Konsumplätze für den intravenösen Konsum. Einer der i.v.-Plätze ist für eine Injektion in der Leistengegend mit einem Sichtschutz ausgestattet. Alle in der Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen (mit Ausnahme von Crack) inhalativ und intravenös appliziert werden. Der Anteil der Nutzung ist 30% inhalativ, nasal oder oral

(zusammen 0,1%) und intravenös 70% (davon 85% Heroin und 15% Cocktails oder Kokain). Nicht erlaubt ist der Konsum von Crack sowie jede Weiterverarbeitung von Drogen. Die aktuellen Öffnungszeiten (5/2002) sind werktags von 11.00-17.00 Uhr. Wöchentlich gibt es etwa 300 Konsumvorgänge (Durchschnitt 6/2001 bis 5/2002). der Frauenanteil an den Konsumvorgängen beträgt 11,6%. Der Cafébereich wird nach Angaben der Leitung täglich von 100-150 Besucherinnen und Besuchern frequentiert.

Tabelle 6.4-4: Räumlichkeiten Gleis 1 Wuppertal (gesamte Beratungsstelle)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Konsumraum	
1 Konsumraum 5 i.v.-Plätze,	15
1 Konsumraum, 3 Rauchplätze;	5
1 Eingangsbereich (Anmeldung, Spritzen-tausch, Wartebereich)	20
1 Toilette	2
Übrige Beratungseinrichtung	
1 Drogentherapeutische Ambulanz (Durch-gang zum Konsumraumbereich)	20
1 Arzttraum	20
Kontaktladen	60
1 Sekretariat	12
6 Beratungsbüros (3x20, 1x14, 2x12)	zusammen 100
1 Besprechungsraum	20
1 Küche	20
Toiletten, Duschen, Wäscheraum, Kleider-kammer	zusammen 50

Tabelle 6.4-5: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Wuppertal)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzenaustausch (1:1) • Trinken, Essen • Körperhygiene • Wäsche waschen • ärztliche Sprechstunde <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Sofortberatung • Soforthilfe (Soforthilfekoordination 1 x Woche) • Krisenintervention • Medizinische / ärztliche Beratung • Medizinische / ärztliche Hilfe • Vermittlung an niedergelassene Ärzte • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution • Betreuung Substituierter • Vermittlung in Übernachtung • Streetwork • Kleiderkammer 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an den eigenen und andere Träger weitervermittelt, die Zusammenarbeit sei in Wuppertal insgesamt sehr eng. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Drogenberatungsstellen • Entgiftungsstationen • alle Arten von Therapieeinrichtungen • Substitution • Soforthilfe • Niedergelassene Ärzte • Notschlafstellen

Tabelle 6.4-6: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (Gleis 1 nur Konsumraum / DTA)
1 Facharzt Psychiatrie (med. Fachaufsicht DTA) à 12 Std.
1 Krankenschwester / Sozialtherapeutin à 38,5 Std.
1 Krankenschwester / Sozialpädagogin à 30 Std.
1 Mitarbeiterin Anmeldung à 30 Std.
1 stud. Hilfskraft Anmeldung à 10 Std.
4 Rettungsassistenten zusammen 41 Std.
Übrige Beratungseinrichtung
Leitung - Sozialpädagoge/Sozialtherapeut à 38,5 Std.
Soforthilfe und Horizontadministration à 30 Std.
PSB à 38,5 Std
Kontaktladenleitung à 38,5 Std.
Sozialarbeiterin im Anerkennungsjahr à 38,5 Std.
Sekretärin à 30 Std.
Koch à 20 Std.
Stud. Hilfskräfte – Wochenenddienst ca. 72 Std.
„Arbeit statt Sozialhilfe“ Mitarbeiter 192 Std.
ABM Erzieherin – Kinderbetreuung à 38,5 Std.

Vor dem Eingangsbereich zum Vorhof treffen sich Personen, die der offenen Drogenszene angehören. Die Nutzung des Innenhofes ist den umliegenden Anwohnern vorbehalten, die diesen als Parkplatz nutzen dürfen. Auch hier ist der Konsumraum Teil eines Gesamtangebotes im niederschweligen Bereich (Café, Drogenberatung, Drogentherapeutische Ambulanz). Bei jeder Nutzung des Konsumraums muss eine Erklärung über Nutzungsbedingungen unterschrieben werden.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Gleis 1 Wuppertal

Durch das zusätzliche Angebot eines Drogenkonsumraums in Wuppertal seien Opiatabhängige erreicht worden, die zuvor keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem gehabt haben. Es würden jedoch „tagesstrukturierende“ Begleitungen, die nicht szenenah sind, fehlen. Darüber hinaus sieht die Leitung folgende Probleme in Wuppertal:

- Der Konsumraum müsse auch am Wochenende geöffnet werden, um an allen Tagen den Konsum unter hygienischen Bedingungen zu ermöglichen.
- Die Zugangsberechtigung sollte auch für Substituierte, Gelegenheitskonsumenten und Intoxikierte ausgeweitet werden. Diese Gruppen seien ohne Konsumraum einem erhöhten Todesrisiko ausgesetzt, weil sie ohnehin Drogen nehmen.
- Es bestehen Engpässe bei der Vermittlung in Substitution.
- Die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen einigen substituierenden Ärzten und den psychosozialen Betreuungskräften ist weiterhin zu verbessern.
- Es gebe nicht genügend finanzielle Mittel, um die psychosoziale Betreuung rund 600 Substituierter in Wuppertal zu gewährleisten.
- Für Jugendliche gebe es praktisch keine speziellen Entgiftungsplätze.
- Es sei bisher ungeklärt, warum Frauen Drogenkonsumräume nicht so häufig nutzen.
- Es gebe keine an eine Rehabilitation angepassten Arbeitsplätze.

- Es bestehe eine große Nachfrage beim inhalativen Konsum. Es fehlen mindestens 2 Konsumplätze zum inhalativen Konsum, die wegen der beschränkten räumlichen Möglichkeiten nicht eingerichtet werden können. Weiterhin fehle ein „Beobachtungs- / Ruheraum“ für die Zeit nach dem Konsum. Auch hierfür fehlen die räumlichen Möglichkeiten. Die personelle und finanzielle Ausstattung des Konsumraums sei bei den gegenwärtig angebotenen Hilfen ausreichend. Gewalt oder Gewaltandrohung seitens der Besucher und Besucherinnen seien äußerst selten vorgekommen.

Unmittelbar vor der Einrichtung komme es zu Szeneansammlungen. Durch Gespräche mit den Anwohnern seien aber Lösungswege gefunden worden, die die Situation verbessert haben (Verlegung des Eingangs). Es sei sehr gut gewesen, mit den Anwohnern das Gespräch zu suchen und ihre Anliegen zu berücksichtigen. Auch schreite die Polizei ein, wenn die Szeneansammlung zu groß werde. Die Zusammenarbeit mit der Polizei sei in Ordnung. Wenn der Verdacht auf professionelle Dealerei bestehe, werde sie informiert.

Um die Öffentlichkeit zu entlasten, gebe es Arbeitsprogramme (vom Träger organisiert) bei denen im Rahmen von „Arbeit statt Sozialhilfe“ Spritzen in öffentlichen Anlagen eingesammelt werden. Auch werde darauf geachtet, dass der Eingangsbereich und die Zugangswege nicht „vermüllen“.

In regelmäßigen Abständen treffen sich verschiedenen Arbeitsgruppen (Träger, Behörden, Polizei usw.) um aktuelle Probleme zu besprechen und entsprechende Maßnahmen in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum abzusprechen.

6.4.3 Essen

Beschreibung der Einrichtung

Der Konsumraum in Essen wurde vom Verein Krisenhilfe Essen e.V. am 1. August 2001 eröffnet. Er ist Teil des Drogenhilfezentrums, das von der Stadt aufwändig und zweckgebunden saniert wurde. Es besteht ein Gesamtkonzept, bei dem alle wichtigen Hilfeangebote unter einem Dach vereint sind.

Der Konsumraum ist insgesamt mit 12 Konsumplätzen ausgestattet: davon werden 8 Plätze zum intravenösen Konsum bereitgestellt, 4 zum inhalativen Konsum. Alle in der Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen konsumiert werden: Verboten ist der Konsum von Medikamenten (auch in Cocktails). Seit Oktober 2001 ist der Konsumraum von Montag- Freitag von 08.00-20.00 Uhr und samstags, sonntags und feiertags von 11.15-18.00 Uhr geöffnet (Stand 5/2002).

Wöchentlich gibt es etwa 660 Konsumvorgänge (Durchschnitt 8/2001 bis 5/2002). Der Frauenanteil an den Konsumvorgängen beträgt 19,1%. Umfassende Informationen über die verschiedenen Projekte des Trägervereins und einige Informationen zum Konsumraum werden unter <http://www.krisenhilfe-essen.de/> bereitgestellt (7/2002).

Regelmäßig dürfen nur Personen konsumieren, die auch in Essen gemeldet sind, bzw. deren Lebensmittelpunkt sich in Essen befindet. Auswärtige, die bereits unter Entzugerscheinungen leiden, dürfen einmalig den Konsumraum nutzen.

Dieses politisch gewollte Konzept wird auch von der Polizei unterstützend durchgesetzt. Für Auswärtige spricht die Polizei in Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt für einen festgelegten Bereich der Essener Innenstadt ein Aufenthaltsverbot aus. Nichtbeachtung wird mit einer Geldstrafe von 250-500 € geahndet. In Essen ist man von Seiten der Politik und der Ordnungsbehörden bemüht, auswärtige Drogenabhängige fern zu halten.

Tabelle 6.4-7: Räumlichkeiten Krisenhilfe Essen (ganzer Gebäudekomplex)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Konsumraum	
1 Konsumraum 8 i.v.-Plätze,	22
1 Konsumraum, 4 Rauchplätze	13
1 Überwachungsraum (Anmeldung, Besteckausgabe)	8,5
1 Warteraum	18
Übrige Beratungseinrichtung	
Erdgeschoss	je Etage ca. 200-300
Konsumraum (s. o.), 12 Notschlafplätze mit entsprechenden san. Einrichtungen, Küchenbereich	
1. Etage	
Kontakt- / Krisencafé (Kontaktladen)	
separates Frauencafé	
Beratungsbüros	
Veranstaltungsraum	
2. Etage	
Methadonambulanz	
3. Etage	
Beratungsstelle (Betreuung / Beratung / Vermittlung)	
4. Etage	
Geschäftsführung / Verwaltung / Prävention / Pädagogische Leitung	

Tabelle 6.4-8: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Essen)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch • Trinken, Essen • Körperhygiene • Wäsche waschen • ärztliche Sprechstunde (4x pro Woche) <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Sofortberatung • Krisenintervention • Medizinische / ärztliche Beratung • Medizinische / ärztliche Hilfe • Vermittlung an niedergelassene Ärzte • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung in Substitution • Substitutionsambulanz • Betreuung Substituierter • Vermittlung in Übernachtung • Betreutes Wohnen • Streetwork • Angebote für Frauen (z. B. Frauencafé) • Kleiderkammer 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird an den eigenen und andere Träger weitervermittelt, die Zusammenarbeit sei in Essen insgesamt sehr eng. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Drogenberatungsstellen • Café Basis für Jugendliche • Entgiftungseinrichtungen in Essen und Umgebung (insbesondere Rheinische Kliniken Essen) • alle Arten von Therapieeinrichtungen

Bei der Krisenhilfe Essen handelt es sich um eine Beratungseinrichtung, die mit ihren Angeboten fast das gesamte Spektrum des Drogenhilfesystems von der Prävention bis zur ambulanten Betreuung (mit Ausnahme ärztlicher stationärer Behandlung) abdeckt.

Tabelle 6.4-9: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / Konsumraum und DTA)

Personal / Wochenarbeitszeit (nur Konsumraum / DTA Essen)
1 Arzt / Ärztin à 10 Std. zusätzlich „Arztmobil“ à 6 Std.
Sozialarbeiter / Sozialpädagoginnen zusammen 42 Std.
2 Krankenpfleger zusammen 68,5 Std.
ca. 20 Honorarkräfte zusammen 144 Std.
externe Putzfirma

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Essen

Insgesamt komme nach Ansicht der Leitung das Angebot bei den Besucherinnen und Besuchern gut an, unter anderem, da man innerhalb des Drogenhilfezentrums unkompliziert und zum Teil „ad hoc“ in spezielle Angebote weitervermitteln könne. Beratungsgespräche fänden meist außerhalb des Konsumraums statt (z. B. im Kontaktcafé). Es könne auch beobachtet werden, wie sich das „Safer-Use“-Verhalten durch ständige Tipps bei den Drogenkonsumierenden mit der Zeit ändere. Aus Sicht der Leitung bestehen einige strukturelle Probleme:

- Es gebe insgesamt zu wenig qualifizierte Entzugsplätze in Essen.
- Bei der Substitutionsbehandlung bestehe ein Engpass (obwohl sogar im eigenen Haus eine Substitutionsambulanz vorhanden ist).
- Liegen besondere Kriterien vor, können einzelne Nutzer und Nutzerinnen des Drogenkonsumraums im Rahmen der Soforthilfe kurzfristig in die Substitutionsambulanz II (im Haus) weitervermittelt werden.
- Das Verfahren zur Zulassung einer Substitutionsbehandlung sei insgesamt zu langwierig (in Essen mindestens 1-3 Monate).
- Es fehle an Tagesruhebetten.

Dem Konsumraum fehle es an Erweiterungsmöglichkeiten, Notfälle müssten im Konsumraum behandelt werden, es gebe keinen direkt angeschlossenen Notfallraum. Auch sei die DTA räumlich zu weit entfernt, so dass ein unmittelbarer Kontakt nicht möglich sei. Es gebe zwar sanitäre Anlagen für den Konsumraum, diese seien für die Klientel jedoch nur mit Begleitung zu erreichen. Gemessen an der Nachfrage sei der Konsumraum insgesamt zu klein. Die personelle und finanzielle Ausstattung sei in Ordnung.

Da es anfänglich zahlreiche Beschwerden aus dem Umfeld gegeben habe, sei ein Kommunikationsmanagement eingerichtet worden. Alle Geschäftsleute der Umgebung und auch die privaten Anwohner seien in Gesprächen über die Einrichtung informiert worden. Bei der Krisenhilfe gebe es einen festen Ansprechpartner, an den inzwischen auch alle Beschwerden in Zusammenhang mit dem Konsumraum gerichtet werden. Auf Beschwerden werde sofort reagiert.

Um eine Vermüllung der Umgebung zu vermeiden, wurde ein Säuberungsdienst mit Besuchern des Cafébereichs eingerichtet.

Ungeklärt sei das Problem der „Auswärtigen“. Da sie nicht im Konsumraum konsumieren dürften (Auflage von Stadt und Polizei), würden sie in unmittelbarer Umgebung des Konsumraums draußen (Häusereingangsbereiche, Kellertreppen, Kellereingänge) konsumieren. Bei den gegenwärtigen Auflagen könne das Problem nicht gelöst werden. Szeneansammlungen werden nicht geduldet

(ebenfalls Auflage von Stadt und Polizei). Hierfür sei ein Mitarbeiter zuständig, der die umliegenden Straßen kontrolliere.

Es bestehe in Essen ein Arbeitskreis „Drogenkonsumraum“, an dem alle Entscheidungsträger beteiligt sind. Es gebe bei der Polizei direkte Ansprechpartner. Bislang bestehe mit der Polizei eine gute Zusammenarbeit. Im Vorfeld wurde das Konzept des Konsumraums auch polizeiintern vorgestellt. Falls es seitens der Polizei nötig sei, in den Konsumraum zu kommen, bestehe die Absprache einer vorherigen Anmeldung (außer bei „Gefahr in Verzug“). Jedoch seien in der Vergangenheit nicht immer alle Beamten vor Ort über bestehende Absprachen informiert gewesen. Durch Intervention seitens der Polizeiführung sei dieses Problem jedoch inzwischen gelöst.

Im Vorfeld der Eröffnung wurde von der Universität Essen ein Konzept für die Stadt Essen zur Verlagerung der Drogenszene bei gleichzeitiger Verbesserung der Angebote ausgearbeitet, das in Essen unter Mitwirkung aller beteiligten Behörden und Vertretern des Drogenhilfesystems sukzessive umgesetzt wurde.

6.4.4 Köln

Beschreibung der Einrichtung

Der Konsumraum Köln wurde am 3. September 2001 eröffnet. Er befindet sich unmittelbar neben dem Hauptbahnhof auf dem Gelände des Generalvikariats. Der Konsumraum ist Teil des Angebots der Kontakt- und Notschlafstelle. Der Trägerverein ist der Sozialdienst Katholischer Männer (SKM) Köln e.V. Das Gebäude, in dem der Bundesgrenzschutz untergebracht ist, befindet sich direkt gegenüber der Kontaktstelle. Um zum Konsumraum zu gelangen, muss der Parkplatz des Bundesgrenzschutzes überquert werden. Vor dem Eingang der Kontaktstelle parken die Einsatzfahrzeuge des Bundesgrenzschutzes.

Mit 3 Konsumplätzen ist der Konsumraum Köln derzeit (5/2002) der „kleinste“ in Deutschland. Von den drei Konsumplätzen kann ein Konsumplatz als Raucherplatz genutzt werden. Erlaubt ist der intravenöse und inhalative Konsum der in der Rechtsverordnung genannten Substanzen, mit Ausnahme von Cocktails, die Bestandteile von Tabletten enthalten. Ebenso ist die orale Einnahme von Tabletten nicht erlaubt. Intravenöser Heroinkonsum hat einen Anteil von 80% an der Gesamtnutzung, Kokain weniger als 5%, inhalativer Heroinkonsum ca. 15%. Der Konsumraum ist Montag von 08.00-13.00 Uhr, Dienstag bis Freitag von 08.15-13.00 und 14.00-17.15 Uhr geöffnet.

Wöchentlich gibt es etwa 30 Konsumvorgänge (Durchschnitt 9/2001 bis 5/2002). Der Frauenanteil an den Konsumvorgängen beträgt 23,6%. Ein Internetangebot ist nicht bekannt.

Tabelle 6.4-10: Räumlichkeiten Konsumraum Köln (gesamte Einrichtung)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Alle Räume befinden sich in der 2. Etage	
1 Konsumraum 2 i.v.-Plätze, 1 Raucherplatz	12
1 Büro	14
1 Büro	9
3 Schlafräume (9, 9, 14)	zusammen 32
1 Arztraum	9
1 Toilette Personal	4
1 Bad / Toilette Frauen (Klientinnen)	6
1 Männerdusche / Waschraum (Klienten)	9
1 Toilette Männer (Klienten)	2
Küche (mit Theke zum Cafëbereich)	8
Kontaktcafë	38
Flurbereich und Vorraum	zusammen 30

Tabelle 6.4-11: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Köln)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzentausch • Trinken, Essen • Körperhygiene • medizinische Versorgung • 10 Notschlafplätze (3 Frauen, 7 Männer) • Vermittlung zu anderen Notschlafstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Träger verfügt selbst über mehrere weitergehende Angebote aus dem Bereich Drogenhilfe. Es wird aber auch an andere Träger weitervermittelt. Die Zusammenarbeit sei in Köln insgesamt sehr intensiv. <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • andere Drogenberatungsstellen • andere Kontaktstellen • Entgiftungsstationen • alle Arten von Therapieeinrichtungen • Substitutionsambulanzen • Wohnprojekte • Reha-Zentrum • Notschlafstellen • gesamtes Spektrum Sozialarbeit in Köln
<p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • ärztliche Beratung (12 Std. je Woche) • Aids- und Hepatitisberatung • psychosoziale Beratung • Rechtsberatung durch Anwälte • Betreuung • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in Therapie • Programm „Soforthilfe“ NRW • Wäsche waschen • Vermittlung an andere Drogenhilfestellen • Vermittlung in Wohnprojekte • Kleiderkammer 	

Tabelle 6.4-12: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (nur Konsumraum / DTA Köln)
Konsumraum
1 Ärztin à 12-15 Std. (extern vom Gesundheitsamt)
3 medizinische Fachkräfte zusammen 106 Std.
1 medizinische Fachkraft à 19,25 Std. (bei Besuch nicht besetzt, aber ausgeschrieben)
Übrige Einrichtung
1 Leiter à 13 Std.
9 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen à 29 Std.
2 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen im Anerkennungsjahr à 38,5 Std.
4 Zivildienstleistende / freiwilliges Soziales Jahr
Notschlafstelle
1 Leiter à 13 Std.
6 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen à 19,25 Std.
8 Studentische Aushilfskräfte zusammen 72 Std.

Der Drogenkonsumraum gehört mit drei Drogenkonsumplätzen zu den kleinsten Einrichtungen dieser Art. Er ist vollständig in die Kontaktstelle des „Sozialdienstes Katholischer Männer“ (SKM) integriert und Teil dieses Gesamtangebotes. Die gesamte Einrichtung ist für 20 Besucher konzipiert, die sich dort zeitgleich aufhalten können. Falls mehr Besucher gleichzeitig in die Einrichtung wollen, wird der Zugang durch einen Mitarbeiter reglementiert, so dass die vorgesehene Personenzahl nicht überschritten wird. Für die maximal 20 gleichzeitig anwesenden Personen sind zeitgleich neben dem Küchenpersonal und der Krankenschwester / dem Krankenpfleger des eigentlichen Drogenkonsumraums immer 3 Sozialarbeiter / Sozialpädagogen zur Betreuung der Besucher und Besucherinnen anwesend.

Gemessen an der geschätzten Zahl von 8.000 bis 12.000 Drogenabhängigen in Köln (zur offenen Drogenszene werden etwa 1.000 Personen gerechnet) ist die Frequentierung des Konsumraums gering. Eine Zulassung haben durchschnittlich 50-80 Leute gleichzeitig.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Köln

Aus Sicht der Leitung gibt es in der eigenen Einrichtung keine Defizite oder Probleme: Die räumliche, personelle und finanzielle Ausstattung seien völlig in Ordnung. Es bestünden jedoch strukturelle Probleme im Hilfesystem Kölns:

- Es gebe insgesamt zu wenig tagesstrukturierende Maßnahmen für die Klientel. Insbesondere fehle es an Möglichkeiten zu arbeiten (entsprechend angepasste Arbeitsplätze vorausgesetzt).
- Trotz Nachfrage betrage die Wartezeit für eine Paarentgiftung in der Regel 4-6 Wochen.
- Es gebe zu wenig Entgiftungsplätze für Jugendliche.
- Die psychosoziale Diagnostik könne insgesamt verbessert werden.

Der Kontakt zu den Besuchern und Besucherinnen sei insgesamt gut, selten gebe es Konflikte. Das Verhältnis zur Polizei sei ebenfalls gut, die Zusammenarbeit funktioniere ebenfalls. So werden beispielsweise auch Fortbildungsmaßnahmen für Polizisten in den Räumen der Beratungsstelle durchgeführt.

Insgesamt gebe es mehrere Arbeitsgruppen in Köln, in denen sich Entscheidungsträger verschiedener Institutionen und Behörden regelmäßig zu Fachgesprächen treffen.

6.4.5 Aachen

Beschreibung der Einrichtung

Der Konsumraum Aachen wurde am 2. Januar 2002 eröffnet und liegt in unmittelbarer Nähe der offenen Drogenszene am Kaiserplatz. Das heißt, der Treffpunkt der offenen Drogenszene Aachens befindet sich direkt vor der Tür des Konsumraums und des unmittelbar daneben liegenden Kontaktcafés „Relax“. Ebenso wie der Konsumraum mit der angeschlossenen Drogentherapeutischen Ambulanz, wird auch das Kontaktcafé vom Verein „Drogenhilfe Aachen“ betrieben. Informationen über den Trägerverein und die verschiedenen Projekte des Vereins finden sich im Internet unter <http://www.drogenhilfe-aachen.de> (7/2002). Dort werden auch Quartalsberichte zum Betrieb des Drogenkonsumraums bereit gestellt.

Der Konsumraum ist mit 4 Konsumplätzen ausgestattet, von denen auch 2 zum inhalativen Konsum genutzt werden können. Erlaubte Drogen sind Heroin, Kokain, Cocktails und Amphetamine. Zu 99% wird Heroin konsumiert, davon 80% intravenös und 19% inhalativ, 1% entfällt auf andere Drogen. Verboten sind Leisten- und Halsinjektionen, bei Leisteninjektionen werden nach ärztlicher Rücksprache aus gesundheitlichen Gründen Ausnahmen zugelassen. Verboten ist der Konsum von Alkohol, Zigaretten und Crack. Geöffnet ist von Montag- Freitag von 11.00-16.00 Uhr und Samstag von 12.00-15.00 Uhr (Stand 5/2002).

Wöchentlich gibt es seit der Eröffnung etwa 80 Konsumvorgänge (Durchschnitt 1/2002 bis 5/2002). der Frauenanteil an den Konsumvorgängen beträgt 12,2%. Zum Befragungszeitpunkt waren 80 Nutzer und Nutzerinnen zugelassen.

Tabelle 6.4-13: Räumlichkeiten Konsumraum Aachen (DTA / Konsumraum / Café)

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Konsumraum / DTA	zusammen 60
1 Konsumraum 2 i.v.-, 2 Raucherplätze	
1 Büro	
1 Flur / Wartebereich	
1 Beratungsraum	
1 Arzttraum / DTA-Behandlungsraum	
1 Lagerraum	
2 Toiletten	
Kontaktcafé Relax	zusammen 150
Kontaktcafé (30 Plätze) / Spritzentausch	100
Bürobereich	
1 Lagerraum	
Küche / Thekenbereich	
1 Dusche / 2 Toiletten	
1 Wäscheraum	

Tabelle 6.4-14: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Aachen)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritzenaustausch • Trinken, Essen • Körperhygiene • ärztliche Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Träger verfügt selbst über mehrere weitergehende Angebote aus dem Bereich Drogenhilfe. Es wird aber in sämtliche Einrichtungen des Suchthilfesystems weitervermittelt.
<p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • „Safer-Sex“-Beratung • Kondomvergabe • ärztliche Beratung • psychosoziale Beratung • Vermittlung in Rechtsberatung • Frauenberatung • Frauenfrühstück (wöchentlich) • Frauencafé für drogenabhängige Prostituierte (zeitweise) • Steetwork (Szene unmittelbar vor der Tür) • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in Therapie • Programm „Soforthilfe“ NRW • Betreuung Substituierter • Bereitstellung von Schließfächern • Wäsche waschen • Vermittlung in sämtliche Einrichtungen des Suchthilfesystems • Arbeitsprojekte für Abhängige mit geringer Entlohnung (Spritzensammelprojekt mit 5 Klienten, „Begrünungsprojekt“ mit 2 Klienten) 	<p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entgiftung • ambulante / stationäre Therapie • Vermittlung an niedergelassene Ärzte (Methadon / Psychiatrie) • Rechtsberatung • gesamtes Spektrum Sozialarbeit in Aachen

Eine zusätzliche Drogenberatungseinrichtung ist ausgelagert und befindet sich fußläufig in ca. 500m Entfernung.

Tabelle 6.4-15: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (gesamte Einrichtung Aachen)
Konsumraum / DTA
1 Arzt à 30 Std.
1 Ärztin à 19,25 Std.
1 Krankenschwester à 19,25 Std.
1 Sozialarbeiter à 30 Std.
1 Sozialarbeiter (ABM) à 38 Std.
Honorarkräfte zusammen 8 Std.
Reinigungskraft à 10 Std.
Cafébereich
1 Leiter (Organisation) à 30 Std.
1 Leiterin (Pädagogik) à 30 Std.
2 Sozialarbeiter / Sozialarbeiterinnen (ABM) à 38 Std.
2 Erzieher / Erzieherinnen (ABM) à 38 Std.
4 Stellen „Arbeit statt Sozialhilfe“ à 35 Std.
2 Honorarkräfte zusammen 8 Std.

Fast alle Kontakte im Drogenkonsumraum finden durch eine Glasscheibe hindurch statt. Der Konsumraum kann über die volle Länge eingesehen werden. Nach Angaben der Leitung ist die Kommunikation dadurch jedoch nicht beeinflusst. Während des Erhebungszeitraumes seien bei 1899 Konsumvorgängen 242 psychosoziale Gespräche geführt worden (etwa bei jedem 8. Konsumvorgang) und 25 weiterführende Vermittlungen durchgeführt worden (etwa bei jedem 25. Konsumvorgang). Der Einlass ist durch einen Türdienst geregelt.

Das Kontakt-Café „Relax“ befindet sich direkt neben dem Drogenkonsumraum. Die Eingänge sind voneinander getrennt. Im Kontaktcafé arbeiten mehrere Personen aus „ABM-Maßnahmen“ und „Arbeit-statt-Sozialhilfe“. Die Personalfuktuation ist nach eigenen Angaben sehr hoch. Essen und Trinken werden zum Selbstkostenpreis angeboten.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Aachen

Aus Sicht der Leitung des Konsumraums besteht das Hauptproblem insgesamt in der schlechten finanziellen Grundausstattung des Konsumraums und des Cafébereiches. Die Gelder sind in der jüngeren Vergangenheit noch einmal gekürzt worden, ohne dass darüber seitens der Stadtverwaltung oder Politik ein Dialog stattgefunden habe. Hierdurch entstehen vielfältige Probleme bei der Betreuung der Drogenabhängigen:

- Insgesamt gebe es im Beratungs-/ Kontaktbereich des Café Relax zu wenig Fachpersonal. Viele Stellen werden durch ABM-Maßnahmen oder das „Arbeit-statt-Sozialhilfe“-Programm finanziert. Hierdurch entstehe eine hohe Personalfuktuation, die eine kontinuierliche Beratung und Betreuung durch ständig neue Kontaktpartner sehr erschwere.
- Die Nachfrage nach Beratung seitens der Opiatabhängigen sei im Cafébereich viel größer als derzeit angeboten werden könne.
- Oft sei zu wenig Personal im Cafébereich da, um Leute gezielt ansprechen zu können. Auch seien die fachlichen Kompetenzen für eine qualifizierte sozialarbeiterische Ansprache nicht immer vorhanden.

- Das Ärztemodell der DTA und des Konsumraums wird wegen der hohen Kosten in der Zukunft nicht gehalten werden können.

Neben der schlechten finanziellen Grundausstattung der DTA und des Cafébereiches sieht die Leitung weitere strukturelle Defizite beim Drogenhilfesystems Aachens:

- Es gebe kaum Beschäftigungsmöglichkeiten für Substituierte. Sie würden sich deswegen weiterhin oft in der Szene aufhalten, was die Erfolgsaussichten eher verringere.
- Es gebe in Aachen nicht eine einzige Notschlafstelle.
- Die „ambulante Soforthilfe“ laufe zum 31.12.02 aus und würde zunächst nicht weiterfinanziert.
- Es gebe insgesamt zu wenig substituierende Ärzte in Aachen.
- Der Stellenschlüssel für die psychosoziale Betreuung Substituierter (4 Stellen für etwa 430 Substituierte) reiche bei weitem nicht aus, um eine angemessene Betreuung zu gewährleisten.

Die Zugangsbedingungen zum Konsumraum seien eigentlich nicht als „niederschwellig“ zu bezeichnen. Es sei aber ausdrücklicher Wunsch der Politik gewesen, die Zugangsbedingungen in der jetzigen Form zu gestalten. Auch die Höchstzahl von 80 ausgegebenen Benutzerausweisen sei durch die Politik festgelegt worden.

Sehr problematisch seien die Beziehungen zum Umfeld. Es habe sich der Verein „Initiative Kaiserplatz“ gebildet, der es sich zur Aufgabe gemacht habe, für eine Vertreibung der Szene vom Kaiserplatz zu sorgen. Seitens dieses Vereins hätten zunächst Vorurteile gegenüber der Drogenhilfeeinrichtung bestanden, durch regelmäßig stattfindende Gespräche habe sich die Situation weitgehend entspannt. Nach Angaben der Leitung bestehe für die Bürgerinitiative und Drogenhilfe das gemeinsame Problem der Szeneansammlung vor der Einrichtung. Zu dieser Entwicklung trage auch die zentrale Lage innerhalb von Aachen bei. Der Kaiserplatz befinde sich als zentraler Platz immer im Fokus der Öffentlichkeit.

Nicht ganz einfach sei es auch, dass der Arzt der DTA trotz einer fachspezifischen Zusatzausbildung keine Zulassung als niedergelassener Arzt bzw. die DTA keine Zulassung als ärztliche Praxis habe. Hierdurch sei eine Weitervermittlung (Überweisung) auch bei Problemfällen (akute Suizid-Gefahr, Überweisung in Entzug) sehr schwierig. Als Zwischenlösung wird eine enge Zusammenarbeit mit einer bereits bestehenden Arztpraxis angestrebt.

Insgesamt gebe es eine gute Zusammenarbeit mit der Polizei. Trotzdem sei das Verhältnis nicht immer ganz einfach. So greife die Polizei recht konsequent durch. Obwohl Polizei und Politik auf Ausweisen für die Nutzer bestanden hätten, nützten diese Ausweise bei Polizeikontrollen nichts, selbst wenn sich die Opiatabhängigen gerade auf dem Weg zum Konsumraum befänden. Allerdings fänden keine Kontrollen innerhalb des Konsumraums und unmittelbar vor der Tür des Konsumraums statt.

6.5 Konsumräume im Saarland

Der Drogenkonsumraum in Saarbrücken aus Sicht der Polizei

Trotz rechtzeitiger Anfrage über die Beschwerdelage des Drogenkonsumraums Saarbrücken und dessen Umgebung liegen leider keine schriftlichen Stellungnahmen und Informationen der zuständigen Polizeibehörden vor.

Im Saarland wird derzeit ein Konsumraum betrieben.

6.5.1 Saarbrücken

Beschreibung der Einrichtung

Mit Eröffnung des Drogenkonsumraums im Jahr 1999 wurde die offene Drogenszene in Saarbrücken von der Polizei aufgelöst. Das geschah in Absprache mit der Stadt und den Vertretern des Drogenhilfesystems.

Der Drogenkonsumraum ist Teil des Drogenhilfezentrums Saarbrücken und befindet sich etwas außerhalb des Zentrums. Das Drogenhilfezentrum verfügt über ein großes Gebäude und Anbauten in U-Form und wurde am jetzigen Standort im Juli 1992 eröffnet. In der Mitte des Komplexes befindet sich der Innenhof. Auf dem Hof treffen sich Teile der offenen Drogenszene der Stadt Saarbrücken.

Neben anderen Hilfeangeboten gibt es seit dem 6. April 1999 auch den Drogenkonsumraum als niederschwelliges Angebot. Der eigentliche Drogenkonsumraum ist ein ehemaliger Dushraum und verfügt über 20 Konsumplätze zur Applikation von Drogen. Auf Wunsch mehrerer Frauen ist ein Konsumplatz mit einem Sichtschutz ausgestattet. Drogen dürfen ausschließlich intravenös appliziert werden. Erlaubt sind alle in der Rechtsverordnung genannten Substanzen. Der Konsumraum ist täglich – auch feiertags – von 10.00-19.00 Uhr geöffnet.

Die Einlassvorgänge, die mit Konsumvorgängen gleichgesetzt werden, werden täglich erhoben und monatlich zusammengefasst. Diese Daten wurden jedoch den Evaluatoren nicht bereitgestellt.

Derzeit gibt es 1.463 eingeschriebene Nutzerinnen und Nutzer, von denen 81% männlich und 19 % weiblich sind. Nach Angaben der Leitung wird der Konsumraum durch Franzosen und Rheinland-Pfälzer sowie durch Russland-Deutsche in erheblichem Ausmaß frequentiert.

Tabelle 6.5-1: Räumlichkeiten Drogenhilfzentrum Saarbrücken

Anzahl / Funktion der Räume	geschätzte Größe (in m ²)
Konsumbereich	
1 Konsumraum 20 i.v.-Plätze	35
1 Warteraum / Vorzimmer	28
1 Krankenpflegezimmer	15
Übrige Einrichtung	
1 Kontaktcafé	60
1 Küche	25
sanitäre Anlagen (Toiletten mit Duschen, Wäsche- / Trocknerraum)	30
1 Sekretariat	15
1 Lagerraum (Vorräte / Spritzenvorräte)	30
1 Mitarbeiterraum (angeschlossen an Lager)	10
4 Beratungsbüros	zusammen 100
Notschlafstelle	
1 Büro / 1 Aufenthaltsraum / 1 Küche	zusammen 30
2 Schlafräume	zusammen 30
1 Ruheraum für Personal	20

(Sanitäre Einrichtungen sind nicht in allen Teilen des Gebäudes explizit mitgezählt worden.)

Tabelle 6.5-2: Direkt angeschlossene / nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote (Konsumraum Saarbrücken)

Direkt angeschlossene Hilfeangebote	Nicht direkt angeschlossene Hilfeangebote
<p>Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprizentausch • Trinken, Essen • Körperhygiene • medizinische Versorgung <p>Beratung / Vermittlung / sonstige Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Safer-Use“-Beratung • Hepatitis-Beratung, Hepatitis-Testung • Beratung mit Ausstiegshilfe • Vermittlung in Entgiftung • Vermittlung in Therapie • Vermittlung in Substitution • Vermittlung in „Therapie sofort“ • Kontaktcafé • Notschlafstelle • Kleiderkammer • Wäsche waschen • "Frauen-Nacht-Café“ für Prostituierte • Begleitung / Beratung materielle Grundsicherung • Einzelfallbegleitung (Unterstützung, Koordination) • Kontakt zu Ämtern • Beratung zu Strafverfolgung • Angehörigenberatung (auch anonym) 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird in alle Einrichtungen des Hilfesystems weitervermittelt <p>speziell wurden im Interview genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entgiftung • ambulante / stationäre Therapie • Krankenhäuser • niedergelassene Ärzte • Vermittlung in andere Beratungseinrichtungen • Kooperation mit anderen Beratungseinrichtungen • Kooperation mit Anlaufstellen für Jugendliche • gesamtes Spektrum Sozialarbeit in Saarbrücken

Tabelle 6.5-3: In der Einrichtung beschäftigtes Personal (Stand Mai 2002 / gesamte Einrichtung)

Personal / Wochenarbeitszeit (inkl. Konsumraum / Beratung / Übernachtung) Drogenhilfezentrum Saarbrücken
1 Geschäftsführer à 10 Std.
1 Leiter in Sozialarbeiterfunktion à 38,5 Std.
3 Sozialarbeiter à 38,5 Std.
2 Sozialarbeiter à 19,25 Std.
1 Krankenpfleger à 29 Std.
1 Köchin à 38,5 Std.
1 Stelle Hauswirtschaft à 38,5 Std.
1 Hausmeister à 38,5 Std.
1 Sekretärin à 29 Std.
31 Honorarkräfte zusammen ca. 420 Std.
5 Zivildienststellen à 38,5 Std.
2 Stellen „freiwilliges soziales Jahr“ à 38,5 Std.

Schwierigkeiten / Probleme aus Sicht der Leitung des Konsumraums Saarbrücken

Aus Sicht der Leitung gibt es – mit Ausnahme der finanziellen Ausstattung – insgesamt wenige Defizite, die behoben werden könnten. Aufgrund der finanziellen Rahmenbedingungen sei es nötig, viele Honorarkräfte einzustellen. Es fehle an zusätzlichem qualifiziertem Personal, um das Beratungsangebot zu professionalisieren. Es bestehe auch dringender Bedarf zur Modernisierung der EDV-Anlagen. Auch sei es zur Zeit nicht möglich, Fortbildungen (Einführung in PC-Auswertung) oder Supervisionen zu finanzieren. Insgesamt sei das Drogenhilfesystem in Saarbrücken gut ausgebaut, zeige jedoch noch Lücken:

- Problematische Zielgruppen seien die besonders jungen Menschen und die langjährig Opiatabhängigen. Für langjährig Opiatabhängige fehlen aus Sicht der Leitung tagesstrukturierende Angebote und Konzepte zur Lebensbewältigung nach einem Entzug.
- Um Jugendliche, die sich vor der Einrichtung aufhalten, besser erreichen zu können, wurde in der Vergangenheit die Kooperation mit der Jugendberatungsstelle deutlich intensiviert.

Bezogen auf die Einrichtung sei vor allem der Konsumraum in Spitzenzeiten zu klein, im „Großen und Ganzen“ jedoch groß genug. Im Hofbereich gebe es selten größere Handgreiflichkeiten.

Problematisch sei das Verhältnis zum Umfeld der Einrichtung. Es gebe eine durch das Internet gelenkte Prostitution im Viertel mit den entsprechenden Folgeproblemen. Auch komme es häufig zu Konsumvorgängen außerhalb der Einrichtung. Um die Belastung durch Spritzenfunde zu minimieren, hat die Stadt einen Fegedienst für bekannte Konsumorte eingerichtet, im Umfeld der Einrichtung sammeln Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen regelmäßig Spritzen ein. Gegen die Prostitution im Viertel wolle die Polizei verstärkt vorgehen.

Die Kontakte zur Polizei seien ausgezeichnet, es fänden regelmäßig Treffen mit Fachgesprächen statt. Auch gebe es übergeordnete Arbeitsgruppen in denen sich Entscheidungsträger regelmäßig mit Themen in Zusammenhang von Drogenkonsum austauschen und absprechen. Dieses Vorgehen habe man in Frankfurt bei der „Montagsrunde“ abgeschaut und damit selbst sehr gute Erfahrungen gemacht.

Insgesamt bestehe ein gut funktionierendes „Frühwarnsystem“, das sich für die Kommunikation der verschiedenen Interessengruppen sehr gut bewährt habe.

Im Leiterinterview wurde zu der personellen Ausstattung angemerkt, dass man sich statt der vielen verschiedenen Honorarkräfte lieber noch vollprofessionelle Unterstützung wünsche, um ein auf jeden Opiatabhängigen individuell abgestimmtes Hilfeangebot weiter verbessern zu können.

Der unmittelbare Kontakt zu den Drogenabhängigen kann aus Sicht der Leitung als sehr gut bezeichnet werden. Es würden sich oft langzeitige „Arbeitsbeziehungen“ mit den Abhängigen bilden, die im Einzelfall aus der Sucht hinausführen.

7 Einhaltung der Mindeststandards in den Drogenkonsumräumen

7.1 Einleitung

Im Folgenden wird die Einhaltung der durch die jeweiligen Rechtsverordnungen vorgegebenen Mindeststandards – nach Bundesländern geordnet – beschrieben. Datengrundlage sind die Interviews, die mit den Betreibern durchgeführt wurden, die zusätzlich bereitgestellten und / oder an anderer Stelle gesammelten Daten.

Um die Einhaltung der Mindeststandards zu überprüfen und die Arbeit der Drogenkonsumräume zu evaluieren und zu dokumentieren, wurden alle in Kapitel 3 aufgeführten Drogenkonsumräume besichtigt. Neben der Besichtigung ist mit den jeweiligen Leitern und / oder Betreibern der Einrichtungen ein ausführliches, standardisiertes Interview durchgeführt worden (Länge 120-180 Min.), in dem auch die Einhaltung der „inhaltlichen“ Mindeststandards abgefragt wurde. Die Angaben wurden durch dokumentierte Daten ergänzt.

An den jeweiligen Besichtigungstagen sind außerdem mit jeweils ca. 10 Nutzern und Nutzerinnen der Konsumräume Interviews durchgeführt worden. (Die Ergebnisse dieser Befragung finden sich in Kapitel 8).

Bei Besonderheiten, die in den Einrichtungen beobachtet werden konnten, wird darauf hingewiesen, dass es sich um einen einmaligen Besuch gehandelt hat und besondere Vorkommnisse nicht jeden Tag passieren müssen.

Da es bei der Datenerhebung große Unterschiede in Umfang und Qualität der bereitgestellten Daten gab, sind die Daten der Drogenkonsumräume nicht in jeder Beziehung miteinander vergleichbar. Um die vorbereitenden Arbeiten (Suchen der gewünschten Daten der letzten Jahre) für das Personal in den Einrichtungen im Umfang so gering wie möglich zu halten, sollten Daten, die vorher schon an anderen Stellen gesammelt wurden (etwa bei Behörden der jeweiligen Städte), vom Einrichtungspersonal nicht nochmals erfragt.

7.2 Einhaltung der Mindeststandards in Hamburg

Auf Wunsch der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg sollten nicht alle in der Hamburger Rechtsverordnung genannten Kriterien von den Untersuchern geprüft werden. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Prüfung der Einhaltung der in den Rechtsverordnungen der Länder aufgeführten Mindeststandards auch in den übrigen Bundesländern grundsätzlich der Zuständigkeit des Landes unterliegt¹⁴.

Dementsprechend wurden in Hamburg die zu prüfenden Kriterien mit der Behörde für Umwelt und Gesundheit abgesprochen. Für den Bericht ist der von der Stadt Hamburg entwickelte Prüfkatalog zur Verfügung gestellt worden. Er bildet die Grundlage für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums:

¹⁴ Die Auftragserteilung zu dieser Evaluationsstudie erfolgte durch das Bundesgesundheitsministerium in Absprache mit den zuständigen Landesbehörden, so dass die Überprüfung der Mindeststandards ohne Einschränkungen mit Ausnahme des Landes Hamburg in den übrigen untersuchten Bundesländern möglich war.

<u>Antragsteller:</u>	xxx e.v.
<u>Projekt/Einrichtung:</u>	
<u>Antragsdatum:</u>	<u>00.00.2001</u>
<u>I. Zweckbestimmung:</u>	
a) Gemeinnützigkeit:	ja
b) öffentlich gefördert:	Zuwendung G 32
c) staatlich anerkannt:	xxxxxx
d) Betriebsziel helfender Kontakt:	ja
e) Zielgruppe:	niedrigschwellig
f) Vermittlung in weiterführende Angebote:	ja (Substitution, PSB, Entgiftung, aT, stT)
<u>II. Verantwortliche Person (§ 3):</u>	
	xxxxxxxx
<u>III. Ausstattung (§ 4):</u>	
a) abgegrenzt :	ja
b) qm-Größe:	29,4 qm
c) Platz-Zahl:	6 i.v., 2 inhalativ
d) Hygiene, Sauberkeit:	ja, Desinfektion nach jeder Öffnungszeit
e) Flächenmaterial:	Einzelaufstellung: ordnungsgemäß
f) Zubehör:	ja
g) Belüftung:	Fenster, Entlüftungsanlage
h) Beleuchtung:	3 Leuchten
i) Sonstiges:
<u>IV. Notfallversorgung (§ 5):</u>	
a) Sichtkontrolle:	ja
b) geschultes Personal:	mind. 1 MA
c) Interventionspotenzial:	ja
d) technische Vorrichtungen:	Sauerstoff, Ambubeutel, Blutdruck, Signalleuchte
e) Zugang ext. Rettungsdienst:	ja
f) Notfallplan:	ja, MA-einsehbar und aktualisiert beigefügt / nicht beigefügt
<u>V. Medizinische Beratung und Hilfe (§ 6):</u>	
a) Beratungsumfang Safer Use voll/eingeschränkt:	voller Umfang Safer Use
b) ergänzende Ausführungen:	nein
c) Aussagen zu „keine Assistenz/aktive Hilfe“:	ja
d) medizinisch geschultes Personal:	ja (keine Nachweise beigefügt)
<u>VI. Vermittlung weiterführender und ausstiegsorientierter Angebote (§ 7):</u>	
a) Aufzeigen, Initiieren, Veranlassen:	nur allgemeine Aussage, vgl. Pkt.I f.
b) Aufzählung der eigenen Angebote:	ja
c) Hilfestellungen Entgiftung:	keine weiteren Ausführungen
d) externe Realisierung:	Aussage zu Fallkonferenzen und Hilfeplanung
e) Zusammenarbeit:	„langjährig“, „breites Spektrum“

Abbildung 7.2-1: Prüfkatalog der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Stadt Hamburg (Seite 1)

<u>VII. Präventionsmaßnahmen BtMG-Delikte (§ 8):</u>	
a) Aussage zum Duldungsverbot:	liegt vor
b) Hinweis auf die Hausordnung:	ja
c) Hinweis auf direkte Ansprache der Nutzer:	ja
d) ergänzende Aussagen:	Regeln/Hausordnung werden in Team und Supervision bearbeitet und fortlaufend reflektiert
<u>VIII. Präventionsmaßnahmen Umfeldstörungen (§ 9):</u>	
a) Kurzprotokoll:	ja (nicht beigefügt)
b) anlassbezogene Zusammenarbeit Polizeidienststellen:	keine Aussage
c) regelmäßige Kontaktarbeit zu Polizeidienststellen:	ja, „langjährig“
<u>IX. Nutzerkreis, Werbeverbot, zugelassene Substanzen, Substanzanalyse (§ 10):</u>	
a) Konsumerfahrung:	ja (zweifache Beurteilung: Anmeldung/Konsumplatz)
b) Konsumentenschlossenheit:	ja, siehe oben
c) Minderjährige:	keine eigenen Ausführungen
d) Intoxikierte oder Alkoholisierte:	keine eigenen Ausführungen
e) Werbeverbot, zielgruppenspezifische Hinweise:	ja, „enthält sich allgemeiner Werbung“
f) Erst- und Gelegenheitskonsumenten:	direkte Ansprache durch Mitarbeiter
g) Konsumformen:	keine Beschränkung
h) Substanzarten:	keine Beschränkung
i) Substanzanalysen werden veranlasst/nicht veranlasst:	„beabsichtigt“, kein Konzept beigefügt
<u>X. Dokumentation und Evaluation (§ 11):</u>	
a) Tagesprotokolle:	ja, Muster nicht beigefügt
b) Monatliche interne Auswertung:	ja
c) Aussagen zu Bado/Leido:	ja, Teilnahme
d) ergänzende Ausführungen:	Notfallprotokoll
<u>XI. Anwesenheitspflicht Fachpersonal (§ 12):</u>	
a) Anzahl pro Schicht:	mindestens drei
b) Ausführungen zur Ausbildung:	„fachlich ausgebildet“ und „reanimationsgeschult“

Abbildung 7.2-2: Prüfkatalog der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Stadt Hamburg (Seite 2)

Wenn diese Prüfung positiv ausfällt, kann eine Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums erteilt werden. Alle in Hamburg betriebenen Drogenkonsumräume sind anhand dieses Prüfkatalogs von der Behörde für Umwelt und Gesundheit begutachtet worden.

Es wurden alle Konsumräume Hamburgs besichtigt, Leiter- / Betreiberinterviews und Interviews mit den Nutzern und Nutzerinnen der Einrichtungen durchgeführt.

Da die Einrichtung „droBill“ zum 31.05.02 geschlossen werden sollte (es stand zum Befragungszeitpunkt noch die gerichtliche Entscheidung aus, ob einem Antrag auf Weiterbetrieb entsprochen wird), konnten keine Nutzer und Nutzerinnen mehr befragt werden. In zwei Einrichtungen war die Nachfrage nach dem Drogenkonsumraum so gering, dass an den Befragungstagen in beiden Einrichtungen jeweils weniger als 10 Nutzer und Nutzerinnen befragt werden konnten. In einer Einrichtung musste ein Interview kurz vor Schließung der Einrichtung abgebrochen werden. Diese Daten wurden nicht berücksichtigt.

7.2.1 Sichtbare Mindeststandards

Die in Absprache mit der Behörde für Umwelt und Gesundheit geprüften baulichen (sichtbaren) Mindeststandards werden in allen Drogenkonsumräumen Hamburgs eingehalten (siehe Tabelle 7.2-1).

Tabelle 7.2-1: Einhaltung der „sichtbaren“ Mindeststandards

Prüfen	Hamburg
Sicht	Raum muss ständig in sauberem Zustand gehalten werden und regelmäßig desinfiziert werden.
Sicht	Ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal.
Sicht	Es sind ständig technische Notfall-Vorrichtungen im DK-Raum bereitzuhalten.
Sicht Dokumentation	Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, muss dem Personal zur Verfügung stehen, ständig aktualisiert werden und jederzeit umgesetzt werden können.

7.2.2 Sofortige Reaktion bei Notfall

Es muss sichergestellt sein, dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.

In allen Drogenkonsumräumen befindet sich während der Öffnungszeit immer mindestens eine hauptamtlich angestellte Person im Konsumraum um den Konsum zu überwachen und bei Notfällen unverzüglich reagieren zu können. In drei Einrichtungen kann durch eine Alarmklingel ein akustisches Warnsignal in der Einrichtung ausgelöst werden. In sämtlichen Konsumräumen sind die hauptamtlichen Mitarbeiter im Umgang mit Drogennotfällen und in Erste-Hilfe-Maßnahmen trainiert. Allerdings unterscheiden sich die einzelnen Konsumräume in der verbindlichen Häufigkeit der Auffrischung der Kenntnisse. Kurse werden dabei zwischen einmal im Jahr und viermal im Jahr durchgeführt. Notfälle werden je nach Einrichtung in unterschiedlicher Häufigkeit simuliert. Das Angebot der Konsumräume wird in Abhängigkeit von der aktuellen Personalsituation eingeschränkt. Bei zu starkem Personalmangel kann es vorkommen, dass Konsumräume komplett geschlossen bleiben.

7.2.3 Medizinische Beratung / Hilfe

Medizinische Beratung und Hilfe der Benutzer des DK-Raums in allen applikationsrelevanten Fragen, insbesondere infektiologische Aspekte sowie der Risikozusammenhang zwischen der körperlichen Konstitution und der Toxizität der vorbereiteten BtM-Dosis.
 Medizinische Beratung und Hilfe erfordern kein ärztliches Handeln, bedürfen aber eines nachweislich medizinisch geschulten Personals.

In sämtlichen Konsumräumen ist medizinisches Fachpersonal (Krankenpfleger/-schwestern; Rettungssanitäter) angestellt. Zusätzlich sind sämtliche hauptamtlichen Mitarbeiter im Umgang mit Drogennotfällen geschult. In zwei Einrichtungen ist zusätzlich ein Arzt mit einer halben Stelle angestellt. In den Einrichtungen wird auch speziell über „Safer-Use“ aufgeklärt.

7.2.4 Erstberatung und weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung

Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus müssen weiterführend ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt, initiiert und bei Bedarf veranlasst werden; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, ist Hilfestellung beim Kontakt zu geeigneten Einrichtungen zu leisten

Beratungs- und Hilfeangebote, die nicht einrichtungsintern realisiert werden können, sind den Benutzern zugänglich zu machen. Die Wahrnehmung solcher Angebote ist durch Zusammenarbeit mit geeigneten anderen Einrichtungen zu fördern.

In allen Konsumräumen bis auf einen wird ein verbindliches Erstgespräch mit neuen Nutzern geführt. In diesem Erstgespräch werden die grundsätzlichen Regeln für die Benutzung des Konsumraums dargestellt und erläutert. In den Konsumräumen, die eine Erstberatung anbieten, wird auch auf weitergehende Hilfsmaßnahmen hingewiesen. Das Konzept, nach dem in weiterführende Maßnahmen vermittelt wird, unterscheidet sich dabei in den unterschiedlichen Konsumräumen. Es wird entweder versucht:

- über Gespräche im Konsumraum selbst auf weiterführende Maßnahmen und ausstiegsorientierte Hilfeangebote hinzuweisen. Dabei wird auf die gute Kooperation der Hilfeeinrichtungen im Stadtteil untereinander zurückgegriffen
- anhand bekannter bestehender Probleme (z. B. Schulden, ordnungsrechtliche Probleme mit der Polizei) tiefergehende Kontakte herzustellen. Oft gibt es nach Auskunft der Leitung mehrere Anläufe, bevor einzelne Drogenabhängige tatsächlich in ausstiegsorientierte Angebote weitervermittelt werden können. Für eine individuelle Beratung steht ein Beratungszimmer für Gespräche zur Verfügung. Bevor jemand weitervermittelt wird, wird in den Gesprächen genau geklärt, welche Therapie in Frage kommt. Es wird auch eine Klärung der Kosten vorgenommen. Es gibt sehr gute Erfahrungen mit der Kontaktherstellung im Drogenkonsumraum selbst. Es wird angenommen, dass durch die geschützte intime Atmosphäre leichter Bindungen entstehen können.
- über sozialarbeiterische Gespräche über die Lebenssituation der Nutzer diese zur Selbstreflexion zu bringen. Dies geschieht, damit die Nutzer so aus eigener Initiative Angebote nachfragen, für welche dann Personal vorhanden ist.

Für alle Einrichtungen gilt, dass auf Signale seitens der Nutzer reagiert, und somit auf Beratungswünsche individuell reagiert wird.

Als problematisch wurde in einem Konsumraum von der Leitung angemerkt, dass die Zahl der Nutzer höher sei, als konzeptionell vorgesehen, so dass Beratung nicht immer in dem gewünschten Maß angeboten werden könne.

7.2.5 Verhinderung von Straftaten nach dem BtMG

Straftaten nach dem BtMG, abgesehen vom Besitz von BtM zum Eigenverbrauch in geringer Menge, dürfen innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden. Darauf ist durch Aushang hinzuweisen.

In allen Konsumräumen existiert eine Hausordnung, auf die per Aushang hingewiesen wird. Darin wird in der Regel aufgeführt, dass der Handel / Verkauf von Drogen untersagt ist, keine Gewalt geduldet wird und kein Drogenkonsum ausserhalb des Konsumraums erlaubt ist. Auch Alkoholkonsum, sowie in einigen Fällen Cannabiskonsum wird durch die Hausordnungen untersagt. In einigen Räumen existieren zusätzliche Bestimmungen, die den Umgang reglementieren.

Die in der Hausordnung festgeschriebenen Regeln werden in allen Konsumräumen konsequent überwacht und geahndet. Die eingesetzten Sanktionen reichen dabei von festen Regeln, wie etwa eine Woche Hausverbot, über flexible zeitliche Sanktionen, die bis zum grundsätzlichen Ausschluss

reichen können, bis hin zu fest vorgeschriebenen Sanktionen für bestimmte Verstöße gegen die Hausordnungen.

Allerdings wurde gelegentlich angemerkt, dass nicht immer alle Verstöße entdeckt werden können, was die Konsistenz der Ahndung verringert.

7.2.6 Allgemeine Werbung

Die Einrichtung hat sich allg. Werbung zu enthalten und darf nur zielgruppenspezifische Informationen erteilen
--

In sämtlichen Konsumräumen liegen Broschüren mit zielgruppenspezifischen Informationen aus. Ob es darüber hinaus eine „allgemeine“ Werbung gibt, kann durch einen einmaligen Besuch nicht überprüft werden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass das nicht der Fall ist.

7.2.7 Auswirkungen auf das Umfeld / Kontakte mit der Polizei

Dokumentation der durch den DK-Raum bedingten Auswirkungen auf das unmittelbare Umfeld der Einrichtung und aktueller Vorkommnisse durch die verantwortliche Person, unter Umständen ist eine Zusammenarbeit mit den zuständigen Polizeidienststellen erforderlich, zu diesen ist regelmäßiger Kontakt zu halten.
--

Alle Einrichtungen unterhalten intensive Kontakte mit der Polizei (z.T. mit der Führungsebene), wobei in der Regel die gegenwärtige Entwicklung und Probleme besprochen werden. Drei Einrichtungen bieten Schulungen für die Polizei an, in denen die Arbeit der Drogenkonsumräume erläutert wird.

In allen bis auf eine Einrichtung bestehen keine oder kaum Probleme mit dem Umfeld. In einer Einrichtung wird das gute Verhältnis zu den Nachbarn – trotz hoher Frequentierung der Einrichtung - auf die sozialverträgliche Standortauswahl zurückgeführt, die im Konsens mit den Anwohnern und allen Beteiligten erfolgte. Eine Einrichtung berichtet zahlreiche Beschwerden aus dem Umfeld (Anwohner, Handel, Schulen), die vor allem zunehmen, seit die Zahl der Konsumenten weit über das ursprünglich geplante Maß herausgegangen ist. Die Beschwerden richten sich vor allem gegen die Auswirkungen des Konsumraums auf die Umgebung (Drogenkonsum vor der Einrichtung, da eine Einlasskontrolle besteht, und somit z.T. längere Wartezeiten auftreten könne; Vermüllung, Kleindealerei und Crackkonsum in der Umgebung; Spritzenfunde in der Umgebung).

In einem Konsumraum sind die Öffnungszeiten so geregelt, dass sich möglichst keine Störungen der Betriebe aus der Nachbarschaft ergeben.

7.2.8 Berechtigter Nutzerkreis

Benutzung darf nur volljährigen Personen angeboten werden.
Benutzer müssen aufgrund bestehender BiM-Abhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben und über Konsumerfahrungen verfügen.
Bei reife- oder krankheitsbedingten Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit einer Person in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung ist die Person von der Benutzung des DK-Raumes auszuschließen. Alkoholisierten oder intoxikierten Personen, bei denen die Nutzung des DK-Raumes ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verursachen könnte, ist der Zugang zu verweigern.
Bei Minderjährigen, die Einlass begehren, hat das Personal durch direkte Ansprache zu klären, ob ein individuell gefestigter Konsumentenschluss und eine Einsichtsfähigkeit vorliegen.
Das Personal ist anzuhaltend, dass offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten am Zugang zum DK-Raum gehindert und durch direkte Ansprache an ein anderweitiges Beratungs- oder Hilfeangebot herangeführt werden.

Soweit in dem Drogenkonsumraum eine Einlasskontrolle durch einen Türdienst stattfindet, wird dort geprüft, ob es sich um eine berechnigte Person handelt. Ist kein Türdienst installiert, wird in einem obligatorischen Erstgespräch geklärt, ob es sich um eine berechnigte Person handelt. Erstkonsumenten werden nicht eingelassen. Das wird in zumindest zwei der Räumen abgeklärt, indem thematische,

detaillierte Fragen zum Thema Drogenkonsum gestellt werden. Bestehen Zweifel an einer längeren Konsumerfahrung, werden die Interessenten an andere Einrichtungen der Drogenhilfe weitervermittelt. Intoxikierte Personen werden nicht eingelassen. Minderjährige werden in einem Raum generell nicht eingelassen, in den anderen Räumen dann, wenn sie glaubhaft machen können, dass sie zum berechtigten Nutzerkreis gehören.

In einem Konsumraum werden Nutzerpseudonyme verwandt, die dazu dienen, den Nutzerkreis zu bestimmen. Wer Drogen konsumieren will, muss sich mit seinem Pseudonym anmelden.

7.2.9 Erlaubte Konsumstoffe / Konsummuster

Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen. Das Konzept des Betreibers muss festlegen, für welche genannten BtM und Konsumformen der DK-Raum vorgesehen ist.

Der intravenöse Konsum aller in der Rechtsverordnung genannten Substanzen ist in allen Konsumräumen erlaubt. Inhalativer Konsum ist in allen bis auf zwei Einrichtungen erlaubt. In allen Einrichtungen ist der Konsum von Alkohol und Cannabisprodukten verboten.

7.2.10 Dokumentation des Einrichtungsbetriebes

Wöchentliches Kurzprotokoll.

Ständige Dokumentation des Einrichtungsbetriebes: Tagesprotokolle, aus denen sich Ablauf und Umfang der Kontakte von Benutzern, das eingesetzte Personal und besondere Vorkommnisse ersehen lassen; diese sind monatlich intern auszuwerten.

In allen Konsumräumen werden täglich die Daten für die standardisierte Hamburger „Basisdokumentation“ und „Leistungsdokumentation“ erfasst. Zwei Einrichtungen haben darüber hinaus ein eigenes, weiterreichendes Dokumentationssystem entwickelt. In einer Einrichtung werden zusätzlich die Daten für alle weiteren in der Einrichtung erbrachten Leistungen erfasst. Die Leitungen von zwei Einrichtungen gaben an, dass nicht alle erbrachten Leistungen dokumentiert werden könnten, da die Personalsituation dies nicht zuließe. Das betrifft vor allem die Dokumentation von Beratungsgesprächen und die Dokumentation von Drogennotfällen, wobei vor allem leichtere Fälle oftmals nicht dokumentiert werden, sondern oftmals nur die Fälle, in denen externe Hilfe hinzugerufen werden musste.

7.2.11 Substanzanalysen

Eine Erlaubnis nach Absatz 1 berechtigt das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht, eine Substanzanalyse der mitgeführten BtM durchzuführen oder beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten BtM aktive Hilfe zu leisten. (§ 10 a IV BtMG)

Ob in den Drogenkonsumräumen Substanzanalysen durchgeführt werden, kann nicht geprüft werden, es ist jedoch davon auszugehen, dass dies nicht geschieht.

7.3 Einhaltung der Mindeststandards in Hessen

In Frankfurt wurden vier Konsumräume besichtigt. Nicht berücksichtigt wurde der Drogenkonsumraum am Ostpark, der am 26.03.02 nach Angaben des Drogenreferates die offizielle Betriebserlaubnis erhalten hat. Dabei handelt es sich nach Aussage des Drogenreferats Frankfurt um einen Drogenkonsumraum, der nicht öffentlich zugänglich ist und ausschließlich von Bewohnern einer Unterkunft für Obdachlose genutzt werden darf. Dort gebe es ca. 150 Konsumvorgänge pro Woche. In allen anderen Einrichtungen Frankfurts mit einem Drogenkonsumraum wurden Leiter- / Betreiberinterviews und jeweils zehn Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern der Einrichtungen durchgeführt.

Bei der Prüfung der Mindeststandards konnte nicht beurteilt werden, ob der Vorrat an „Einmalspritzen und Kanülen, Tupfern, Ascorbinsäure und Injektionszubehör“ wirklich immer „ausreichend“ ist. An den Befragungstagen war in allen Konsumräumen während der Besichtigung genügend „Zubehör“ vorhanden.

Die Öffnungszeiten der drei bahnhofsnahen Konsumräume, die alle fußläufig voneinander entfernt sind, wurden aufeinander abgestimmt. Sie decken 365 Tage des Jahres zu 18 Std. / Tag ab (06.00 – 00.00 Uhr). Hiermit ist insgesamt der wesentliche Bedarf der Opiatabhängigen gedeckt.

7.3.1 Sichtbare Mindeststandards

Tabelle 7.3-1: Einhaltung der „sichtbaren“ Mindeststandards

Prüfen	Hessen (Frankfurt)
Sicht	Räumliche Trennung von anderen Beratungseinrichtungen.
Sicht	Ausreichende Beleuchtung.
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit.
Sicht	Wände, Böden und Einrichtungsgegenstände müssen abwaschbar und desinfizierbar sein.
Sicht	Ausreichende sanitäre Anlagen.
Sicht	Zugang zum DK-Raum muss für externe Rettungsdienste schnell und problemlos zu erreichen sein.
Sicht	Ständige Sichtkontrolle der Verabreichungsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, um im Bedarfsfall sofortige Wiederbelebensmaßnahmen oder eine akute Wundversorgung zu ermöglichen.
Sicht	Erlass einer Hausordnung.
Sicht	Hausordnung ist sichtbar auszuhängen.
Sicht	Hinweis in der Hausordnung, dass Straftaten nach dem BtMG, abgesehen vom Besitz von BtM zum Eigenverbrauch in geringer Menge, innerhalb des DK-Raums nicht geduldet werden.
Fragebogen	
Sicht	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke.

Die geprüften baulichen (sichtbaren) Mindeststandards werden in allen Drogenkonsumräumen eingehalten (siehe Tabelle 7.3-1). Zum Besichtigungstermin waren in einer Einrichtung die sanitären Anlagen defekt.

7.3.2 Gewährleistung der Notfallversorgung

Ständige Sichtkontrolle der Verabreichungsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, um im Bedarfsfall sofortige Wiederbelebensmaßnahmen oder eine akute Wundversorgung zu ermöglichen.
Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen, medizinischen Notfallversorgung.

In allen Konsumräumen ist während der Öffnungszeit immer mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter anwesend um den Konsum zu überwachen und bei Notfällen sofort reagieren zu können. Alle Mitarbeiter sind im Umgang mit Drogennotfällen geschult. Auffrischkurse finden je nach Einrichtung entweder einmal im Jahr oder alle zwei Jahre statt. In zwei Räumen befindet sich in der Nähe ein weiterer Mitarbeiter, der für die Dokumentation und Zubehörausgabe zuständig ist. In allen Konsumräumen sind während der Öffnungszeit noch andere Mitarbeiter anwesend, die im Falle eines Notfalls schnell eingreifen können.

7.3.3 Notfallplan

Medizinischer Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, der ständig zu aktualisieren ist und dem Personal zur Verfügung stehen muss.
--

Notfallplan beinhaltet auch die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals.
--

In allen Konsumräumen ist ein dokumentierter Notfallplan vorhanden, in dem das Vorgehen bei einem Drogennotfall genau festgelegt ist. In zwei Konsumräumen sind in dem Notfallplan auch Maßnahmen zur Prävention von Verletzungen und die Vorgehensweise bei Verletzung des Personals dokumentiert. In den anderen zwei Konsumräumen sind diese Informationen in einem gesonderten Plan dokumentiert.

7.3.4 Medizinische Beratung / Hilfe

Den Nutzern des DK-Raums ist in allen verabreichungsrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zu gewähren. Hierzu zählen auch Infektions- und Gesundheitsrisiken bei bestimmten BtM, soweit deren Zusammensetzung bekannt ist, und bei bestimmten Konsumformen. Auf zusätzliche Risiken durch unbekanntes Beimischen ist gesondert hinzuweisen.

Medizinische Beratung und Hilfe dürfen nur durch nachweislich geschultes Personal erfolgen.

In einem Konsumraum ist während der gesamten Öffnungszeit eine Ärztin anwesend. Ein weiterer Konsumraum gibt eine enge Zusammenarbeit mit dem Malteser-Hilfsdienst an, über den auch im Bedarfsfall Kontakt mit Ärzten aufgenommen wird. In anderen Konsumräumen arbeiten Sozialarbeiter und Studenten, die nach Angabe der Leitung oftmals über eine abgeschlossene Berufsausbildung in Krankenpflegeberufen verfügen oder Medizin in höheren Semestern studieren.

7.3.5 Erstberatung und weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung

Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus hat das Personal über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote zu informieren und diese bei Bedarf zu vermitteln; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, sind die notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren.

In allen Drogenkonsumräumen wird eine verbindliche Erstberatung angeboten, in der die Hausordnung sowie die Regeln des Konsumraums erläutert werden. In allen Einrichtungen wird dabei auch über „Safer-Use“ informiert, sowie auf die weiteren Hilfeeinrichtungen der Einrichtung hingewiesen. Auf externe Angebote wie Substitution oder andere ausstiegsorientierte Angebote wird im Regelfall zielgruppenspezifisch eingegangen.

In einer Einrichtung werden desweiteren Beschäftigungsmaßnahmen für die Abhängigen angeboten.

Von einer weiteren Einrichtung werden noch zusätzlich frauenspezifische Angebote bereitgestellt, die sich vor allem an opiatabhängige Frauen richten, die sich prostituieren. Dazu gehört etwa eine Telefonhotline, die Herausgabe eines Heftes, in dem vor gewaltbereiten Freiern gewarnt wird, oder aber auch spezielle Beratung für besonders junge Prostituierte und Frauen, die sich erst seit kurzer Zeit prostituieren. Dadurch soll bei einem schnellen Wiederausstieg geholfen werden.

7.3.6 Einhaltung der Hausordnung / Sanktionen

Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.
Bei erheblichen Verstößen gegen Hausordnung: Ausschluss von der weiteren Nutzung; über die Dauer des Ausschlusses entscheidet die Leitung der Einrichtung.

In allen Drogenkonsumräumen existiert eine Hausordnung, in der in der Regel Gewalt, Konsum illegaler Drogen ausserhalb des Konsumraums und Alkoholkonsum untersagt werden. In fast allen Konsumräumen gelten zusätzlich einrichtungsspezifische Regeln, die z.T. den Umgang mit Drogen, den Besitz von und den Umgang mit Waffen, oder auch den Umgang untereinander betreffen. Verstöße gegen die Hausordnung werden sanktioniert, wobei nicht verbindlich festgelegt ist, wie auf einzelne Verstöße reagiert wird.

7.3.7 Zusammenarbeit mit Behörden

Die Träger von DK-Räumen haben mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Grundzüge ihrer Zusammenarbeit verbindlich festzulegen.

Es besteht für alle Konsumräume Frankfurts eine schriftliche Übereinkunft zwischen den genannten Behörden, in der die verbindliche Zusammenarbeit vom Drogenreferat, den Polizeibehörden und der Staatsanwaltschaft schriftlich bestätigt wird und die wichtigsten Arbeitskreise namentlich benannt sind (u. a. die „Montagsrunde“).

7.3.8 Auswirkungen auf das Umfeld / Kontakte mit der Polizei

Einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sind zu dokumentieren.
Regelmäßiger Kontakt, insbesondere mit den zuständigen Polizeidienststellen mit dem Ziel, frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung im unmittelbaren Umfeld des DK-Raums zu verhindern.

Alle Einrichtungen unterhalten regelmäßige und enge Kontakte mit der Polizei. Einigen Einrichtungen stehen Direktkontakte mit bestimmten Einheiten zur Verfügung.

In den szenenahen Einrichtungen ist eine besonders enge Zusammenarbeit mit der Polizei die Regel, um Probleme im Zusammenhang mit Gewalt in den Griff zu bekommen. Die Polizei sorgt auch dafür, dass Drogenhandel in der Nähe der Einrichtungen unterbunden wird. Eine Einrichtung beschäftigt einen privaten Sicherheitsdienst.

7.3.9 Berechtigter Nutzerkreis

Nutzer dürfen grundsätzlich nur volljährige Personen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung sein.
Minderjährigen kann die Nutzung gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Leitung der Einrichtung dies nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall für begründet hält. Das zuständige Jugendamt ist in diesem Falle einzubeziehen.
Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erstkonsumenten 2. Erkennbar alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel vergiftete Personen 3. Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substituionsgestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Verabreichung erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.

In allen Einrichtungen findet eine „In-Augenschein“-Nahme durch Mitarbeiter der Einrichtung statt. In drei Einrichtungen müssen die Nutzer vor Gebrauch der Einrichtung eine Nutzungsvereinbarung unterschreiben, in der versichert wird, das 18. Lebensjahr vollendet zu haben und nicht an einer substituionsgestützten Behandlung teilzunehmen. Eingelassen werden keine Personen, die diese Anforderungen nicht erfüllen sowie intoxikierte Personen und Personen für die ein Hausverbot

besteht. Drogen dürfen nur zum umgehenden Eigengebrauch mitgeführt werden. In einer Einrichtung werden Personen nur eingelassen, wenn sie am Eingang ihre mitgebrachten Drogen vorzeigen.

In einem Drogenkonsumraum haben nur Personen Zutritt, die den Betreibern namentlich bekannt sind.

7.3.10 Erlaubte Konsumstoffe / Konsummuster / Sichtkontrolle der BtM

Der Konsum von BtM im DK-Raum kann u. a. Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ, nasal oder oral erfolgen.
--

Die zum sofortigen Konsum mitgeführten BtM sind vor der Verabreichung einer Sichtkontrolle zu unterziehen. Eine Substanzanalyse durch das Personal ist nicht zulässig.
--

Der intravenöse Konsum aller in der Rechtsverordnung genannten Substanzen ist in allen Konsumräumen gestattet. In zwei Räumen wird das Rauchen dieser Stoffe explizit verboten, zwei Räume erlauben das „Blech-Rauchen“ von Heroin (dabei wird Heroin auf einer Alu-Folie erwärmt und die Dämpfe eingeatmet) und Sniefen. In allen Räumen ist der Konsum von Alkohol untersagt. In allen bis auf einen Raum werden explizit Sichtkontrollen der BtM vor Konsum vorgenommen. In dem anderen Raum wird geschaut, „welche Farbe der Inhalt der aufgezogenen Spritze hat“.

7.3.11 Dokumentation des Einrichtungsbetriebes

Es ist eine fortlaufende Dokumentation über den Betrieb der Einrichtung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu führen. Hierzu sind Tagesprotokolle zu fertigen, die über Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des Personals sowie besondere Vorkommnisse Auskunft geben.
--

Tagesprotokolle sind zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Zweckbestimmung auszuwerten; auf Verlangen Vorlage an Überwachungsbehörde.

Alle Einrichtungen erheben täglich die erforderlichen Daten. Zwei Einrichtungen veröffentlichen die monatlichen Daten in den Jahresberichten der Träger, eine Einrichtung leitet die monatliche Auswertung an das städtische Drogenreferat weiter.

In einem Konsumraum wird die Zahl der ausgegebenen Spritzen als Schätzer für die Anzahl der Konsumvorgänge herangezogen.

7.3.12 Anzahl / Qualifikation des Personals

Während der Öffnungszeiten ist die ständige Anwesenheit von Personal in ausreichender Zahl zu gewährleisten. Alle zum Personal gehörenden Mitarbeiter müssen für die Erfüllung der in den §§ 3 bis 9 dieser VO genannten Anforderungen fachlich ausgebildet und zuverlässig sein.

In jedem Konsumraum sind sowohl Fachkräfte beschäftigt, wie in den meisten Fällen noch mehrere Studierende, die z.T. über abgeschlossenen Berufsausbildungen im Gesundheitswesen verfügen oder aber Medizin studieren.

Der Träger der Einrichtung hat für Anforderungen etc. (s. o.) ebenfalls Sorge zu tragen. Er hat weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass die Leitung und das Personal keine aktive Hilfe beim unmittelbaren Verbrauch der BtM leisten.

In keinem der Konsumräume wird aktive Hilfe bei der Verabreichung von BtM geleistet.

7.4 Einhaltung der Mindeststandards in Niedersachsen

Es wurde ein Drogenkonsumraum besichtigt, Leiter- / Betreiberinterviews und Interviews mit den Nutzern und Nutzerinnen der Einrichtungen durchgeführt.

Es konnte nicht beurteilt werden, ob folgende Mindeststandards eingehalten werden:

Tabelle 7.4-1: Nicht überprüfbare Mindeststandards in Niedersachsen

Ständig hinreichende Belüftung.
Ausreichender Vorrat an sterilen Einmalspritzen, Kanülen, Injektionszubehör, Haut- und Flächendesinfektionsmittel u. stichsicheren Entsorgungsbehältern.
Erlaubnisbehörde bestimmt in einer Auflage, dass Träger und Personal des Drogenkonsumraums nicht für den Besuch des Raumes werben; dürfen nur im Rahmen ihrer Aufklärungsarbeit Hinweise auf den Raum geben.

Zum Besichtigungstermin war der Raum gut gelüftet, Konsumzubehör war in ausreichendem Umfang vorhanden. Ob dies immer der Fall ist, kann allerdings nicht beurteilt werden. Ebenso kann nicht beurteilt werden, ob für den Konsumraum von Träger oder Personal geworben wird.

7.4.1 Einhaltung der baulichen Mindeststandards

Die geprüften baulichen (sichtbaren) Mindeststandards werden im Konsumraum eingehalten (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 7.4-2: Einhaltung der „sichtbaren“ Mindeststandards im Konsumraum in Niedersachsen

Prüfen	Niedersachsen	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Räumliche Trennung von den übrigen Beratungseinrichtungen.	ja	
Sicht	Ausreichende Beleuchtung.	ja	
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit, dadurch Ermöglichung von Sichtkontrollen durch das Fachpersonal.	möglich	
Sicht	Bereithaltung von verstellbaren Trennwänden, die erforderliche Überschaubarkeit darf durch sie nicht beeinträchtigt werden.	vorhanden	
Sicht	Sämtliche Flächen aus glatten, abwaschbaren, leicht zu reinigenden und leicht desinfizierbaren Materialien.	ja	
Sicht	Tägliche Reinigung der Räume, regelmäßige Desinfektion der Arbeits- und Ablageflächen sowie der mit Blut verunreinigten Flächen.	sauber	
Sicht	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke sowie anderer verunreinigter Gegenstände.	Behälter vorhanden	
Sicht	Nach Geschlechtern getrennte sanitäre Anlagen (in ausreichender Zahl).	vorhanden	
Sicht	Leichter Zugang für Rettungsdienste.	ja, keine Hindernisse	
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen.	vorhanden	

7.4.2 Notfallplan

Einzelheiten der Notfallversorgung sind in einem medizinischen Notfallplan festzuhalten. Die Erlaubnisbehörde bestimmt in Auflagen, dass der Notfallplan ständig zu aktualisieren ist, dem Personal zur Verfügung stehen muss und der Überwachungsbehörde auf Verlangen vorzulegen ist.

Zum Befragungszeitpunkt bestand ein „informeller“ Notfallplan, der nicht schriftlich fixiert war. Im Rahmen der kurz zuvor erlassenen Rechtsverordnung soll er auch schriftlich fixiert werden.

7.4.3 Gewährleistung der Notfallversorgung

Ständige Sichtkontrolle der Nutzer durch das Fachpersonal; Gewährleistung von sofortiger, einsatzfähiger medizinischer Notfallversorgung.

Während der Öffnungszeiten des Konsumraums wird der Konsum immer von einer Person überwacht, die sich ständig im Drogenkonsumraum aufhält. Bei einem Drogennotfall kann eine Notfalklingel betätigt werden, die in der Einrichtung Alarm auslöst. Es werden mit allen Mitarbeitern etwa alle 2 Monate durch eine Ärztin Notfallübungen durchgeführt, bei denen der Einsatz der lebensrettenden Geräte trainiert und das Personal im Umgang mit Drogennotfällen geschult wird.

7.4.4 Medizinische Beratung / Hilfe

Es muss sichergestellt sein, dass den Benutzern in allen konsumrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zum Zweck der Risikominderung gewährt wird, insbesondere hinsichtlich Infektionsrisiken, Gefährlichkeit der mitgeführten BtM und Konsumart.

In der Einrichtung arbeiten 2 Krankenschwestern mit jeweils einer ganzen Stelle, dazu eine Ärztin im Umfang von 10 Wochenstunden. Außerdem ist mindestens immer ein Sozialarbeiter während der Öffnungszeiten anwesend. Medizinische Beratung und Hilfe sind sichergestellt.

7.4.5 Erstberatung und weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung

Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus muss das Fachpersonal über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Therapieangebote informieren und auf Wunsch Kontakte zu geeigneten Einrichtungen vermitteln; minderjährigen Drogenabhängigen sind in jedem Einzelfall Beratungsgespräche und Ausstiegshilfen anzubieten, sie sind auf jugendspezifische weitergehende Hilfemöglichkeiten hinzuweisen.

Es gibt eine verbindliche Erstberatung für „Neulinge“, bei der die Regeln für den Konsumraum und die Regeln für die gesamte Einrichtung erläutert werden. Außerdem werden die Klientinnen und Klienten bei der Erstberatung über „Safer-Use“-Techniken aufgeklärt. Bei der Erstberatung wird auch abgeklärt, ob die Personen zum erlaubten Benutzerkreis gehören. Für eine weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung gibt es ein festes Konzept. Besonderes Augenmerk wird auf jüngere Menschen, psychisch Auffällige, Schwangere, Personen in schlechtem körperlichen Zustand und Personen, die sich mehrfach überdosiert haben, gerichtet.

7.4.6 Hausordnung

Erlass einer mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde abgestimmten Hausordnung, die die Benutzung des Raumes regelt.

Es gibt eine Hausordnung, in der u. a. Gewalt, jede Art von Drogenhandel oder -weitergabe, jeder Konsum außerhalb des Konsumraums und das Herumlaufen mit einer offenen Nadel ausdrücklich verboten werden. Als Sanktion wird ein Hausverbot und evtl. eine Anzeige angekündigt, die nötigenfalls auch von der Polizei durchgesetzt werden. Ob diese Hausordnung mit den zuständigen Behörden abgestimmt ist, ist nicht bekannt.

7.4.7 Einhaltung der Hausordnung / Sanktionen

Es muss sichergestellt sein, dass Straftaten nach dem BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Einrichtung nicht geduldet werden und dass die Benutzer darauf hingewiesen werden. Das Fachpersonal muss angewiesen sein, diesen Hinweis erforderlichenfalls persönlich gegenüber den Benutzern zu wiederholen und die genannten Straftaten unverzüglich zu unterbinden.

Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.

Personen, die gegen die Hausordnung verstoßen, sind erforderlichenfalls von der Nutzung des Raumes ausschließen, wobei die Leitung des Raumes über die Dauer des Ausschlusses entscheidet.

Am Befragungstag gab es mehrere Personen, die auf Grund eines bestehenden Hausverbots nicht eingelassen wurden. Es ist ein „Türdienst“ eingerichtet worden, der darauf achtet, dass Personen mit Hausverbot nicht eingelassen werden und der sich bei Zweifeln über das Vorliegen des erforderlichen Mindestalters auch einen Ausweis zeigen lässt.

7.4.8 Zusammenarbeit mit Behörden

Schriftliche Vereinbarung des Trägers des Raumes mit der unteren Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde über die Grundzüge der Zusammenarbeit.

Es war zum Befragungszeitpunkt geplant, eine schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit zu erstellen. Es gibt verschiedene regelmäßige Arbeitskreise, an denen auch Vertreter der genannten Behörden teilnehmen.

7.4.9 Auswirkungen auf das Umfeld / Kontakte mit der Polizei

Die Leitung des Raumes muss zur Polizei ständigen Kontakt halten und mit ihr ihre Maßnahmen abstimmen; bei Beeinträchtigung Dritter, bei Störung der öffentlichen Sicherheit oder bei zu erwartenden Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Raumes muss versucht werden, auf Benutzer sowie Anwesende einer sich abzeichnenden Szenenbildung mit dem Ziel einzuwirken, eine Verhaltensänderung zu erreichen.

Umfeldbeobachtung und Dokumentation besonderer Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung; rechtzeitige Einwirkung auf Benutzer bei Beeinträchtigungen Dritter, Störungen der öffentlichen Sicherheit oder zu erwartenden Straftaten.

Es gibt in unregelmäßigen Abständen Treffen mit der Polizei und bei besonderen Vorfällen telefonischen Kontakt. Ein Problem besteht in der Szenenbildung direkt vor der Einrichtung. Früher gab es für die Opiatabhängigen auch die Möglichkeit, sich im Hof der Einrichtung aufzuhalten. Auf Verlangen der Polizei wurde der Hofbereich jedoch geschlossen, weil dort Kleindealerei nicht ausreichend kontrolliert werden konnte. Seitdem stehen viele Klientinnen und Klienten draußen vor der Einrichtung, zumal das Raumangebot im Kontaktcafé nicht ausreicht, um allen Opiatabhängigen Platz zu bieten.

7.4.10 Berechtigter Nutzerkreis

Die Benutzung darf grundsätzlich nur volljährigen Personen gestattet werden, die aufgrund bestehender Drogenabhängigkeit über Konsumerfahrung verfügen.

Auszuschließen sind: 1. Minderjährige unter 16 Jahren 2. Erst- und Gelegenheitskonsumenten 3. Alkoholisierte oder durch andere Suchstoffe in ihrem Verhalten beeinträchtigte Personen 4. Opiatabhängige, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung oder in einer Behandlung aufgrund einer Genehmigung nach § 3 II BtMG befinden 5. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch den Konsum erfolgte Gesundheitsbeschädigung fehlt 6. Personen, die sich nicht ausweisen können.

Von der Benutzung wurden Minderjährige ausgeschlossen (beim Zweifel am Alter erfolgt Ausweiskontrolle) und intoxikierte Personen bei der Anmeldung zum Drogenkonsumraum abgewiesen. Eine Ausweiskontrolle wurde nicht in jedem Fall durchgeführt.

7.4.11 Zugangsprüfung / Sichtkontrolle der BtM / Erlaubte Konsumstoffe / Konsummuster

In der Hausordnung ist zu regeln, 1. dass die Benutzer daraufhin zu überprüfen sind, ob sie dem zugelassenen Benutzerkreis angehören, 2. dass alle Benutzer die mitgeführten BtM einer Sichtkontrolle durch das Fachpersonal zuzuführen haben, 3. welche BtM konsumiert werden dürfen, wobei andere Mittel als Opiate, Kokain, Amphetamin und deren Derivate nicht zugelassen werden dürfen und 4. welche Konsummuster geduldet werden, wobei ein anderer als intravenöser, oraler nasaler oder inhalativer Konsum nicht zugelassen werden darf. Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal.

Die bestehende Hausordnung war zum Befragungszeitpunkt noch nicht in allen Punkten an die Vorgaben der Rechtsverordnung angepasst. Insbesondere fehlten Hinweise zur Sichtkontrolle der mitgebrachten BtM, Hinweise darauf, wie eine Überprüfung der Zugangsberechtigung gestaltet ist und welche Konsumstoffe erlaubt sind. Es ist in der Hausordnung geregelt, dass der Zutritt Personen unter 18 Jahren und das Rauchen (auch von Drogen) im Konsumraum verboten ist. Erlaubt ist der intravenöse Konsum der in der Rechtsverordnung genannten Stoffe, ohne dass es in der Hausordnung explizit erwähnt ist. Dort ist nur die Konsumform „Rauchen“ ausgeschlossen. Sichtkontrollen der mitgebrachten BtM wurden im Drogenkonsumraum selbst durch das Aufsichtspersonal vor der Applikation durchgeführt.

7.4.12 Dokumentation des Einrichtungsbetriebes

In Auflagen bestimmt die Erlaubnisbehörde, dass 1. Die Arbeit in dem DK-Raum unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ständig zu dokumentieren und zu evaluieren ist, 2. Dafür Tagesprotokolle zu fertigen sind (geschlechtsspezifische, altersbezogene Informationen über Ablauf und Umfang der Kontakte mit den Benutzern, insbesondere über die bei MdJ. unterbreiteten Beratungsangebote, Zahl und Tätigkeit des Personals, einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sowie besondere Vorkommnisse), 3. die Tagesprotokolle zu Monatsberichten zusammenzufassen und im Hinblick auf die Betriebszwecke auszuwerten sind, 4. über die Ergebnisse dieser Auswertung die untere Gesundheitsbehörde, die Polizei und die Gemeinde zu unterrichten sind und 5. die Monatsberichte auf Verlangen der Überwachungsbehörde vorzulegen sind.

Zum Befragungszeitpunkt wurde gerade eine standardisierte, an die Rechtsverordnung angepasste Dokumentation in Absprache mit der Kommunalverwaltung entwickelt. Es gibt jedoch ein bestehendes Dokumentationssystem, bei dem insbesondere die Konsumvorgänge, Besucherzahlen des Konsumraums, Vermittlungen anderer Hilfeangebote (alles nach Geschlechtern getrennt) und besondere Vorkommnisse dokumentiert werden.

7.4.13 Anzahl / Qualifikation des Personals

Während der Öffnungszeiten: Anwesenheit von zuverlässigem und für die Erfüllung der Aufgaben fachlich ausgebildetem Personal in ausreichender Zahl; Einweisung des sonstigen Personals entsprechend seiner Aufgaben.

Es sind während der Öffnungszeiten immer mindestens fünf Personen anwesend. Fehlt eine Person, wird der Cafébereich eingeschränkt. Es sind gleichzeitig in der Regel immer mehrere Sozialarbeiter und eine Krankenschwester anwesend.

Die Leitung der Einrichtung muss sachkundig und in der Lage sein, die ihr obliegenden Aufgaben zu erfüllen. Sie ist als verantwortlich im Sinne von § 10 a II Nr. 10 BtMG zu benennen.

Die Leitung wird vom Träger benannt.

7.5 Einhaltung der Mindeststandards in NRW

Es wurden fünf Drogenkonsumräume besichtigt, Leiter- / Betreiberinterviews und Interviews mit den Nutzern und Nutzerinnen der Einrichtungen durchgeführt. In einem Konsumraum konnten aufgrund der geringen Nachfrage keine 10 Interviews mit Nutzern und Nutzerinnen geführt werden.

7.5.1 Sichtbare Mindeststandards

Tabelle 7.5-1: Einhaltung der „sichtbaren“ Mindeststandards in den Konsumräumen in NRW

Prüfen	NRW
Sicht	Tische und Stühle
Sicht	Räumliche Trennung von den übrigen Beratungseinrichtungen
Sicht	Ausreichende Beleuchtung
Sicht	Stets vollständige Einsehbarkeit
Sicht	Gesonderte Wartebereiche
Sicht	Abwaschbare und desinfizierbare Wände, Böden und Einrichtungsgegenstände
Sicht	Stets gute Be- und Entlüftung
Sicht	Stets sauberer Zustand der Räume, regelmäßige Desinfektion
	Ausreichender Vorrat an sterilen Einmalspritzen und Kanülen, Tupfern, Ascorbinsäure und Injektionszubehör
	Sachgerechte Entsorgung gebrauchter Spritzbestecke
Sicht	Geeignete sanitäre Anlagen
Sicht	Jederzeitiger ungehinderter Zugang für Rettungsdienste
Sicht	Für jeden Drogenkonsumraum: mind. 1 med. Notfallkoffer
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen
Sicht	Ausdrücklicher Hinweis, dass Verstöße gegen das BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Einrichtung verboten sind und unverzüglich unterbunden werden

Die sichtbaren Mindeststandards werden in allen Konsumräumen in NRW eingehalten.

7.5.2 Sofortige Reaktion bei Notfall

Medizinische Notfallpläne, die ständig zu aktualisieren sind.
Ständige Beobachtung der Nutzer durch regelmäßig in der Notfallversorgung geschultes Personal, das jederzeit eingreifen und im Bedarfsfall sofortige Reanimationsmaßnahmen sowie eine akute Wundversorgung durchführen können muss.

In allen Konsumräumen existieren Notfallpläne, in denen das Vorgehen bei einem Drogennotfall genau geregelt ist. Im Konsumraum ist immer geschultes Personal anwesend, um die Konsumvorgänge zu beobachten und bei Notfällen sofort einzugreifen. Erste Maßnahmen werden ergriffen, sobald der Nutzer auffällige Verhaltensweisen zeigt. Das Personal in allen Konsumräumen wird in Erster-Hilfe geschult, Auffrischkurse werden regelmäßig angeboten. In vier der fünf Konsumräume ist immer entweder ein Rettungsassistent oder ein Arzt anwesend. In zwei Konsumräumen sind neben dem Notfallplan noch weitere informelle Regelungen getroffen, die das Vorgehen bei Notfällen genau regeln.

In einem Konsumraum werden die Nutzer darauf hingewiesen, wenn davon ausgegangen wird, dass die Drogen in besonders reiner Form vorliegen, um eine Überdosierung zu verhindern. Es wird auch besonders auf die Einhaltung von „Safer-Use“-Regeln geachtet.

7.5.3 Ärztliche Hilfe und Beratung

Ärztliche Hilfe und Beratung müssen unverzüglich erfolgen können.

Personelle Ausstattung muss so sein, dass die Abhängigen insbesondere bei akuten oder chronischen Krankheiten über Wundversorgung und über risikoärmeres Konsumverhalten einschließlich Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten BtM beraten werden können sowie eine erforderliche Krisenintervention geleistet werden kann.
--

In allen Konsumräumen ist während der gesamten Öffnungszeit medizinisch ausgebildetes Personal anwesend um sich um die medizinische Versorgung der Opiatabhängigen zu kümmern. Alle fünf Konsumräume sind an eine „Drogentherapeutische Ambulanz“ angeschlossen. In allen Einrichtungen sind Ärzte beschäftigt. Die Arbeitszeit variiert dabei von 10 Stunden in der Woche bis zur gesamten Öffnungszeit.

In zwei Einrichtungen existiert ein Kooperationsvertrag mit einer nahegelegenen Klinik, über die in Notfällen schnell Hilfe gerufen werden kann.

Eine Einrichtung wird ärztlich durch die nahegelegene Substitutionsambulanz, in der an 43,5 Stunden pro Woche ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht, mitversorgt.

7.5.4 Erstberatung und weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung

Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus muss das Personal jeweils in der im konkreten Einzelfall angemessenen Weise über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote informieren und diese bei Bedarf vermitteln; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, sind die notwendigen Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu geeigneten Einrichtungen zu gewähren.
--

Während der Öffnungszeiten: Ständige Anwesenheit von ausreichendem Fachpersonal; die in der Erlaubnis festgelegte Zahl und die Qualifikation der für die Beratung der Konsumenten erforderlichen Mitarbeiter darf nicht unterschritten werden.
--

In drei der fünf Einrichtungen in NRW müssen die Nutzer vor Benutzung des Konsumraums eine schriftliche Nutzungsvereinbarung unterschreiben, in der die Kriterien zur Nutzung des Konsumraums dargelegt sind. In einem Fall soll zusätzlich eine Einverständniserklärung zur Erfassung und Speicherung personenbezogener Daten, und deren Weitergabe an Ordnungs- oder Strafverfolgungsbehörden abgegeben werden. In allen Fällen findet ein einleitendes Erstgespräch statt, in dem geklärt wird, ob die notwendigen Nutzungsbedingungen vorliegen, in dem die Konsumraumregeln erklärt werden und Informationen über weitergehende Hilfemöglichkeiten gegeben werden. Es werden auch Informationen zum Thema „Safer-Use“ vermittelt. In drei Konsumräumen wird zusätzlich noch der Ausweis kontrolliert, da nur Personen mit Wohnsitz oder Lebensmittelpunkt in der betreffenden Stadt eingelassen werden. In einer Einrichtung werden zusätzlich noch Nutzerausweise ausgestellt und eine medizinische und psychische Anamnese durchgeführt. Die Konzepte zur Vermittlung in weiterreichende, ausstiegsorientierte Angebote unterscheiden sich in den Konsumräumen.

Es wird entweder versucht,

- auf die Konsumenten einzugehen, wenn sich eine Gesprächsbereitschaft zeigt, oder
- wenn sich der Zustand der Konsumenten bemerkbar verschlechtern sollte, oder
- es wird direkt auf die Nutzer zugegangen und versucht, sie in weitere Angebote zu vermitteln,
- oder aber es wird versucht, über Gespräche zuerst eine Arbeitsbeziehung zu etablieren, auf die aufbauend später in weitere Angebote vermittelt werden soll.

7.5.5 Erlass, Einhaltung der Hausordnung / Sanktionen bei Verstößen

Erlass einer mit den Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden abgestimmten Hausordnung.	
Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal.	
Bei Verstoß gegen Hausordnung: Ausschluss von der Nutzung.	

In allen fünf Einrichtungen besteht eine mit den Behörden abgestimmte Hausordnung. Alle Hausordnungen sind gut sichtbar ausgehängt und regeln das Verhalten im Konsumraum. Darunter fallen etwa Verbote des Teilens von Drogen, der Hilfe bei Applikation, Gewalt. Es gibt auch Hausordnungen, in denen untersagt wird, Geld zu zeigen, oder ein Handy zu benutzen. Verstöße gegen die Hausordnung werden direkt sanktioniert und in der Regel mit Hausverboten geahndet. In drei Konsumräumen ist die Dauer, die für einen Konsumvorgang verwandt werden darf, geregelt und in einem Konsumraum ist festgelegt, welche Zeitspanne zwischen mehreren Konsumvorgängen liegen muss.

7.5.6 Allgemeine Werbung

Keine Werbung, aber Hinweise im Rahmen der Aufklärungsarbeit.	nicht überprüfbar
---	-------------------

Diese Anforderung kann im Rahmen dieses Projektes nicht überprüft werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass keine „allgemeine Werbung“ betrieben wird. Die bereitgestellten Informationsbroschüren enthalten zielgruppenspezifische Informationen.

7.5.7 Auswirkungen auf das Umfeld / Kontakte mit Behörden

Regelmäßiger Kontakt zu den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden (Grundzüge der Zusammenarbeit schriftlich festzulegen).	
Umfeldbeobachtung und Dokumentation besonderer Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung.	

An allen Standorten findet eine intensive Zusammenarbeit mit den Behörden statt. Die Betreiber der Drogenkonsumräume treffen sich regelmäßig in je nach Standort unterschiedlichen Arbeitskreisen (Ordnungspartnerschaften). Beteiligte dieser Ordnungspartnerschaften sind je nach Standort Anwohner, Geschäftsleute, Ordnungs-, Gesundheits-, Sozialbehörden, Polizei und Staatsanwaltschaft, Bundesgrenzschutz und weitere Einrichtungen. Von einem Konsumraum werden Fortbildungen zur Arbeit der Konsumräume für die Behörden angeboten.

Besprochen werden sämtliche Aspekte, die in Zusammenhang mit den Einrichtungen stehen, wie Auswirkungen auf das Umfeld, Polizeiarbeit, Anwohnermeinungen, Szenebildung.

In einem Konsumraum wurde eine Anlaufstelle für Bürger eingerichtet.

Probleme mit dem Umfeld bestehen vor allem an zwei Standorten, wo sich insbesondere Geschäftsleute, die in der Nähe des Konsumraums ansässig sind beschwerten, bzw. in der Vergangenheit beschwert haben. Problematisch ist an einem Standort die Vermüllung der Umgebung, weswegen ein freiwilliger Reinigungsdienst eingesetzt wurde. Eventuell auftretende Szenebildung vor der Einrichtung wird durch Mitarbeiter und gegebenenfalls die Polizei unterbunden.

7.5.8 Berechtigter Nutzerkreis

Nutzer dürfen nur volljährige Personen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung sein.
Jugendlichen mit BtM-Abhängigkeit und Konsumerfahrung darf der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder sich das Personal im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentschluss überzeugt hat.
Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten 2. Erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel intoxikierte Personen 3. Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen mangelnder Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.

Die Einhaltung der Regelungen über den berechtigten Nutzerkreis wird in allen Einrichtungen über eine „In-Augenschein“-Nahme gewährleistet. Zusätzlich wird eine Nutzungsvereinbarung unterschrieben, in der die Konsumenten bestätigen müssen, dass sie berechtigt sind, die Einrichtung zu besuchen. In drei Städten wird über den Personalausweis abgeklärt, ob es sich bei der Person mit Nutzungswunsch um einen Einwohner der jeweiligen Stadt handelt, da nur solche und Personen mit Lebensmittelpunkt in dieser Stadt zugelassen werden. In einer Einrichtung wird computergestützt überprüft, ob es sich bei der Person um eine zuvor registrierte Person mit Nutzungsberechtigung handelt. Im Computer sind digitale Fotos der Nutzungsberechtigten gespeichert.

7.5.9 Erlaubte Konsumstoffe / Konsummuster

Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamine oder deren Derivate betreffen und intravenös, inhalativ oder oral erfolgen.
--

Sämtliche in der Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen in den Einrichtungen konsumiert werden. In einer Einrichtung ist Mischkonsum (Drogencocktail) verboten, in einer Einrichtung das Rauchen von Crack. In vier der fünf Einrichtungen ist der inhalative sowie der intravenöse Konsum erlaubt, in einer Einrichtung ist der orale Konsum von Drogen verboten. In einer Einrichtung sind ausdrücklich Injektionen in die Halsvene und in die Leiste untersagt, wobei bei Leisteninjektionen Ausnahmen zugelassen werden. In einzelnen Einrichtungen bestehen zusätzlich noch weitergehende Regelungen über den Konsum von Nikotin, Cannabis und Alkohol.

7.5.10 Dokumentation des Einrichtungsbetriebes

Fortlaufende Dokumentation über den Betrieb des DK-Raums in anonymisierter Form, Datenschutz beachten, Tagesprotokolle fertigen, insbesondere mit folgendem Inhalt: Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des eingesetzten Personals, alle besonderen Vorkommnisse.
Daraus ist ein monatlicher Bericht zu erstellen und im Hinblick auf die Zielerreichung regelmäßig auszuwerten. Über die Ergebnisse sind die zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden zu unterrichten, Berichte sind der Überwachungsbehörde regelmäßig vorzulegen.

In den Einrichtungen werden täglich Daten mit Hilfe des für NRW standardisierten Dokumentationssystems erfasst. Die erfassten Daten werden monatlich extern durch die „Landeskoordination Integration“ in Köln gesammelt, aufbereitet und an die Konsumräume zur eigenen Weiterverwendung zurückgesandt. Zwei Einrichtungen dokumentieren zusätzlich die Personenzahl und die konsumierte Stoffart, eine der beiden Einrichtungen die Herkunft der Konsumenten.

7.5.11 Sichtkontrollen der mitgebrachten BtM

Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal, von einer näheren Substananalyse ist abzusehen.

In allen Konsumräumen wird eine Sichtkontrolle der mitgebrachten BtM von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin durchgeführt.

7.6 Einhaltung der Mindeststandards im Saarland

Es wurde ein Konsumraum im Saarland besichtigt, Leiter- / Betreiberinterviews und Interviews mit den Nutzern und Nutzerinnen der Einrichtungen durchgeführt.

7.6.1 Bauliche Mindeststandards

Die geprüften baulichen (sichtbaren) Mindeststandards werden im Drogenkonsumraum im Saarland eingehalten (siehe Tabelle 7.6-1).

Tabelle 7.6-1: Einhaltung der „sichtbaren“ Mindeststandards im Drogenkonsumraum im Saarland

Prüfen	Saarland	vorhanden / ja	nicht vorh. / nein
Sicht	Räumliche Abgrenzung von der übrigen Drogenhilfeeinrichtung.	ja	
Sicht	Sämtliche Flächen müssen aus glatten, abwaschbaren und desinfizierbaren Materialien bestehen.	ja	
Sicht	Ausreichende Bereitstellung steriler Einmalspritzen, Tupfer, Ascorbinsäure, Injektionszubehör, Desinfektionsmittel sowie durchstichsicherer Entsorgungsbehälter.	ausreichend bereitgestellt/ Entsorgungsbehälter vorh.	
Sicht	Jederzeitiger ungehinderter Zugang für Rettungsdienste.	keine Hindernisse	
Sicht	Ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, so dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.	möglich	
Sicht	Es sind ständig technische Notfall-Vorrichtungen bereitzuhalten.	vorhanden	
Sicht	Hausordnung ist gut sichtbar auszuhängen.	ja	
Sicht	Aushang, dass Verstöße gegen das BtMG mit Ausnahme des Besitzes von BtM in geringer Menge zum Eigenverbrauch innerhalb der Ein-richtung nicht geduldet werden.	ja	

7.6.2 Notfallplan

Notfallplan, in dem die Einzelheiten der Notfallversorgung festgehalten sind, der jederzeit umgesetzt werden kann und dem Personal zur Verfügung stehen muss. Der Notfallplan ist ständig zu aktualisieren.

Notfallplan beinhaltet auch die Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzungen des Personals

Nach Betreiberangaben sollte zum Befragungszeitpunkt der „informell“ existierende Notfallplan schriftlich fixiert werden.

7.6.3 Gewährleistung der Notfallversorgung

Ständige Sichtkontrolle der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal, so dass im Notfall sofortige Beatmungs- und Reanimationsmaßnahmen und eine akute Wundversorgung möglich sind.

Während der Öffnung des Drogenkonsumraums sind zwei Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen im Konsumraum selbst immer anwesend und beobachten die Applikationsvorgänge. Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden im Umgang mit Drogennotfällen vom angestellten Krankenpfleger regelmäßig geschult. Diese Schulung ist Voraussetzung, um im Konsumraum zu arbeiten. Das Vorgehen bei Notfällen wird ebenfalls regelmäßig eingeübt (Beatmung, Herzmassage usw.). Nach eigenen Angaben wird bei einem Drogennotfall sofort die Einsatzleitung eines Rettungsdienstes verständigt (Direktdurchwahl).

7.6.4 Medizinische Beratung / Hilfe

Medizinische Beratung und Hilfe bzgl. Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten BtM müssen gewährt werden und unverzüglich erfolgen können. Es muss mindestens eine Krankenpflegekraft beschäftigt werden, die auch für die Kontrolle des Notfallplanes und die Schulung des Aufsichtspersonals zuständig ist.

Durch die immer anwesenden Sozialarbeiter ist eine Beratung jederzeit gewährleistet. Beim Drogenhilfezentrum ist ein Krankenpfleger angestellt, der auch die Schulungen für das übrige Personal durchführt.

7.6.5 Erstberatung und weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung

Über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus müssen weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt und vermittelt werden; Personen, die einen Entgiftungswunsch äußern, ist Hilfestellung zum Kontakt mit geeigneten Einrichtungen zu leisten.

Es gibt ein verbindliches Erstgespräch, das sogenannte „Einschreibeverfahren“. Bei diesem Verfahren werden nicht nur die Regeln für den Konsumraum und die Hausordnung erklärt, es wird auch auf das übrige Hilfeangebot hingewiesen. Beim Einschreibeverfahren muss verbindlich ein Personalausweis vorgelegt werden. Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort werden erfasst. Zusätzlich wird eine Befragung über die persönlichen Lebensumstände durchgeführt, die später anonymisiert ausgewertet werden kann. Durch das Einschreibeverfahren wird auch geprüft, ob die Drogenabhängigen zum in der Rechtsverordnung genannten Personenkreis gehören.

Für die weitergehende Beratung gibt es ein festes Konzept. Durch ständige Kontakte im Drogenhilfezentrum werden von Klientinnen und Klienten oft Beratungsgespräche nachgefragt. Es entwickeln sich häufig langfristige Arbeitsbeziehungen. Besonderes Augenmerk wird auf jüngere Menschen gelegt und diesbezüglich eng mit der Jugendberatungsstelle (SOS) zusammengearbeitet. Da der Konsumraum zu einem Drogenhilfezentrum mit vielen weiteren Hilfeangeboten gehört, ist eine gute weitergehende (ausstiegsorientierte) Beratung sichergestellt. Zahlen über die Weitervermittlung in ausstiegsorientierte Hilfeangebote sind für den Zeitraum 1991 bis 2001 dokumentiert.

7.6.6 Hausordnung / Einhaltung der Hausordnung / Sanktionen

Erlass einer mit dem Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmten Hausordnung. Ständige Überwachung der Einhaltung der Hausordnung durch das Personal und unverzügliche Unterbindung von Handlungen, die der Vorbereitung oder Begehung von Straftaten gegen das BtMG dienen.
--

Es gibt eine umfangreiche Hausordnung, die in Kurzform auch gut sichtbar aufgehängt ist und mit dem zuständigen Landesministerium abgestimmt wurde. Das Personal überwacht die Einhaltung der Hausordnung, dazu gibt es auch einen „Hofdienst“, der das Geschehen auf dem Innenhof beobachtet (dort befinden sich bis zu 150 Opiatabhängige) und bei Verstößen einschreitet. Verstöße werden je nach Schwere mit meist zeitlich begrenzten Haus-/ Konsumraumverboten belegt.

7.6.7 Werbung

Träger und Personal dürfen für den Besuch des DK-Raums nicht werben.
--

Dieser Mindeststandard kann nicht überprüft werden, es ist aber davon auszugehen, dass keine ausdrückliche Werbung zum Besuch der Einrichtung betrieben wird.

7.6.8 Zusammenarbeit mit Behörden

Enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden (Grundzüge schriftlich festzulegen).

Es gibt eine sehr intensive Zusammenarbeit mit den genannten Behörden in zwei Arbeitskreisen, die jeweils mindestens alle zwei Monate stattfinden. Dort werden verbindliche Absprachen untereinander getroffen.

7.6.9 Auswirkungen auf das Umfeld / Kontakte mit der Polizei

Regelmäßiger Kontakt zu den zuständigen Polizeidienststellen (Umfeldbeobachtung und Dokumentation besonderer Vorkommnisse durch die Leitung der Einrichtung).

An den eben beschriebenen Arbeitskreisen nehmen auch immer Vertreter der Polizei teil. Die Auswirkungen des Drogenhilfezentrums auf das nähere und weitere Umfeld der Einrichtung sind expliziter thematischer Gegenstand dieser Treffen. Darüber hinaus gibt es alle 14 Tage ein Treffen mit der für das Drogenhilfezentrum zuständigen Kontaktpolizei.

7.6.10 Berechtigter Nutzerkreis

Benutzung darf nur volljährigen Personen angeboten werden, die aufgrund bestehender BtM-Abhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben.
--

Jugendlichen darf der Zugang nur gestattet werden, wenn die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder aufgrund besonderer Umstände nicht vorgelegt werden kann und sich das Personal im Einzelfall nach besonderer Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat.

Auszuschließen sind: 1. Offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten 2. Alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel intoxicierte Personen 3. Opiatabhängige, die sich in einer substituionsgestützten Behandlung befinden 4. Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgenden Gesundheitsschädigungen fehlt.

Benutzer müssen gefestigten Konsumentenschluss gefasst haben.

Beim Einschreibeverfahren wird geprüft, ob jemand zum in der Rechtsverordnung genannten Personenkreis gehört. Mit einer rechtsverbindlichen Unterschrift werden die Angaben bestätigt.

Eingelassen wird in den Konsumraum nur, wer eingeschriebener Nutzer des Konsumraums ist. Das wird vor jedem Einlass geprüft. Intoxikierte Menschen oder Opiatabhängige, bei denen bekannt ist, dass sie an einer Substitutionstherapie teilnehmen, werden nicht eingelassen. Auch das wird vor jedem Einlass an der Anmeldung geprüft.

7.6.11 Erlaubte Konsumstoffe / Konsummuster / Sichtkontrolle der BtM

Der Konsum von BtM im DK-Raum kann Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate betreffen und intravenös, oral, nasal oder inhalativ erfolgen.
Sichtkontrolle der mitgeführten BtM durch das Personal, von einer näheren Substanalanalyse ist abzusehen.

Alle in der Rechtsverordnung genannten Substanzen dürfen derzeit nur intravenös appliziert werden. Nicht erlaubt ist das Rauchen und sniefen der Stoffe. Eine explizite Sichtkontrolle findet vor Einlass nicht statt, wohl aber beim Zubereiten der Drogen im Konsumraum durch die dort tätige Person.

7.6.12 Dokumentation des Einrichtungsbetriebes

Dokumentation über den Betrieb des DK-Raums, Datenschutz beachten, folgende Aspekte sind zu berücksichtigen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Konsumverhalten, Drogenpräferenz, Nutzungszahl und -frequenz, Gesundheitsschäden, AIDS und Hepatitis, Notfallsituationen, Wundversorgungen, Ausstiegsvermittlungen, Sicherheitsproblematik.
Das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales erhält jährlich einen Bericht dazu.

Es ist davon auszugehen, dass die Daten im erforderlichen Umfang erhoben werden. Die am Besichtigungstag versprochene Variablenliste der erhobenen Daten wurde nicht in vollem Umfang bereitgestellt. Ein Teil der geforderten Daten ist für den vorliegenden Bericht dokumentiert. An den Jahresberichten wird derzeit noch gearbeitet.

7.6.13 Anzahl / Qualifikation des Personals

Während der Öffnungszeiten: Anwesenheit von persönlich zuverlässigem und fachlich ausgebildetem Personal in ausreichender Zahl.

Für die Öffnungszeiten gibt es genaue Vorgaben zum Umfang des anwesenden Personals. Die entsprechenden Qualifikationen sind sichergestellt. Sollte einmal weniger Personal anwesend sein, wird das Angebot entsprechend eingeschränkt.

Benennung einer sachkundigen Person und einer Vertretung, die für die Einhaltung sämtlicher Anforderungen und der Auflagen sowie Anordnungen des Ministeriums verantwortlich sind und die ihnen obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen können.
--

Es sind eine verantwortliche Person und eine Vertretung benannt.

8 Befragung der Nutzer und Nutzerinnen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Nutzerbefragung bezogen auf die Gesamtstichprobe dargestellt, um die überregionale Sichtweise der Nutzerinnen und Nutzer von Konsumräumen betrachten zu können.

8.1 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit vom 16.04.02 bis zum 05.06.02 fanden insgesamt 168 Interviews mit Nutzern von 18 verschiedenen Konsumräumen statt. In der Regel wurden pro Konsumraum 10 Interviews durchgeführt, lediglich in drei Konsumräumen Hamburgs und im Konsumraum Köln konnte die angestrebte Interviewanzahl nicht erreicht werden: Im Konsumraum Fixstern fanden neun Interviews statt (eines musste kurz vor Schließung abgebrochen werden), im Café3 acht Interviews, im Kodrops lediglich 6 Interviews und im Konsumraum Köln wegen der wenigen Nutzer und Nutzerinnen nur 5. Da die Einrichtung droBill in Hamburg kurz vor der Schließung stand, wurden dort ebenfalls keine Nutzerinterviews durchgeführt. Für die Teilnahme an den Interviews bekamen die Befragten ein „Dankeschön“ von 3€. In der Regel sind die Interviewer beim Ansprechen der Klientinnen und Klienten von den in den Einrichtungen arbeitenden Mitarbeitern unterstützt worden.

Diese Interviews waren anonym und freiwillig. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der Befragung der Opiatabhängigen nicht um eine Zufallsauswahl und auch nicht um eine repräsentativ ausgewählte Stichprobe handelt. Es handelt es sich um anfallende Stichproben in den jeweiligen Konsumräumen, d. h. es wurden pro Konsumraum bis zu 10 Nutzerinnen bzw. Nutzer gefragt, die am Tag der Ortsbesichtigung durch die Evaluatoren anwesend waren und bereit waren, ein Interview zu geben.

Unter den Befragten waren 133 Männer und 35 Frauen im Alter zwischen 21 und 60 Jahren. Das Durchschnittsalter der befragten Konsumenten lag bei 34,8 Jahren.

Die Befragung hat zum Ziel – ergänzend zu der Überprüfung der Mindeststandards, den Befragungen der Einrichtungsleitung, der Ermittlung von Stellungnahmen örtlicher Polizeibehörden und weiterer Dokumentenanalysen zu den Konsumräumen – auch die subjektive Perspektive von Nutzenden der Konsumräume zu ermitteln. Obwohl es sich hierbei um „Momentaufnahmen“ handelt, kann - da die Befragten über einzelne Konsumräume und Bundesländer hinweg recht einheitliche Antworten gaben - unterstellt werden, dass die Befragungsergebnisse ein verallgemeinerbares Bild der Nutzersicht von Drogenkonsumräumen widerspiegeln.

8.2 Nutzung der Konsumräume

Tabelle 8.2-1 stellt dar, wie lange die befragten Personen die besuchten Konsumräume bereits nutzen. Etwa die Hälfte der Befragten nutzt seit bis zu zwei Jahren den jeweiligen Konsumraum, die andere Hälfte bereits seit über zwei Jahren (siehe Tabelle 8.2-1).

Tabelle 8.2-1: Nutzungsdauer

	Häufigkeit	Prozent
bis 3 Monate	19	11,3
bis 6 Monate	16	9,5
bis 1 Jahr	30	17,9
bis 2 Jahre	21	12,5
bis 3 Jahre	23	13,7
bis 4 Jahre	26	15,5
über 4 Jahre	32	19,0
<i>keine Angabe</i>	1	0,6
gesamt	168	100,0

Etwa die Hälfte der Befragten nutzt den Konsumraum mindestens einmal täglich. Ein weiteres Drittel nutzt den Konsumraum mehrmals pro Woche. Der Anteil der Personen, die den Konsumraum seltener aufsuchen, ist relativ gering (siehe Tabelle 8.2-2).

Tabelle 8.2-2: Nutzungshäufigkeit

	Häufigkeit	Prozent
mehrmals täglich	53	31,5
einmal täglich	33	19,6
mehrmals pro Woche	56	33,3
1 x wöchentlich	10	6,0
mehrmals im Monat	14	8,3
seltener	2	1,2
gesamt	168	100,0

Auf die Frage, ob sie schon einmal in einem anderen Konsumraum waren, antworteten 57,8% (97 Personen) mit „ja“, 38,7% (65 Personen) mit „nein“ und 3,5% (6 Personen) ließen die Frage unbeantwortet. Da in Frankfurt und in Hamburg mehrere Konsumräume zur Verfügung stehen, deren Öffnungszeiten zum Teil aufeinander abgestimmt sind, wurde bei der weiteren Auswertung danach unterschieden, ob die Personen in Frankfurt, Hamburg oder einer anderen Stadt befragt wurden. Während in Frankfurt alle Antwortenden bis auf einen (97,5%; 39 Personen) angaben, auch schon einmal in einem anderen Konsumraum gewesen zu sein, waren dies in Hamburg lediglich 77,8% der Antwortenden (57 Personen) und in den Städten, in denen sich nur ein Konsumraum befindet, nur 18,8% (4 Personen). Von den in Frankfurt Befragten wurden nur andere Konsumräume in der eigenen Stadt als Alternativen genannt, von den in Hamburg befragten Konsumenten wurden in einem Fall auch Konsumräume in anderen Städten genannt. Die Befragten aus den übrigen Städten nannten am häufigsten Konsumräume in Frankfurt als alternative Konsumräume.

8.3 Öffnungszeiten / Kontaktentstehung

Die offene Frage zur Beurteilung der Öffnungszeiten der Konsumräume wurde von 168 Personen beantwortet. Die Mehrheit der Befragten (70,8%; 119 Personen) fand die Öffnungszeiten in Ordnung während 29,2% (49 Personen) sie nicht gut fanden. Jeweils 4,2% (7 Personen) bemängelten, dass die Konsumräume am Wochenende zu spät öffnen bzw. das Vorhandensein einer Mittagspause (Mehrfachnennungen möglich).

Trotzdem gaben bei der nächsten Frage 111 Personen Wünsche zu weiteren Öffnungszeiten an. 74,8% (83 Personen) antworteten, dass der Konsumraum immer geöffnet sein sollte, 30,6% (34 Personen) wollen, dass der Konsumraum zusätzlich samstags öffnet und 25,2% (28 Personen) sonntags (n = 111, Mehrfachnennungen möglich).

Der größte Anteil der Befragten wurde durch Kontakte aus der Szene auf den jeweiligen Konsumraum aufmerksam (39,3%). Die zweitwichtigste Rolle als Informationsquelle spielt die Drogenhilfe (24,4%) und 17,9% der Befragten nennen Freunde und Kollegen als Personen, von denen sie von der Existenz des Konsumraums erfuhren. Die absoluten und relativen Häufigkeiten sämtlicher Antwortkategorien sind in Tabelle 8.3-1 aufgeführt.

Tabelle 8.3-1: Informationsquelle

	Häufigkeit	Prozent
Szene	66	39,3%
"Drogenhilfe"	41	24,4%
Freunde/Kollegen	30	17,9%
Zufall	9	5,4%
Medien	5	3,0%
Familie	4	2,4%
Partner	2	1,2%
Gefängnis	2	1,2%
Polizei	1	0,6%
<i>keine Angabe</i>	8	4,8%
gesamt	168	100,0%

Lediglich bei 33,5% der Befragten (56 Personen) war der Konsumraum die erste Kontaktstelle mit Drogenhilfeangeboten, 62,4% (107 Personen) hatten bereits Erfahrungen mit anderen Angeboten, 2,9% (5 Personen) machten diesbezüglich keine Angabe.

8.4 Erstberatung

Bei 67,9% der Befragten (114 Personen) fand eine Erstberatung statt, bevor der Konsumraum das erste Mal benutzt wurde, bei 27,4% der Konsumenten (46 Personen) war dies nicht der Fall. In drei Konsumräumen in NRW gaben alle Befragten an, dass eine Erstberatung vor der ersten Nutzung des Konsumraums stattfand. In zwei weiteren Konsumräumen sind dies immerhin noch jeweils 9 von 10 Befragten.

Das mit Abstand am häufigsten genannte Thema der Erstberatung ist die Hausordnung, die von 87,7% der Antwortenden (100 Personen) als Thema genannt wird (n = 114, Mehrfachnennungen möglich).

In 41,7% der Fälle (70 Antworten) wurde von Mitarbeitern der Konsumräume (auch) in anderen Situationen versucht, ein Gespräch über Drogen zu beginnen. Von den positiv Antwortenden (n = 70) gaben 45,7% (32 Personen) an, dass dieser Versuch mehrmals wöchentlich erfolgte, 12,9% (9 Personen) mehrmals im Monat und 41,1% (29 Personen) „selten“. Als letzter Zeitpunkt eines solchen Gesprächsversuches wurde von 43,1% (25 Personen) „heute“ genannt, von 20,7% (12 Personen) „letzte Woche“ und von 36,2% (21 Personen) „vor Wochen“ (n = 58).

Themen der Gespräche nach der Erstberatung waren überwiegend die allgemeine Befindlichkeit des Konsumenten sowie allgemeine private Probleme, was von 43,2% der Antwortenden (41 Personen)

genannt wurde (n = 95, Mehrfachnennungen möglich). Von vielen Befragten wurde in diesem Zusammenhang betont, dass immer ein Ansprechpartner für jedes Thema zur Verfügung steht. Bereits an zweiter Stelle stehen die Themen Drogenausstieg, Entzug, Therapie und Methadon (31,6% der Antwortenden; 30 Personen). Der Konsum, die Dosierung, die Güte der Drogen und drogenspezifische Probleme waren bei 15,8% der Konsumenten (15 Personen) bereits Gesprächsthema. Hier wurde beispielsweise von Mitarbeitern vor einem zu hohen individuellen Konsum gewarnt oder es wurden Empfehlungen für eine sicherere Applikation bestimmter Drogen erteilt.

8.5 Kontaktgüte zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Der Kontakt zu den Mitarbeitern wurde überwiegend positiv bewertet. 47,0% (79 Personen) bezeichneten ihn auf einer 5-stufigen Skala (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) als „eher gut“, 47,6% (80 Personen) sogar als „sehr gut“. 4,8% (8 Personen) antworteten mit „teils, teils“, lediglich eine Person gab an, kaum Kontakt zu Mitarbeitern zu haben. Zwischen den einzelnen Konsumräumen zeigen sich hinsichtlich der Bewertung des Kontaktes zu den Mitarbeitern keine bedeutenden Unterschiede für die Gründe zur Nutzung des Konsumraums.

Auf die offene Frage, was die Nutzer am Konsumraum gut finden, antworteten alle 168 interviewten Personen (Mehrfachfachnennungen möglich). 48,2% (81 Personen) begrüßten die allgemeinen hygienischen Verhältnisse innerhalb der Einrichtungen. Die Möglichkeit zum Spritzentausch, bzw. das Angebot von neuen Utensilien für den Konsumvorgang wurden von weiteren 22,6% der Befragten (38 Personen) als positiv hervorgehoben.

47,0% der interviewten Personen (79 Personen) lobten die Möglichkeit, angstfrei, in Ruhe und dadurch mit einem Gefühl der Sicherheit ihrem Drogenkonsum nachgehen zu können. In erster Linie wurde in diesem Zusammenhang die Abwesenheit der Polizei und die damit ausbleibende Kriminalisierung genannt. In einigen Fällen wurden aber auch bestimmte während des Konsums anwesende andere Opiatabhängige als Bedrohung wahrgenommen, was nach eigenen Angaben zu einer zu hektischen und damit gefährlichen Verabreichung der Drogen führte. 10,1% (17 Personen) hoben vor Ort nicht auftauchende, unliebsame Mitglieder der Drogenszene, wie Crackabhängige, „Fledderer“ und Dealer positiv hervor.

Die medizinische Versorgung und der damit verbundene sichere Konsum wurde von 35,7% der interviewten Personen (60 Personen) begrüßt. Dabei fand sowohl die Erste Hilfe bei einem misslungenen Konsumvorgang, die Testmöglichkeit von neu in der Szene auftauchenden Substanzen, als auch eine eher allgemeine medizinische Betreuung Erwähnung. 24,4% (41 Personen) lobten insbesondere soziale und andere fachliche Kompetenzen (wie z. B. die Rechtsberatung) der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

31,0% (52 Personen) bewerteten den Umstand, dass der Konsum nicht mehr in der Öffentlichkeit stattfindet, positiv. Diese Nennungen beziehen sich weniger auf das oben angeführte erhöhte Sicherheitsgefühl der Konsumenten, sondern vielmehr darauf, dass die Verabreichung der Droge nicht mehr auf Bahnhofstoiletten, Spielplätzen, in Hauseingängen oder auf der Straße stattfinden muss. Oftmals wurde in diesem Zusammenhang auch eine ausbleibende Belästigung, bzw. Gefährdung der Öffentlichkeit erwähnt. So wurden z. B. Spielplätze als moralisch nicht vertretbare Orte für den Drogenkonsum eingestuft.

Für 11,3% der Befragten (19 Personen) war auch ein in den Konsumräumen bestehendes Angebot an Speisen und Getränken ein Grund dafür, diese aufzusuchen.

Ebenfalls 11,3% (19 Personen) empfanden räumliche Einrichtungen wie Cafés, Ruheräume, Wasch- und Duschkmöglichkeiten sowie Notschlafstellen als gute Angebote.

Auf die Frage, warum sie im Konsumraum und nicht woanders Drogen nehmen, reagierten die Befragten im Wesentlichen mit ähnlichen Antworten, wie auf die bereits geschilderte Frage, was sie gut am Konsumraum finden. Deshalb soll hier in erster Linie auf abweichende Nennungen eingegangen werden.

Von den 162 Personen, die eine oder mehrere Angaben machten, war mit 26,5% (43 Personen) die räumliche Nähe zur Szene der meist genannte Grund, den Konsumraum aufzusuchen. Dies wurde vor allem damit begründet, dass die eigene Wohnung zu weit von der Beschaffungsmöglichkeit entfernt liegt und die Einrichtung somit eine schnellere Befriedigung der Abhängigkeit ermöglicht.

Die Abwesenheit der Polizei im Konsumraum ist für 19,1% (31 Personen) der ausschlaggebende Punkt für ihren Aufenthaltsort.

Für 12,3% der Antwortenden (20 Personen) ist es von Bedeutung, dass sie sich im Konsumraum unter „Gleichgesinnten“ befinden. Gelegentlich wurden in diesem Zusammenhang auch die Pflege sozialer Kontakte oder die angenehme Atmosphäre innerhalb der Einrichtung genannt.

17,9% der 162 Personen (29 Personen) hingegen schätzen die Anwesenheit von Mitarbeitern und Nutzern des Konsumraums, da sie sich im Falle einer Überdosierung in der Gesellschaft von hilfsbereiten Personen befinden.

Ein Drogenkonsum in der eigenen Wohnung kommt für 8,0% der Befragten (13 Personen) prinzipiell nicht in Frage. Der Grund hierfür ist die Anwesenheit von Mitbewohnern, meist Familienmitgliedern oder Lebensgefährten, die dem Drogenkonsum ablehnend gegenüberstehen. Für 4,9% (8 Personen) ist ihre Obdachlosigkeit der zwingende Grund dazu, in der Institution und nicht zu Hause zu konsumieren.

8.6 Drogenkonsum in den letzten 24 Stunden

Alle 168 befragten Personen machten Angaben zu den Drogen, die sie in den letzten 24 Stunden konsumiert haben. Im Durchschnitt werden pro Person 3,4 verschiedene Arten von Konsumvorgängen beschrieben (unterschieden nach Droge, Art und Ort der Einnahme). Am häufigsten wird der Konsum von Heroin und Kokain genannt. 157 Personen (93,5%) gaben an, in den letzten 24 Stunden mindestens einmal Heroin zu sich genommen zu haben. Im Durchschnitt wird Heroin (unabhängig von der Art der Verabreichung) bereits seit 12,5 Jahren konsumiert (STD = 7,0). Nur 7 Personen, die in den letzten 24 Stunden vor der Befragung Heroin konsumiert hatten, nahmen Heroin regelmäßig erst seit einem Jahr oder kürzer. Kokain wurde von 82 der befragten Personen (48,8%) mindestens einmal innerhalb der letzten 24 Stunden konsumiert. Im Durchschnitt wird Kokain seit 10,2 Jahren regelmäßig eingenommen (STD = 6,7).

Bei den 63 Befragten, die in den letzten 24 Stunden Drogen an öffentlichen Orten genommen hatten, geschah dies bei 36,5% (23 Personen) in Parks, bei 23,8% (15 Personen) in der Nähe des Konsumraums, bei 14,3% (9 Personen) an Bahnhöfen und bei 6,3% (4 Personen) in Hauseingängen oder Treppenhäusern. 36,5% (23 Personen) gaben andere Orte an (n = 63, Mehrfachnennungen möglich).

Als Grund für den öffentlichen Konsum spielt die mangelnde Verfügbarkeit der Konsumräume die entscheidende Rolle. So wird am häufigsten genannt, dass der Konsumraum geschlossen war (36,5%; 31 Personen), 23,5% (20 Personen) nannten die Überfüllung der Konsumräume und die damit

verbundenen Wartezeiten als Grund für den Konsum in der Öffentlichkeit und für 8,2% waren die Konsumräume in der entsprechenden Situation zu weit entfernt.

Für 9,4% der Personen (8 Personen), die öffentlich konsumierten, war ausschlaggebend, dass bestimmte Drogen oder Konsumformen (Crackkonsum, Rauchen) im jeweiligen Konsumraum nicht erlaubt sind. 7,1% (6 Personen) bevorzugen für bestimmte Drogen oder Konsumformen einen anderen Ort. Beispielsweise wird der Konsumraum für den Kokainkonsum in einigen Fällen als zu laut empfunden oder bei gutem Wetter lieber draußen konsumiert (n = 85, Mehrfachnennungen möglich).

Ähnlich fallen die Antworten auf die offene Frage nach den Gründen aus, warum nicht immer der Konsumraum genutzt wird. Hierzu äußerten sich 154 Personen (Mehrfachnennungen möglich). Wiederum spielt die Verfügbarkeit des Konsumraums die entscheidende Rolle: 42,9% (66 Personen) nutzen den Konsumraum wegen der beschränkten Öffnungszeiten nicht immer, 13,6% (21 Personen) wegen der langen Wartezeiten bzw. der Überfüllung, 13,0% (20 Personen) auf Grund der zu großen Entfernung zum Konsumraum und 5,8% (9 Personen) weil sie in der entsprechenden Situation zu starke Entzugssymptome verspüren, um erst noch den Konsumraum aufzusuchen.

Ein weiteres wichtiges Motiv stellt die Bevorzugung des eigenen Zuhauses (bzw. des Zuhauses von Freunden) gegenüber des Konsumraums dar. 31,8% der Antwortenden (49 Personen) gaben dies als Grund dafür an, dass sie nicht immer den Konsumraum benutzen. Dabei spielt eine Rolle, dass das eigene Zuhause gemütlicher oder ruhiger ist, man hier beim Konsum auch Musik hören kann, fernsehen, essen und trinken oder sich hinlegen kann.

Auf die Frage nach dem wichtigsten Konsumort antworteten alle 168 Personen. Der Konsumraum wurde von 63,7% der Befragten (107 Personen) als wichtigster Konsumort bezeichnet. 27,4% (46 Personen) nannten als wichtigsten Konsumort das eigene Zuhause, 6,0% (10 Personen) Orte in der Öffentlichkeit und 2,4% (4 Personen) das Zuhause von Bekannten, 1 Person gab keinen wichtigsten Konsumort an. 33,3% (56 Personen) bezeichneten den Konsumraum lediglich als zweitwichtigsten Konsumort, 25,0% (42 Personen) nannten keinen zweitwichtigsten Konsumort.

Bei 36,3% der Befragten (62 Personen) befindet sich der Wohnraum im gleichen Stadtteil wie der Konsumraum. Bei jeweils rund 20% (34 Personen) befindet sich der Wohnraum

- in einem Stadtteil in der Nähe des Konsumraums,
- in einem weiter entfernten Stadtteil oder am Stadtrand,
- außerhalb der Stadt.

3,0% (5 Personen) gaben an, dass der Wohnraum wechsele, eine Person machte keine Angabe zum Wohnort.

Der Ort, an dem die Befragten sich am meisten aufhalten, befindet sich bei 63,7% (107 Personen) im selben Stadtteil wie der Konsumraum und bei 10,7% (18 Personen) in einem Stadtteil in der Nähe des Konsumraums.

8.7 Nutzung der weiteren Angebote in Konsumräumen

Auf die Frage, welche weiteren Angebote der Einrichtung (außer der Nutzung des Konsumraums) die Personen kennen, nannten 85,7% der Befragten das Angebot von Speisen und Getränken. Von über 50% der Befragten wurde außerdem genannt, dass Ansprechpartner zur Verfügung stehen, Kleidung vorhanden ist und die Möglichkeit zur Körperhygiene besteht. Diese und weitere Nennungen sind Tabelle 8.7-1 zu entnehmen. Dargestellt sind die absoluten Häufigkeiten und die Prozentwerte bezogen auf die Anzahl der Nennungen (Mehrfachantworten möglich).

Tabelle 8.7-1: Genannte Angebote der Einrichtungen

Angebote	Anzahl der Nennungen	% der Nennungen
Essen & Trinken	144	20,4
Ansprechpartner	123	17,4
Kleidung	111	15,7
Körperhygiene	85	12,0
Spritzentausch	78	11,0
med. Betreuung	73	10,3
Unterkunft	30	4,2
Vermittlung weiterer Angebote	23	3,3
Freizeitgestaltung	21	3,0
Informationen	6	0,8
Sonstiges	13	1,7
Gesamt	707	100,0

Von den Befragten gaben 97,6% (164 Personen) an, eines oder mehrere der zuvor selbst genannten Angebote bereits genutzt zu haben, 2,4% (4 Personen) haben sie nicht genutzt.

Alle 168 Konsumenten machten Verbesserungsvorschläge für die jeweiligen Konsumräume (Mehrfachnennungen möglich). An vorderster Stelle stehen dabei Vorschläge, die sich auf die zeitlichen und räumlichen Beschränkungen beziehen. So wünschten sich 36,3% (62 Personen) eine Verlängerung der Öffnungszeiten. 16,7% (28 Personen) bemängelten, dass nicht genügend Platz vorhanden ist und die Konsumräume vergrößert werden müssten, wobei häufig angemerkt wurde, dass es vorkommt, dass Leute vor der Tür warten müssen. In diesem Zusammenhang wurde von 10,1% der Konsumenten (17 Personen) geäußert, dass die Verweildauer in den Konsumräumen besser geregelt werden müsste. Vorgegebene Zeiten würden nicht eingehalten und die diesbezügliche Kontrolle vom Personal sei nicht ausreichend oder ungerecht. Von mehreren Probanden wurden die zeitlichen Verzögerungen auch auf die sogenannten „Filtersammler“ bzw. „Filterschnorrer“ zurückgeführt. Von 11,3% (19 Personen) wurden Verbesserungen der Inneneinrichtung gefordert. Zum einen wünschten sich die Konsumenten eine gemütlichere Atmosphäre, zum anderen wurden mangelnde Sauberkeit und Hygiene insbesondere der Sanitäreinrichtungen bemängelt. Zudem wurde mehr Sichtschutz (durch Vorhänge oder geschlossene Kabinen) für Personen, die sich in die Leistengegend spritzen, gewünscht. 8,9% (15 Personen) machten Vorschläge zu Freizeitaktivitäten, wie Ausflüge oder Spielmöglichkeiten in den Räumlichkeiten (z. B. Billardtische, Tischtennisplatten, Kicker, Bücher). 7,7% (13 Personen) wünschten sich, dass das Essen (öfter) kostenlos ist bzw. preisgünstiger wird. 5,4% (9 Personen) bemängelten, dass zu wenig Personal vorhanden sei und wünschten sich insbesondere eine höhere Präsenz von Ärzten. 4,8% (8 Personen) äußerten Probleme mit bestimmten Personengruppen. Mehrmals wurde dabei die Aggressivität von Crack-Konsumenten hervorgehoben und entweder gewünscht, dass eine räumliche Trennung zwischen verschiedenen Konsumentengruppen stattfindet oder bestimmten Gruppen der Zutritt verweigert wird. Von 4,2% wurde die Polizeipräsenz in unmittelbarer Nähe des Konsumraums bemängelt.

Die Frage, ob ein Mitarbeiter schon einmal Kontakt zu anderen Einrichtungen für den Befragten hergestellt hat, wurde von 54,2% (91 Personen) bejaht. Bei 45,8% der Fälle (77 Personen) war dies nicht der Fall. Tabelle 8.8-1 führt auf, zu welchen Einrichtungen bzw. zu welchem Zweck entsprechende Kontakte hergestellt wurden. Die initiierten Kontakte sind nach Angaben der Befragten in 90,6% der Fälle zu Stande gekommen, während dies in 9,4% der Fälle nicht der Fall war.

8.8 Kontaktherstellung zu weitergehenden Hilfen durch das Personal

Tabelle 8.8-1: Einrichtungen, zu denen Kontakt hergestellt wurde

Einrichtung	Häufigkeit der Nennungen	% der Nennungen
Entgiftung	31	23,3
Ämter	27	20,3
Therapie	25	18,8
Unterkunft	12	9,0
Drogenhilfe	10	7,5
Gericht	9	6,8
Arzt	4	3,0
Bewährungshelfer	4	3,0
Rechtsanwalt	4	3,0
Arbeitgeber	2	1,5
Sonstige	5	4,0
Gesamt	133	100,0

Auf die offene Frage, was andere Fixer, die nicht in den Konsumraum kommen, vom Besuch abhalte, antworteten alle 168 Personen. 23,2% der Antwortenden (40 Personen) glaubten, dass diese Personen nicht in den Konsumraum kommen, da sie einen Anonymitätsverlust befürchteten und sich nicht als Fixer outen wollen. 14,3% (24 Personen) glaubten, dass die Polizeipräsenz sowie befürchtete Polizeikontrollen manche Personen vom Besuch des Konsumraums abhält, insbesondere Personen, die bereits polizeilich gesucht werden. 11,9% (20 Personen) meinten, dass die langen Wartezeiten und die Überfüllung der Konsumräume andere Fixer abschrecke und 6,0% (10 Personen) die zu weite Entfernung. Von 9,5% der Antwortenden (16 Personen) wurde vermutet, dass manche Personen „es nicht nötig haben“ in den Konsumraum zu kommen, dass „falscher Stolz“ oder Scham sie abhalte. Ebenfalls 9,5% nahmen an, dass Fixer, die nicht in den Konsumraum kommen, von anderen Besuchern abgeschreckt werden, weil diese gewalttätig, schmutzilig oder gefährlich seien bzw. sie Personen meiden wollten, denen sie noch etwas schulden.

8.9 Medizinische Betreuung durch den Konsumraum

Die Frage, ob die Einrichtung die Möglichkeit bietet, sich medizinisch beraten zu lassen, wurde von 88,7% der Befragten (149 Personen) bejaht; 60,1% (101 Personen) haben dieses Angebot bereits in Anspruch genommen. Zu der Frage, was bei der Beratung besprochen wurde, machten 108 Personen nähere Angaben. Über die Hälfte dieser Personen (57,8%: 62 Personen) gaben an, dass sie medizinisch behandelt wurden; im Vordergrund steht dabei die Abszessbehandlung. 42,6% (46 Personen) nannten medizinische Beratungsthemen, vor allem Hepatitis C und HIV. 11,1% der Personen (12 Personen) erwähnten an dieser Stelle die Herstellung eines Kontaktes oder die Überweisung zu einer anderen medizinischen Einrichtung. Von 6,5% (7 Personen) wurde die Versorgung mit Medikamenten (z. B. Venensalbe, Erkältungsmittel) oder Verbandszeug genannt und von 3,7% (4 Personen) eine medizinische Untersuchung.

Der Anteil der Personen, die angaben, dass sich durch den Konsumraum etwas am eigenen gesundheitlichen Umgang mit harten Drogen geändert habe, liegt mit 48,2% etwa genauso hoch wie

der Anteil der Personen, bei denen dies nicht der Fall ist (49,4%). 2,4% ließen diese Frage unbeantwortet. Von den Personen, bei denen sich etwas geändert hat, gaben 82,6% (71 Personen) an, dass sie eher saubere Spritzen und sauberes Besteck benutzen, 19,8% (17 Personen), dass es eine eigene medizinische Versorgung gibt, je 10,5% (9 Personen) gaben an, dass sie weniger konsumieren bzw. mehr Ruhe haben (n = 86, Mehrfachnennungen möglich).

Die Frage, ob sie – seit sie den Konsumraum nutzen – insgesamt besser gesundheitlich betreut werden, wurde von 58,9% (99 Personen) positiv beantwortet, 39,3% (66 Personen) waren nicht dieser Auffassung (1,8% keine Angabe). Von den Personen, die meinten, besser betreut zu werden, nannten 76,3% (74 Personen), dass ihre allgemeine medizinische Betreuung sich verbessert habe, ohne detailliertere Angaben zu machen, 18,6% (18 Personen) hoben die verbesserte Hygiene hervor und 14,4% (14 Personen) das Vorhandensein eines Ansprechpartners (n = 97, Mehrfachnennungen möglich).

Die eigene gesundheitliche Betreuung seit der Nutzung des Konsumraums wurde als „sehr gut“ oder „eher gut“ bezeichnet im retrospektiven Vergleich zur Zeit vor Nutzung des Konsumraums (siehe Abbildung 8.9-1). Der Unterschied führt im Wilcoxon-Test zu einem signifikanten Ergebnis; $z = -6,4$; $p < 0,001$; $n = 164$.

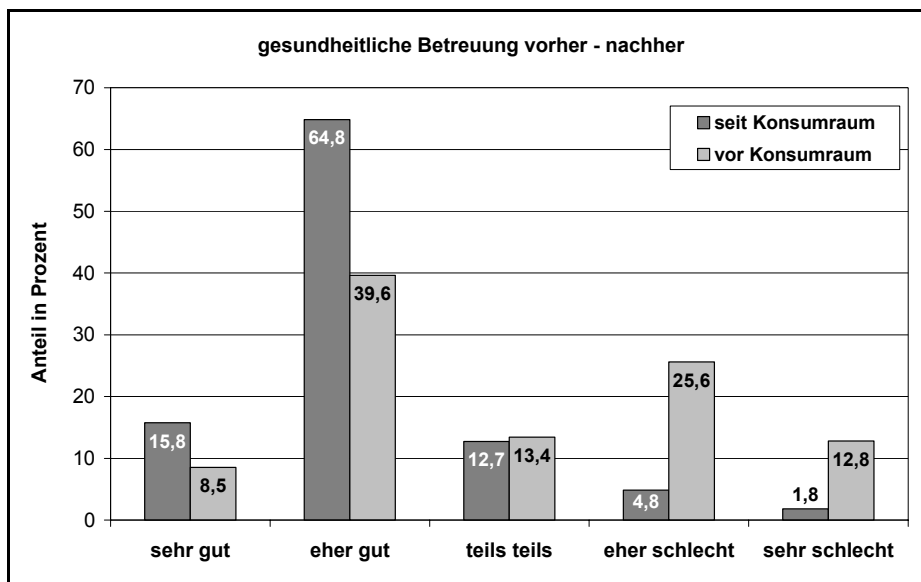


Abbildung 8.9-1: Bewertung der gesundheitlichen Betreuung vor und nach der Nutzung des Konsumraums

Weiterhin gaben 70,2% (118 Personen) an, wenn es ihnen einmal schlecht geht, eher zum Arzt zu gehen als zur Zeit vor Nutzung des Konsumraums. 44,6% (75 Personen) von ihnen gehen zuerst zum Arzt der Drogenhilfe, 30,4% (51 Personen) zum Hausarzt und eine Person in eine Klinik/ein Krankenhaus.

69,6% der Probanden (117 Personen) gaben an, beim Gebrauch harter Drogen weniger Angst davor zu haben, dass ihnen gesundheitlich etwas passiert wenn sie den Konsumraum dazu nutzen. Bei 29,8% der Befragten (50 Personen) ist dies nicht der Fall, 0,6% äußerten sich nicht zu dieser Frage. Personen, die bei der Nutzung des Konsumraums weniger Angst haben, nannten als Begründung das Vorhandensein medizinischer Hilfe (90,6%; 106 Personen), sauberes Zubehör (12,8%; 15 Personen), Sicherheit (8,7%; 10 Personen) und Ruhe (0,8%) (n = 117, Mehrfachantworten möglich).

20,2% der Konsumenten (34 Personen) gaben an, schon einmal im Konsumraum einen Zusammenbruch erlitten zu haben. Den Betroffenen wurde in 32 Fällen sofort geholfen, bei 2 Personen erfolgte nach eigenen Angaben keine sofortige Hilfe (n = 34).

8.10 Therapieerfahrungen der Befragten

Die Befragten verfügen in den meisten Fällen über eine langjährige Drogen- und Therapiekarriere: Über die Hälfte der Befragten (56,0%; 94 Personen) gab an, bereits mehrere Therapieversuche angefangen zu haben. Weitere 28,0% (47 Personen) haben einen Therapieversuch angefangen, nur bei 14,9% der Befragten (25 Personen) trifft dies nicht zu (1,1% keine Angabe). Hinsichtlich der Art der Therapieformen äußerten sich 155 Personen. Als Intervention nannten 51,0% (79 Personen) eine (oder mehrere) Entgiftungen, 50,3% (70 Personen) verschiedene Formen von Drogentherapien – überwiegend Langzeittherapien –, 47,1% der Befragten (73 Personen) haben Erfahrung mit Substitutionstherapien (31,6% Methadon, 9,0% Polamidon, 2,6% Subutex, 1,3% Kodein und 2,6% ohne genauere Angabe). 8,4% (13 Personen) gaben an, im Rahmen des Strafvollzugs an (Zwangs-) Therapien oder Entgiftungen teilgenommen zu haben und 3,9% (6 Personen) nannten den kalten Entzug als Therapieform (Mehrfachnennungen möglich). 10,7% (18 Personen) befanden sich zum Befragungszeitpunkt nach eigenen Angaben in einer Substitutionstherapie.

8.11 Zusammenfassung: Nutzerbefragung Konsumräume

Es wurden in 18 Konsumräumen insgesamt 168 Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern geführt. Unter den Befragten waren 133 Männer und 35 Frauen im Alter zwischen 21 und 60 Jahren. Das Durchschnittsalter der befragten Konsumenten lag bei 34,8 Jahren.

Etwa die Hälfte der Befragten besucht nach eigenen Angaben täglich das Angebot. Es besteht eine breite Übereinstimmung, dass Konsumräume durchgehend, das heißt auch am Wochenende geöffnet sein sollten.

Bei 67,9% aller Befragten wurde nach eigenen Angaben eine Erstberatung vor erstmaliger Nutzung des Konsumraums durchgeführt. Dieses Ergebnis könnte in Zukunft noch verbessert werden, da alle Rechtsverordnungen eine Erstberatung zwingend vorschreiben.

Die Kontaktgüte zu den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wurde insgesamt sehr positiv bewertet:

47,6% bezeichneten sie auf einer 5-stufigen Skala (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) als „sehr gut“, 47,0% als „eher gut“. Dies ist ein sehr gutes Ergebnis und zeugt von hohem Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gegenüber den Nutzenden. Wichtig ist aus Sicht der Befragten vor allem die Möglichkeit, unter hygienischen Umständen (48,2% der Befragten) in einem geschützten Rahmen (47% der Befragten) Drogen konsumieren zu können. Weiterhin werden die Möglichkeit der medizinischen (Sofort-)Hilfe (35,7% der Befragten), die Möglichkeit, nicht mehr in der Öffentlichkeit konsumieren zu müssen (31% der Befragten) und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (24,4% der Befragten) als positive Aspekte zur Nutzung des Konsumraums angegeben (Mehrfachantworten möglich).

Wichtig sei auch die Nähe zur Szene (26,5% der Befragten) und die Abwesenheit von Polizei (19,1% der Befragten).

157 Personen (93,5%) gaben an, in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert zu haben. Nur 7 Personen gaben an, Heroin erst seit einem Jahr oder kürzer zu konsumieren. Das zeigt: Konsumräume erreichen die intendierte Zielgruppe der langjährig Opiatabhängigen.

Von den 63 Personen, die angaben in den letzten 24 Stunden Drogen in der Öffentlichkeit konsumiert zu haben, gaben 36,5% an, der Konsumraum sei geschlossen oder aber überfüllt (23,5%) gewesen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Frage, aus welchen Gründen der Konsumraum nicht immer zum Konsum genutzt wird. Hier gaben knapp die Hälfte (42,9%) der Befragten an, es läge an den beschränkten Öffnungszeiten. Gleichzeitig wird der Konsumraum von 63,7 % der Befragten als wichtigster Konsumort bezeichnet. Es wird von daher empfohlen, Konsumräume grundsätzlich möglichst täglich, also auch am Wochenende zu öffnen.

Im Hinblick auf das Angebot weitergehender Hilfen, gaben 54,2% der Befragten an, dass ihnen das Personal schon einmal einen Kontakt zu einer anderen Hilfeeinrichtung vermittelt hat. Dabei sind 90,6% der Kontakte dann auch tatsächlich zustande gekommen. Am häufigsten wird hierbei der Kontakt zu Entgiftungseinrichtungen, Ämtern und Therapieeinrichtungen genannt. Auch hier wird deutlich, dass die Intention der Vermittlung an weitergehende Hilfen von den Einrichtungen insgesamt gut umgesetzt wird.

Bezogen auf die eigene gesundheitliche Betreuung gibt es nach Angaben der Befragten auch eine signifikante Verbesserung durch den Kontakt zum Konsumraum. Medizinische Hilfe im Konsumraum haben 60,1% der Befragten in der Vergangenheit selbst bereits in Anspruch genommen. Weiterhin gaben 70,2% an, eher zum Arzt zu gehen, wenn es ihnen einmal schlecht geht als zum Zeitpunkt vor Nutzung des Konsumraums. 44,4% von ihnen gehen dann zuerst zur medizinischen Betreuung der Drogenhilfeeinrichtung, 30,6% zum Hausarzt und 0,6% in eine Klinik/ein Krankenhaus.

Auch diese Ergebnisse zeigen, wie sehr der Zugang zu ärztlicher Hilfe für Opiatabhängige durch Konsumräume verbessert wird.

Wie gut die intendierte Zielgruppe der langjährig Opiatabhängigen erreicht wird, zeigt auch die „Drogen- und Therapiekarriere“ der meisten Befragten: Über die Hälfte der Befragten (56,0%) gaben an, bereits mehrere Therapieversuche angefangen zu haben. Weitere 28,0% haben einen Therapieversuch angefangen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Es wird insgesamt die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe erreicht.
- Minderjährige sind bei den Befragungen in Konsumräumen nicht angetroffen worden.
- 96% der Befragten sind mehrjährig opiatabhängig.
- Durch das Personal der Konsumräume wird der Zugang zum weitergehenden Hilfesystem gewährleistet und entsprechende Kontakte durch das Personal hergestellt.
- Die gesundheitliche Betreuung verbessert sich durch den Kontakt zum Konsumraum signifikant.
- Durch Konsumräume verbessert sich der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem.
- Konsumräume sollten jeden Tag geöffnet sein, um öffentlichem Konsum vorzubeugen.

9 Fazit: Schwachstellen / "best practices"

9.1 Hepatitis-C-Problematik

Nachdem die ersten Interviews mit Leitern von Konsumräumen durchgeführt wurden, ist den Untersuchern aufgefallen, wie wenig das Thema Hepatitis C insgesamt erwähnt wurde. Sowohl bei Antworten zur Frage nach präventiven Botschaften, die in Konsumräumen vermittelt werden, als auch bei den Antworten zur Frage von Defiziten im Hilfesystem wurde das Thema nur selten als Inhalt der Beratungen in Drogenkonsumräumen erwähnt. Mehrere Leiter gaben an, es bestünde weiterhin erheblicher Informations- und Forschungsbedarf.

Während die Aids-Prävention als Bestandteil von Broschüren zum Thema „Safer-Use“ etabliert ist und dieses Thema fest in die Beratungskonzepte aller niederschweligen Einrichtungen integriert ist, wird dem Thema Hepatitis C im Tagesgeschäft im Beratungskontext weniger Beachtung geschenkt. Nachdem dieses Defizit während der Untersuchungen festgestellt wurde, ist in den zeitlich nachfolgenden Interviews das Thema explizit angesprochen worden.

Im Drogenhilfzentrum Saarbrücken wird in Kooperation mit dem Gesundheitsamt des Stadtverbandes Saarbrücken seit etwa 2 Jahren eine regelmäßige Beratung und kostenlose, anonyme Testung zu Hepatitiserkrankungen angeboten.

Von einigen Einrichtungen konnten Zahlen zur Hepatitis-C-Problematik bei Opiatabhängigen bereit gestellt oder geschätzt werden. So wird etwa im Jahresbericht eines Konsumraums aus Frankfurt berichtet, dass 90% der Männer und 93% der Frauen, die sich dort 2001 in der Substitutionsbehandlung befanden, mit Hepatitis C infiziert sind (natürlich ist das auch eine der Zugangsvoraussetzungen zur Behandlung).

Im Interview mit der Leitung eines Hamburger Konsumraums wird berichtet, dass eine anonyme Abfrage über 1.500 Opiatabhängige in Hamburg, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, ergeben habe, es seien 70%-80% der Opiatabhängigen mit dem Virus infiziert (das genaue Abfragedatum ist nicht bekannt).

Aus einem anderen Konsumraum Hamburgs wird berichtet (hier gibt es einen ärztlichen Dienst), dass etwa 80% der Opiatabhängigen mit dem Hepatitis C Virus infiziert sind.

Angesichts dieser sehr hohen (geschätzten) Infektionsrate wird die Problematik in Broschüren zu Safer-Use und als Thema in den jeweiligen Einrichtungen insgesamt zu wenig beachtet.

Auf Nachfrage hin wurde von den Leitern und Leiterinnen übereinstimmend berichtet:

- Insgesamt wird die Infektionsrate unter Opiatabhängigen in der Größenordnung 80%-90% eingeschätzt.
- Es besteht weiterer Forschungs- und Informationsbedarf zu Übertragungswegen und Präventionsmöglichkeiten.
- Die Aidsproblematik habe sich durch hohe öffentliche Aufmerksamkeit in der Beratung etabliert, der Hepatitis-C-Problematik werde gegenwärtig (auch vom Personal) eher wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
- Das Thema werde in den Einrichtungen dann aktuell, wenn es zu einer Verletzung eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin kommen sollte.

In einigen Einrichtungen Hamburgs ist zur Verringerung des Infektionsrisikos der Arbeitsplatz „Spritzentausch“ so umgestaltet worden (Einbau von Plexiglasscheiben), dass eine unbeabsichtigte Verletzung durch Spritzen weitgehend ausgeschlossen ist.

Derzeit sind etwa 40% der Übertragungswege des Hepatitis-C-Virus unbekannt (<http://www.hepatitis-c.de>, 7/2002), insofern können für nicht bekannte Übertragungswege auch keine entsprechenden Präventionsmaßnahmen umgesetzt oder empfohlen werden.

Es werden auf Grund der vorliegenden Erkenntnisse folgende Vorschläge gemacht:

- Zunächst sollten alle Arbeitsplätze „Spritzentausch“ in niederschweligen Einrichtungen so umgestaltet werden, dass eine unbeabsichtigte Verletzung während des Spritzentausches weitgehend ausgeschlossen werden kann. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Drob Inn in Hamburg.
- Es besteht weiterer Forschungsbedarf zu Übertragungswegen von Hepatitis C und geeigneten Präventionsempfehlungen zugeschnitten auf die Zielgruppe der Opiatabhängigen. Hierbei sollte unbedingt der Crack-Konsum berücksichtigt werden. Dazu wird vorgeschlagen eine Expertise zu erstellen, in welcher der gegenwärtige Stand der Wissenschaft zusammengefasst wird. In einem zweiten Schritt sollten entsprechende (leicht verständliche) Informationsbroschüren entwickelt werden, in der die bisher bekannten Übertragungswege und geeignete (umsetzbare) Vorsichtsmaßnahmen aufgezeigt werden. In einem dritten Schritt sollten diese Informationen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der niederschweligen Einrichtungen zugänglich gemacht werden, um sie für das Thema zu sensibilisieren. Die Erkenntnisse sollten fester Bestandteil der Präventionskonzepte werden. Falls es bereits gesicherte Erkenntnisse geben sollte, wird empfohlen, diese den niederschweligen Einrichtungen möglichst schnell zugänglich zu machen.

9.2 Niederschwelliger Zugang zu ärztlicher Hilfe

Durch das Angebot von ärztlichen Sprechstunden wird der Zugang von Opiatabhängigen zum ärztlichen Hilfesystem signifikant verbessert. Es sollte in allen Einrichtungen angestrebt werden, ärztliche Sprechzeiten so weit wie möglich auszuweiten (bis der Bedarf gedeckt ist). Wo keine ärztlichen Angebote existieren, sollten sie eingerichtet werden (vielleicht auch in Zusammenarbeit mit karitativen Organisationen oder den ärztlichen Diensten der Städte, wie es in Köln der Fall ist). Insbesondere in Frankfurt könnte dieses Angebot noch erheblich ausgeweitet werden. Ein gutes Beispiel ist das Drob Inn in Hamburg. Dort sind ein Arzt und ein Krankenpfleger vollzeitbeschäftigt. Das Angebot sollte auch normale Tätigkeiten eines Hausarztes umfassen.

9.3 Frauen und Drogenkonsumräume

Der Frauenanteil der Nutzung der Konsumräume schwankt zwischen 11,6% der Konsumvorgänge in Wuppertal und 26% im La Strada Frankfurt (aus Hamburg liegen nicht zu allen Konsumräumen Zahlen vor. Im Ragazza beträgt der Anteil 100%, da Männer dort nicht zugelassen sind, aus Saarbrücken liegen ebenfalls keine Zahlen vor.). Es bestehen insgesamt große Unterschiede:

Tabelle 9.3-1: Frauenanteil an Konsumvorgängen in verschiedenen Konsumräumen

Münster	13,1%	Eastside	23%	Café DREI	16,5%
Wuppertal	11,6%	La Strada	26%	Fixstern¹	17,8%
Essen	19,1%	Niddastraße	24,4%	Stay Alive	10,9%
Aachen	12,2%	Elbestraße	16,9%	Abrigado²	14,4%
Köln	23,6%			Ragazza	100%
Hannover	13%	Saarbrücken	19%		

¹ die Zahl bezieht sich auf das Jahr 1999; ² die Zahl bezieht sich auf das Jahr 2000

Datengrundlage

Es konnte nicht geklärt werden, ob es sich bei den Anteilsunterschieden um ein statistisches Artefakt handelt. Da über die Besucherzahlen (verschiedene Personen pro Tag) kaum Daten vorliegen, können keine Aussagen darüber gemacht werden, wie hoch der Anteil der Frauen an den täglichen Besuchern (Personen je Tag, nicht Konsumvorgänge) ist.

Sollten sich Konsummuster von Männern und Frauen deutlich voneinander unterscheiden, etwa in der Richtung, dass Männer an einem Tag häufiger in einem Konsumraum konsumieren, wären Frauen der Anzahl nach vielleicht nicht unterrepräsentiert. Um diese Frage beantworten zu können, müssten Querschnittsuntersuchungen beispielsweise an bestimmten Stichtagen durchgeführt werden, die in stark frequentierten Konsumräumen allerdings mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden sind.

Frauenspezifische Hürden

Frauen, die Konsumräume nicht besuchen, wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Hier könnten durch weitere Untersuchungen Gründe für eine „Nicht-Nutzung“ erfragt werden. Ob es frauenspezifische Hürden bei der Nutzung gibt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Bei einer Untersuchung sollten Frauen, die Konsumräume nutzen und „Nichtnutzerinnen“ gleichermaßen berücksichtigt werden.

Es entsteht jedoch der Eindruck, dass Konsumräume, die frauenspezifische Angebote bieten (etwa Übernachtungsmöglichkeiten im Eastside, im La Strada, im Konsumraum Köln, Projekt „Hotline“ in der Beratungsstelle Niddastraße), tendenziell einen höheren Frauenanteil bei Konsumvorgängen aufweisen.

Es wird vorgeschlagen, dieser Frage in einer weiteren Untersuchung nachzugehen, um eine systematische Benachteiligung von Frauen im Angebot „Überlebenshilfe“ auszuschließen.

9.4 Datendokumentation

Dokumentation der monatlichen Zahl der Drogentoten

Bei der Ermittlung der monatlichen Zahlen der Drogentoten in den einzelnen Städten hat es erhebliche Schwierigkeiten gegeben. Beim Bundeskriminalamt liegen monatlich Daten nur in aggregierter Form vor. Viele Detaildaten müssen dort nach 24 Monaten außerdem gelöscht werden.

Das LKA Nordrhein-Westfalen konnte auch für die letzten beiden Jahre keine monatlichen Zahlen zu Drogentoten einzelner Städte bereitstellen.

Auch bei den Polizeibehörden der Städte Hannover, Hamburg und Frankfurt ist die Ermittlung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden gewesen. Hier mussten alte Aktenaufzeichnungen erst durchgesehen werden.

Keine Schwierigkeiten machte die Bereitstellung der Drogentodeszahlen in der Stadt Saarbrücken. Hier werden diese Zahlen zentral im Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales erfasst und sind für den gesamten Zeitraum dokumentiert. Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre es sinnvoll, detaillierte Angaben zu Drogentoten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen in jedem Bundesland monatsweise zentral aufzubewahren.

Dokumentation von Daten aus Drogenkonsumräumen

Auch bei der Bereitstellung der Daten zu Konsumräumen haben sich erhebliche Schwierigkeiten ergeben. In Vorgesprächen wurde zunächst erfragt, welche Daten zentral bei Behörden gesammelt werden. Später zeigte sich, dass diese Daten teilweise nicht mehr auffindbar oder lediglich auf nicht beschrifteten elektronischen Datenträgern gespeichert waren. Vorhandene Daten waren oft nicht miteinander vergleichbar. Aus Saarbrücken wurden überhaupt keine Zahlen zur Anzahl der Konsumvorgänge gemeldet.

Begriffsdefinitionen

Die Dokumentationssysteme in den einzelnen Einrichtungen unterscheiden sich ebenfalls erheblich voneinander. Teilweise werden gleiche Inhalte mit anderen Zählmethoden erhoben. So wird beispielsweise beim Eastside in Frankfurt die Zahl der Konsumvorgänge mit der Zahl der ausgegebenen Spritzen gleichgesetzt, die Drogenhilfe Eimsbüttel zählt „Besucher“ und „Besuche“ (bei den „Besuchern“ werden in manchen Jahren anonyme Besucher nicht mitgezählt), die Begriffe „Nutzer“, „Besucher“, „Besuche“ und „Konsumvorgänge“ werden von Einrichtungen teilweise synonym verwandt. Es existieren kaum einheitliche Definitionen.

Auch der Begriff „Drogennotfall“ wird von Einrichtung zu Einrichtung verschieden definiert. Manche dokumentieren „nur schlimme Notfälle“, eine andere Einrichtung unterscheidet zwischen „leicht“, „mittel“ und „schwer“. Hier bietet das Dokumentationssystem Nordrhein-Westfalens einen guten Standard, der auch später die Art des Notfalls nachvollziehbar macht (vgl. Tabelle 9.4-1).

Tabelle 9.4-1: Auszug aus der Dokumentation über Konsumräume NRW hier: Drogennotfall

Drogennotfälle:		Männer	Frauen
Alter:	18-25 Jahre		
	26-35 Jahre		
	über 36 Jahre		
Welche Drogen?			
	Heroin		
	Heroin/Kokain		
Zustand			
	Herz/Kreislauf/Atemstillstand		
	Krampfanfall		
	Verletzung		
	Sonstiges		
Maßnahmen			
	Erste Hilfe durch Personal der Einrichtung		
	Reanimation durch Personal der Einrichtung		
	Notarzt/Rettungsdienst		
	Transport ins Krankenhaus		

Über ein sehr gutes zentrales Dokumentationssystem verfügt Hamburg, obwohl auch hier angemerkt werden muss, dass monatliche Daten aus dem Jahr 2001 nicht sofort zentral auffindbar waren.

Ein gutes Dokumentationssystem hat ebenfalls das Land NRW entwickelt, das im Detail noch verbessert werden könnte, da sich die Anzahl der Personen an einem Tag nicht rekonstruieren lässt. Ebenfalls nicht dokumentiert werden Weitervermittlungen an die Drogentherapeutischen Ambulanzen (Ärzte), die an jeden Konsumraum NRWs angeschlossen sind. Der große Vorteil des nordrhein-westfälischen Dokumentationssystems liegt in der externen, zentralen Erfassung der Daten durch die „Landeskoordination Integration“ in Köln. Hierdurch wird eine monatliche Dokumentation gewährleistet.

Um einen bundeseinheitlichen Vergleich der Arbeit der Drogenkonsumräume zu gewährleisten, sollten einige Variablen festgelegt werden, die in allen Konsumräumen gleichermaßen nach denselben Zählmethoden erhoben werden. Da die meisten Variablen schon zum jetzigen Zeitpunkt tageweise in den Konsumräumen erhoben werden, müssten vor allem die Definitionen vereinheitlicht werden.

Es wird vorgeschlagen, folgende Zahlen für eine bundesweite Vergleichbarkeit zu erheben (weitere Daten können wie bisher weiterhin erhoben werden):

- **Konsumvorgänge** (getrennt nach Geschlecht, „Lichtschrankensystem“: 1 Besuch = 1 Konsumvorgang),
- **Anzahl der Besucher im Konsumraum** (verschiedene Personen getrennt nach Geschlecht pro Tag zu vorher festgelegten Terminen, da es unrealistisch ist, diese Zahl in stark frequentierten Konsumräumen täglich zu erheben),
- **Drogennotfälle** unterschieden nach Konsumraum, Kontaktbereich, Außenbereich (nach einheitlichen Kriterien, z. B. wie in NRW),
- **Anzahl der Besucher im angeschlossenen Kontaktbereich** (verschiedene Personen getrennt nach Geschlecht pro Tag zu vorher festgelegten Terminen, da es unrealistisch ist, diese Zahl in stark frequentierten Konsumräumen täglich zu erheben),
- **Wochenöffnungszeit** (getrennt nach Tagen und Stunden pro Tag),
- **Weitervermittlungen für die gesamte Einrichtung, d. h. getrennt nach Kontaktbereich und Konsumraum** (getrennt nach Institution z. B. Entgiftung, Substitution, Ärzte, Ämter usw.; hier sollten auch hausinterne Weitervermittlungen grundsätzlich berücksichtigt werden, z. B. für NRW auch Weitervermittlungen in Drogentherapeutische Ambulanzen).

Auf Grundlage einer Vereinheitlichung dieser Daten könnten Konsumräume zumindest im Hinblick auf Basisdaten besser miteinander verglichen werden. Diese Zahlen gestatten auch einen quantitativen Vergleich verschiedener Konzepte. So könnte beispielsweise langfristig untersucht werden, mit welchen Konzepten möglichst viele Opiatabhängige erreichbar sind oder ob Frauen systematisch unterrepräsentiert sind. Langfristig können so Kosten gespart werden. Angesichts knapper Kassen der öffentlichen Hand können hierdurch Hilfestrategien optimiert werden.

Eine Vollerhebung könnte in reduzierter Form etwa alle 4 Jahre durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob Mindeststandards weiterhin eingehalten werden und um Entwicklungen des Drogenhilfesystems zu dokumentieren.

Es wird weiterhin empfohlen, die in den Einrichtungen gesammelten Daten monatlich extern zu erfassen, wie es in NRW praktiziert wird.

9.5 Konsumräume und Substitution

Von den 168 befragten Nutzern und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume befanden sich zum Befragungszeitpunkt 18 Personen nach eigenen Angaben aktuell in einer Substitutionstherapie, was einem Anteil von 10,7% entspricht. Es kann vermutet werden, dass dies ein eher konservativer Wert ist, da der dauerhafte Beigebrauch eine Kontraindikation (nach den sog. AUB-Richtlinien¹⁵ §7, Abs. 4; §8, 4.) darstellen kann bzw. ein Abbruchkriterium darstellt. Darüberhinaus ist die Nutzung des Konsumraums bei gleichzeitiger Substitutionstherapie in den meisten Einrichtungen verboten. Beides wissen auch die befragten Opiatabhängigen.

Wie im länderspezifischen Vergleich der Rechtsverordnungen bereits erwähnt wurde, gibt es hier auch unterschiedliche Vorgaben in den verschiedenen Ländern:

Die Saarländische und die Niedersächsische Rechtsverordnung verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich in einer substituionsgestützten Behandlung befinden. Die Rechtsverordnungen der Länder Hessen und Nordrhein-Westfalen verlangen den Ausschluss Opiatabhängiger, die sich *erkennbar* in einer substituionsgestützten Behandlung befinden. Unklar ist, wie man die Teilnahme an einer solchen Behandlung erkennt. Einzig im Land Hamburg müssen substituierte Opiatabhängige nicht ausgeschlossen werden.

In der Regel wird in Konsumräumen nach Auskunft der Leiter so verfahren (mit Ausnahme von Hamburg, da der Zugang für Substituierte dort nicht grundsätzlich verboten ist): Wenn von jemandem eine Substitutionstherapie bekannt ist, wird er oder sie nicht eingelassen. Überprüfbar ist eine Substitution jedoch nicht.

Nach Aussage des Drogenreferats Frankfurt kam es bei 2 von 600 (bekannten) Patienten, die sich in den Jahren 1999 bis 2001 in Frankfurt in einer substituionsgestützten Therapie befanden, zum Tod durch Mischintoxikation. Die Todesfälle ereigneten sich in den Jahren 1999 bis 2000. Grundsätzlich ergibt sich die Frage, ob es verantwortbar ist, Substituierten, die sonst in einem ungeschützten Rahmen Drogen zum Beigebrauch applizieren, grundsätzlich den Zugang zu Konsumräumen zu verwehren, da dieser Personenkreis aufgrund der Substitution bei der Applikation von Heroin oder Kokain besonderen Risiken ausgesetzt ist. In den letzten Jahren ist bundesweit ein deutlicher Trend im Anstieg der Todesursache „Mischintoxikation in Verbindung mit Methadon“ zu beobachten (vgl. Tabelle 9.5-1).

Tabelle 9.5-1 : Todesfallzahlen in Verbindung mit Methadon für die BRD (Quelle: Rauschgift Jahresbericht, BKA, 2000)

Jahr	1997	1998	1999	2000
	100	247	327	359

9.6 Konsumräume als ordnungsrechtliches / politisches Instrument

In vielen Städten wurde, mit Hinweis auf die Konsumräume, die offene Drogenszene aufgelöst, ohne einen gleichwertigen öffentlichen Raum zur Verfügung zu stellen. In Hannover sind beispielsweise ausgelöst durch die EXPO weite Teile der Innenstadt für Opiatabhängige gesperrt worden. Die Frage, wo sich Opiatabhängige aufhalten können und sollen, blieb vielfach ungelöst. In der Folge haben sich

¹⁵ siehe Anhang

die Opiatabhängigen in oder unmittelbar vor den Konsumräumen getroffen. So auch in Saarbrücken. Inzwischen trifft sich dort die offene Drogenszene auf dem Innenhof des Drogenhilfeszentrums. Wurden Opiatabhängige in Saarbrücken von der Polizei angetroffen, wurden sie von den Beamten zum Drogenhilfeszentrum verwiesen.

Ähnlich wurde auch in anderen Städten bei Auflösung der offenen Drogenszene verfahren. Hierdurch entstehen Folgeprobleme. Die niederschweligen Einrichtungen können den Andrang kaum bewältigen. Alle Konflikte, Absprachen, die gesamte Kommunikation der Opiatabhängigen sind hierdurch in die niederschweligen Einrichtungen transportiert worden, die ihrerseits mit Kontroll- und Aufsichtsaufgaben oft stark überlastet sind. Durch diese Verschiebungen ergeben sich Konflikte mit dem Umfeld der Einrichtungen (Anwohner, Geschäftsleute, Schulen usw.). Das Problem ist insgesamt noch nicht gelöst.

In Nordrhein-Westfalen haben sich in vielen Kommunen – so auch in den Städten, in denen die untersuchten Drogenkonsumräume betrieben werden – Ordnungspartnerschaften zur Verbesserung der Sicherheit und des Sicherheitsgefühls der Bürger gebildet. In diese Ordnungspartnerschaften sind Polizei, kommunale Gesundheits-, Ordnungs- und Sozialbehörden sowie andere Einrichtungen eingebunden. Entsprechend ist an allen Standorten in NRW eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Betreibern der Drogenkonsumräume und (je nach Standort) unterschiedlichen Arbeitskreisen festzustellen.

9.7 Zugangsbeschränkungen als ordnungsrechtliches Instrument

Eine andere Entwicklung ist insbesondere in Nordrhein-Westfalen zu beobachten. In den Städten Essen, Köln und Aachen ist auf Wunsch der politischen Vertreter der Zugang zu den dortigen Konsumräumen nur einem kleinen Kreis, mit teilweise besonderen Auflagen gestattet. In Aachen konnte am Befragungstag beobachtet werden, wie ein Opiatabhängiger, der bereits das sehr aufwändige Zulassungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hatte, wieder weggeschickt wurde, weil gerade kein Benutzerausweis mehr vorhanden war, der ihm ausgestellt werden konnte. Dieses Vorgehen ist nur durch die sehr strengen Auflagen der Behörden zu erklären.

In den genannten Städten dürfen nur ortsansässige Nutzer die Konsumräume in Anspruch nehmen. Darüber hinaus gibt es in Aachen und Köln so hohe Zulassungsvoraussetzungen, dass von einem niederschweligen Angebot kaum gesprochen werden kann. In Aachen ist der Kreis der berechtigten Nutzer und Nutzerinnen darüber hinaus auf 80 Personen beschränkt worden, obwohl im Konsumraum weitere Kapazitäten vorhanden sind und die Nachfrage sehr viel größer ist. Von den Betreibern wird vermutet, dass diese Regeln von den Stadtverwaltungen eingeführt wurden, um zu verhindern, dass ortsfremde Opiatabhängige den Konsumraum nutzen.

Auch bei diesen ordnungsrechtlichen Vorgehensweisen sind weitere Konflikte vorprogrammiert. Abhängige, die nicht in den Städten gemeldet sind, müssen weiterhin draußen, das heißt in Parks, in Hauseingängen, auf Spielplätzen usw. die Drogen applizieren. In Essen wird bei ortsfremden Personen eine einmalige Ausnahme gemacht. Vor dem Hintergrund der Idee, durch Konsumräume das Überleben Opiatabhängiger zu sichern, werden diese ordnungsrechtlichen Vorgaben mit Skepsis betrachtet.

Es wird daher vorgeschlagen, Konsumräume grundsätzlich allen Opiatabhängigen unabhängig vom Wohnort zugänglich zu machen.

9.8 Hoch- / Niederschwelligkeit

Die Zugangsvoraussetzungen zur Nutzung von Konsumräumen unterliegen großen Unterschieden.

An einem Ende der Skala liegen etwa Konsumräume wie Wuppertal, das Stay Alive in Hamburg oder der Konsumraum La Strada, in dem die Mindestzulassungskriterien der jeweiligen Rechtsverordnungen gelten und prinzipiell jeder Konsument und jede Konsumentin ohne weitere Verfahren den Konsumraum nutzen dürfen. Daneben gibt es Konsumräume, die einen Kreis berechtigter Nutzer haben und die Nutzung des Konsumraums nur personenbezogen erlaubt ist. Im Konsumraum Elbestraße (Frankfurt) etwa werden persönliche Daten erhoben, im Drob Inn in Hamburg kann der Konsumraum auch unter einem Pseudonym benutzt werden. Diesen Konzepten ist gemein, dass es ausreicht Personen eindeutig identifizieren zu können und gegebenenfalls auch etwas über ihre Konsumgewohnheiten zu wissen. Am anderen Ende der Skala befinden sich Konsumräume wie etwa die Konsumräume Köln, Aachen, die durch aufwändige Aufnahmeverfahren gekennzeichnet sind. In Köln etwa sollen die Opiatabhängigen beim Erstgespräch zusätzlich eine Erklärung unterschreiben, die es der Einrichtung erlaubt, persönliche Daten „zum Zwecke meiner Entlastung an Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden“ weiterzuleiten. Allein die Bitte um ein solches Einverständnis kann schon abschrecken.

Die Drogenhilfe Eimsbüttel und das Kodrobs in Hamburg arbeiten fast ausschließlich ausstiegsorientiert. Dort wird der Konsumraum als kleiner Bestandteil der ausstiegsorientierten Arbeit angesehen. In beiden Einrichtungen werden nach kurzer Zeit Zielvorgaben mit den Opiatabhängigen vereinbart, in denen festgelegt wird, welche Fortschritte in welchem Zeitraum erreicht werden sollen. Wie wirksam diese Zielvereinbarungen sind, kann nicht beantwortet werden, da die Leiter der beiden Konsumräume keine Daten hierzu zur Verfügung stellen bzw. keine Angaben darüber machen konnten, welche Daten genau erhoben werden.

Um zu bewerten, welches Verfahren nun das adäquatere ist, müssen einige Aspekte beachtet werden:

Unmittelbare Sicherung des Überlebens bei Konsumvorgängen

- Unter dem Aspekt der Überlebenssicherung sollten die Zugangshürden so gering wie möglich gestaltet werden, damit möglichst viele Opiatabhängige unter hygienischen Bedingungen Drogen applizieren können und öffentlicher Konsum minimiert wird. Die Daten zeigen, dass auch in stark frequentierten niedrighwelligen Konsumräumen eine Vermittlung in weitergehende Hilfen gewährleistet ist.

Verbindlichkeit von Regeln

- Ohne einen exakten Nachweis führen zu können, ist insgesamt der Eindruck entstanden, dass eine personenbezogene Nutzung (auch bei fiktivem Namen) bestehende Regeln in Konsumräumen verbindlicher macht.

Wissen über den Nutzerkreis / Wissen in Notfällen

- Für eine weitere Überprüfung der Wirksamkeit von Hilfenkonzepten scheint es des Weiteren sinnvoll, einige soziodemographische Daten von den Nutzerinnen und Nutzern zu erhalten. Hierdurch können Veränderungen der Nutzergruppe festgehalten werden. Sollte es zu einem Drogennotfall kommen, ist es auch sinnvoll zu wissen, welche Droge in welcher Form gerade konsumiert wurde. Durch eine solche Prozedur ist auch ein Erstgespräch in jedem Fall gewährleistet und die weiteren Angebote der Einrichtungen können zumindest als Information genannt werden.

Sehr ausstiegsorientierte Angebote mit festen Zielvereinbarungen werden von Opiatabhängigen eher wenig nachgefragt. Solche Angebote können eine Ergänzung sein, wenn es bereits genügend niederschwellige Einrichtungen gibt, bei denen die Sicherung des Überlebens im Vordergrund steht. In Köln etwa wird die Zahl der zur offenen Drogenszene gehörigen Personen auf 650 – 1000 geschätzt, trotzdem gibt es im Konsumraum Köln weniger als 8 Konsumvorgänge täglich. Das Angebot erreicht die eigentliche Zielgruppe nur in sehr geringen Maße.

Auf Grundlage der insgesamt vorliegenden Erfahrungen werden folgende Vorschläge gemacht:

Grundsätzlich sollte der Zugang zu Konsumräumen so niedrigschwellig wie möglich sein, um das Überleben der Opiatabhängigen sichern zu können. Insbesondere sollten Opiatabhängige aus anderen Städten nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Der Konsum „draußen“ ist ansonsten vorprogrammiert.

Wenn genügend Kapazitäten und eine entsprechende Nachfrage vorhanden sind, sollte die Zahl der zugelassenen Personen nicht künstlich beschränkt werden.

Es ist sinnvoll, einige persönliche Daten zu erfragen (auch im Hinblick auf Notfallsituationen und eine Überprüfung der Hilfskonzepte). Diese Daten können, wenn es aus Überzeugungsgründen nötig erscheint, auch unter einem Pseudonym erhoben werden. Wichtig ist die eindeutige Zuordnung zu bestimmten Personen. In jedem Fall sollte hierzu ein Erstgespräch durchgeführt werden. Später können Veränderungen der Nutzergruppe, Änderungen in der Zahl der Erstnutzer und Erstnutzerinnen usw. nachvollzogen werden.

9.9 Verhinderung von Straftaten (dealen) durch das Personal

Bei allen Konsumräumen mit hoher Frequentierung hat sich gezeigt, dass es für das Personal kaum möglich ist, Kleindealerei mit absoluter Sicherheit zu verhindern. Im Umfeld der Einrichtungen sollen diese Aufgaben von der Polizei wahrgenommen werden. In Zusammenhang mit der Auflösung der offenen Drogenszene in vielen Städten haben sich Konsumräume zu einem Treffpunkt der Opiatabhängigen entwickelt und stellen einen „Szeneersatz“ in kleinerem Umfang dar. Hierdurch hat sich das Problem verschärft. Kommunikation, die früher in der Szene stattgefunden hat, findet jetzt in (oder direkt vor) den Konsumräumen statt. Nur können Konsumräume, bzw. die angeschlossenen Kontaktcafé-Bereiche kein Ersatz für die „Szene“ darstellen.

In den Konsumräumen ist vielfach mit einer strikten Zugangskontrolle für die Kontakt-Bereiche reagiert worden, da es nicht mehr möglich war, den großen Andrang durch Auflösung der Szene zu bewältigen. Fast alle szenenahen Konsumräume verfügen inzwischen über einen Türdienst, der den Einlass regelt und dafür sorgt, dass nicht zu viele Menschen gleichzeitig in der Einrichtung sind. Das Personal ist durch Aufsichts- und Kontrollfunktionen, die von allen Rechtsverordnungen gefordert werden, stark eingebunden. Es ist auch sinnvoll, in den Einrichtungen Kleindealerei strikt zu verhindern. Diese Ressourcen fehlen dann allerdings bei der individuellen Beratung.

In stark frequentierten Konsumräumen mit Türdienst sollte diese Stelle deshalb immer zusätzlich finanziert werden, um das Beratungsangebot weiterhin garantieren zu können.

Das grundsätzliche Problem von Szeneansammlungen vor den Einrichtungen bleibt ungelöst.

9.10 Verbindlichkeit von Regeln im Konsumraum und Kontaktbereich

Die strikte Durchsetzung von Regeln verbessert langfristig die Atmosphäre in den niederschweligen Einrichtungen. Nach eigenen Aussagen haben gerade die Leiter von Einrichtungen, die bestehende Regeln (auch in stark frequentierten Einrichtungen) strikt durchsetzen, wenig Probleme mit Gewalt, Kleindealerei, usw.

9.11 Öffnungszeiten

Grundsätzlich sollten Konsumräume jeden Wochentag geöffnet sein, da die Sucht auch vor dem Wochenende nicht Halt macht. Bei einer besonderen Konstellation wie dem Angebot von Übernachtungsmöglichkeiten für Opiatabhängige, sollten die Konsumräume auch morgens geöffnet werden.

Für die bahnhofsnahen Konsumräume Frankfurts beispielsweise, die alle fußläufig voneinander entfernt sind, bestehen aufeinander abgestimmte Öffnungszeiten, die 365 Tage des Jahres zu 18 Std. / Tag (06.00 – 00.00 Uhr) abdecken und somit gewährleisten, dass Opiatabhängige in dieser Zeit immer die Möglichkeit haben, unter Aufsicht Drogen zu konsumieren.

Zu Gründen für den öffentlichen Konsum befragt, geben die Opiatabhängigen als häufigste Ursache zu kurze Öffnungszeiten (gerade am Wochenende) an.

Langfristig könnte hier untersucht werden, ob es Zusammenhänge zwischen den Wochentagen, an denen der Konsumraum geschlossen ist und den Wochentagen, an denen Opiatabhängige gestorben sind, gibt.

9.12 Unverzögliche ärztliche Hilfe und Beratung in NRW

Die im § 5 der nordrhein-westfälischen Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26. September 2000 formulierte Forderung (*kursiv* durch Verfasser dieses Berichts)

(1) Der Drogenkonsumraum muss *personell so ausgestattet* sein, dass die Abhängigen insbesondere bei akuten oder chronischen Krankheiten über Wundversorgung und über risikoärmeres Konsumverhalten einschließlich Infektionsrisiken und Toxizität der verwendeten Betäubungsmittel beraten werden können sowie eine erforderliche Krisenintervention geleistet werden kann. Es muss *sichergestellt* sein, dass *ärztliche Hilfe* und Beratung *unverzüglich* erfolgen können.

kann sich in der praktischen Umsetzung als problematisch erweisen. Sollte in der Rechtsprechung daraus eine ärztliche Präsenzpflcht in den Drogenkonsumräumen oder den angeschlossenen Drogentherapeutischen Ambulanzen während der gesamten Öffnungszeiten der Konsumräume abgeleitet werden, so ist zu konstatieren, dass eine durchgehende ärztliche Präsenz während der gesamten Öffnungszeiten zur Zeit nur ein einziger Konsumraum Nordrhein-Westfalens gewährleistet.

Sollte sich in der Rechtsprechung die Auffassung durchsetzen, dass der Forderung nach Sicherstellung unverzüglicher ärztlicher Hilfe und Beratung auch durch Kooperationen mit nahegelegenen Arztpraxen oder Kliniken nachgekommen werden kann, wird empfohlen, durch Abschluss von entsprechenden Kooperationsverträgen die Erfüllung des geforderten Mindeststandards zu dokumentieren. In den Fällen, in denen die Arbeitszeit des ärztlichen Personals sich nur zum Teil mit

den Öffnungszeiten des Konsumraums deckt, sollte dann dokumentiert sein, wie während der Öffnungszeiten die unverzügliche Hilfe und Beratung außerhalb der ärztlichen Präsenzzeit sichergestellt wird. Dieser Weg wird von einem Konsumraum NRWs beschriftet.

Eine andere Möglichkeit ist, zu prüfen, ob nicht eine Anpassung der Formulierung an die Rechtsverordnungen der übrigen Bundesländer, in denen von „medizinischer Beratung und Hilfe“ gesprochen wird, vorgenommen werden kann. Denn die Beratung und Hilfe durch medizinisch ausgebildetes Personal ist in den Drogenkonsumräumen NRWs auf jeden Fall während der gesamten Öffnungszeiten gewährleistet.

9.13 Welche Qualifikation für das Personal im Konsumraum?

Alle Leiter von Konsumräumen, bei denen qualifizierte (sozialarbeiterische) Fachkräfte im Konsumraum selbst anwesend sind, haben außerordentlich gute Erfahrungen mit Beratungs- und Weitervermittlungsgesprächen gemacht. Beispielhaft seien die Konsumräume Abrigado, Stay Alive, Fixstern und das Drob Inn genannt. Nach Angaben der Leiter entstehen in der relativ geschützten Atmosphäre des Konsumraums leichter persönliche Gespräche, die über eine „Safer-Use“ Beratung weit hinausgehen können.

Bei Konsumräumen, bei denen vor allem medizinisches Personal im Konsumraum arbeitet, ist es fraglich, ob ein entsprechender Hintergrund für eine intensive Beratung und das Wissen über das Spektrum weitergehender Hilfemöglichkeiten besteht.

Sehr gute Kontakte im Hinblick auf die Vermittlung in Beratung und weitergehende Hilfeangebote entstehen (besonders bei stark frequentierten Konsumräumen mit angeschlossenem Kontaktbereich), wenn qualifiziertes, sozialarbeiterisches Fachpersonal im Konsumraum selbst anwesend ist und dieser Kontakt unmittelbar stattfindet.

Es wird von daher vorgeschlagen unter dem Aspekt der Vermittlung in weitergehende Beratung grundsätzlich sozialarbeiterische Fachkräfte im Konsumraum selbst einzusetzen. Die grundsätzliche medizinische Versorgung (z. B. Venenpflege, Abszessbehandlung) sollte dadurch natürlich nicht eingeschränkt werden.

9.14 Hilfefkonzepte für Crack-Konsumierende

In den Städten Hamburg und Frankfurt hat nach Angaben der Leiter und Leiterinnen der Crack-Konsum in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Hierauf könne das Hilfesystem bisher nicht adäquat reagieren. Crack-Konsumierende werden als besonders aggressiv beschrieben und verursachen in den Konsumräumen und Kontaktcafé-Bereichen häufig Unruhe und Konflikte. In vielen Konsumräumen ist der inhalative Konsum von Crack verboten. Crack wird vor allem draußen, das heißt auf der Straße, konsumiert. Es ist möglich, dass Crack-Konsumierende derzeit durch das Raster der Drogenhilfe fallen.

Das bisherige Hilfesystem ist vor allem auf die Heroinsucht ausgerichtet. Anerkannte Hilfefkonzepte für den Crack-Konsum existieren derzeit nicht und müssten erst entwickelt werden. Es gibt insgesamt wenig Tagesruhebetten. Immer wieder wurde die Akupunktur als mögliche Behandlungsform erwähnt. Ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis besteht nicht. Um neue Therapie-Konzepte zu entwickeln und anzuwenden fehlen augenblicklich die personellen, räumlichen und finanziellen Ressourcen in den Beratungseinrichtungen.

Ob beispielsweise der Rückgang der Konsumvorgänge in Frankfurter Konsumräumen mit dem Crack-Konsum in Zusammenhang steht, kann derzeit nicht beantwortet werden.

Es wird von daher vorgeschlagen, für die besondere Zielgruppe der Crack-Konsumenten Hilfsmaßnahmen zu entwickeln und hierfür entsprechende finanzielle Mittel bereitzustellen.

9.15 Standortwahl der Konsumräume

Besonders gute Erfahrung mit der Standortwahl wurde in Hamburg gemacht. Für das Drob Inn (jetziger Standort) und das Abrigado wurden vor Eröffnung „Sozialverträglichkeitsanalysen“ durchgeführt. Dabei ist der Standort unter Beteiligung aller Betroffenen des Umfeldes ausgesucht worden. Beim Abrigado wurde der Standort nach einem Jahr Betrieb noch einmal unter Sozialverträglichkeits-Gesichtspunkten überprüft. Dieses Vorgehen hat sich als sehr positiv erwiesen. Bei der Eröffnung zukünftiger Konsumräume sollte dieses oder ein ähnliches Verfahren im Vorfeld durchgeführt werden. Speziell für das Drob Inn in Hamburg liegt eine detaillierte Beschwerdelage der Polizei vor (siehe Abbildung 6.1-1, S. 48). Mit dem Umzug zum jetzigen im Konsens ausgewählten Standort ist die Beschwerdelage deutlich reduziert worden.

Weitere Konsumräume, die sich etwas abseits der öffentlichen Aufmerksamkeit (z. B. Wuppertal) oder in bereits bestehenden Vergnügungsvierteln (z. B. Konsumraum Münster, Niddastraße, Elbestraße, Stay Alive) befinden, haben wenig Probleme mit Beschwerden oder Anwohnerinitiativen. In Essen verhindert jeweils ein speziell für diese Aufgabe vorgesehener Mitarbeiter stets jegliche Szenebildung im Umfeld der Beratungsstelle.

Die Standorte der Konsumräume in Aachen und Hannover befinden sich dagegen ständig im Fokus der Öffentlichkeit. Der Konsumraum Hannover liegt an einer großen innerstädtischen, dicht befahrenen Verkehrskreuzung. Da die gesamte Innenstadt für Opiatabhängige gesperrt ist, treffen sie sich vor der Beratungsstelle.

Der Konsumraum Aachen befindet sich an einem zentralen Platz (Kaiserplatz) in unmittelbarer Nähe vieler Einkaufsmöglichkeiten. Auch hier treffen sich viele Opiatabhängige direkt vor der Einrichtung. Bei beiden Standorten gibt es regelmäßig massive Beschwerden.

Für die Auswahl von zukünftigen Standorten von Drogenkonsumräumen werden vor dem Hintergrund der vorliegenden Erfahrungen folgende Hinweise und Vorschläge gegeben:

- Die in Hamburg angewandte „Sozialverträglichkeitsanalyse“ hat sich sehr gut bewährt. Vor der Eröffnung sollte unter Beteiligung aller potentiell Betroffenen ein Standort möglichst im Konsens ausgewählt werden.
- Standorte, die sich im öffentlichen Fokus befinden, etwa an zentralen Plätzen oder wie in Hannover an einer großen innenstadtnahen Kreuzung scheinen weniger geeignet zu sein.
- Die Standorte sollten trotzdem zentral liegen. In Hamburg hat sich gezeigt, dass Konsumräume, die sich in Vororten befinden (Ausnahme Abrigado, das den gesamten Hamburger Süden versorgt), wenig von den Opiatabhängigen angenommen werden (Kodrobs, Drogenhilfe Eimsbüttel, hier können allerdings auch weitere Faktoren der Hochschwelligkeit eine Rolle spielen).
- Standorte sollten für Opiatabhängige nicht schon an sich abschreckend sein.

9.16 Zusammenarbeit mit Behörden / Polizei

Die Erfahrungen aus Frankfurt und Hamburg zeigen, wie gut sich eine Zusammenarbeit mit der Polizei und anderen Behörden über Jahre entwickeln kann. Zunächst geprägt von gegenseitigen Vorurteilen ist es im Laufe der Jahre möglich geworden, den Standpunkt der jeweiligen anderen Seite kennenzulernen und zu akzeptieren. Vielfach hat sich inzwischen der „kleine Dienstweg“ etabliert, der es möglich macht, auf kurzfristige Ereignisse zeitnah zu reagieren. Eine intensive Kommunikation gerade zu Beginn der Arbeit macht vieles einfacher. In Saarbrücken beispielsweise ist das Vorbild der Frankfurter „Montagsrunde“, an der alle wichtigen Entscheidungsträger verschiedener Behörden regelmäßig teilnehmen, mit sehr guten Erfahrungen kopiert worden. Aus diesen Treffen sind je nach Dringlichkeit weitere Arbeitsgruppen hervorgegangen, in denen anschließend Detailprobleme gelöst werden konnten. In NRW werden diesbezüglich mit den kommunalen Ordnungspartnerschaften positive Erfahrungen gemacht.

Wichtig ist eine regelmäßige offene Kommunikation, bei der auch unangenehme Inhalte miteinander diskutiert werden. Das lässt sich am besten in regelmäßigen Treffen bewerkstelligen. Es sollte ein grundsätzlicher innerstädtischer Konsens zum Betrieb eines oder mehrerer Drogenkonsumräume bestehen.

10 Zeitreihenanalysen zur Wirksamkeit der Drogenkonsumräume zur Senkung der Zahl der Drogentoten

10.1 Exkurs: Drogentodesfälle: Definition und Problematik

Drogentodesfälle werden definiert als:

„Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit mißbräuchlichem Konsum von Betäubungs- oder Ausweichmitteln stehen. Darunter fallen insbesondere:

- *Todesfälle infolge beabsichtigter oder unbeabsichtigter Überdosierung*
- *Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs*
- *Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen*
- *Tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen“*

(Polizeidienstverordnung (PDV) 386, 1979)

Diese Definition ist bundesweit einheitlich und soll eine vergleichende Rauschgifttodesfallstatistik möglich machen. Die Daten werden beim Bundeskriminalamt zusammengeführt und von dort längsschnittlich und regional ausgewertet. Leider ist die Aussagekraft dieser Statistik jedoch beeinträchtigt, da dem Begriff „Drogentod“ und seiner Meldung durch die Polizei große Beurteilungsspielräume geöffnet sind. So fällt z. B. unter dem Begriff „beabsichtigte bzw. unbeabsichtigte Überdosierung“ die akute Vergiftung einer Person aufgrund eines übermäßigen Drogenkonsums, nicht aber die Vergiftung im Falle einer irrtümlichen oder unfreiwilligen Drogeneinnahme. Auch ein Todesfall infolge langzeitigen Missbrauchs wird nicht immer erkannt oder als ein solcher eingeordnet, denn oftmals liegt es im Ermessen des Arztes, ob dieser den Tod aufgrund verminderter Abwehrkräfte, Thrombosen oder Infektionskrankheiten wie Hepatitis dem Haupteinfluss der Abhängigkeit von Drogen zuschreibt. Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände, da diese in den seltensten Fällen abschließend beleuchtet werden können und ebenso bei der Betrachtung von tödlichen Unfällen, wie z. B. im Straßenverkehr, da hier die einzelnen Ordnungskräfte die Indikatoren des Drogentodes erkennen und weitere Schritte wie rechtsmedizinische Untersuchungen einleiten müssten (vgl. Kraus, Shaw, Augustin & Ritz, 2001).

Bei der Ermittlung von Todesursachen haben die Polizeibehörden lediglich festzustellen, ob eine natürliche Todesart ohne Fremdverschulden vorliegt und nicht die Todesursache ungeklärter Sterbefälle zu identifizieren. Diese Zielrichtung beeinflusst auch die Staatsanwaltschaft bei der Entscheidung eine gerichtliche Leichenöffnung mit chemisch-toxikologischer Untersuchung durchzuführen. Diese ist aber die Voraussetzung um gesicherte Angaben über die Anzahl der Drogentoten zu erhalten, da für die Bewertung als Rauschgifttodesfall ein kausaler Zusammenhang zwischen mißbräuchlichem Konsum und Todeseintritt konkret nachvollziehbar sein muss. Liegt nun kein Fremdverschulden vor und ist eine Drogenabhängigkeit nicht bekannt, d. h. es wird nicht vermutet, dass der Verstorbene zu Lebzeiten mit illegalen Drogen in Berührung gekommen ist, werden meist die weitergehenden Untersuchungen nicht durchgeführt. Aus diesem Grund ist die Anzahl der Drogentodesfälle in der Statistik nicht als absolut oder abschließend zu sehen¹⁶.

¹⁶ Stellungnahme des Landeskriminalamtes NRW, bzgl. der Studie „Evaluierung der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 06.05.2002

Hinsichtlich dieser strengen Auslegung der Definition der PDV 386 soll am Beispiel NRW gezeigt werden, wie schwierig die Ermittlung der genauen Zahlen ist (Nordrhein-Westfalen wird deshalb als Beispiel gewählt, weil zu der Problematik im Rahmen der Studie eine Stellungnahme des LKA vorliegt; die Probleme dürften sich in anderen Bundesländer vergleichbar gestalten).

Von den 498 im Jahr 2001 gezählten Drogentoten sind nach Angaben des LKA NRW lediglich 215 obduziert worden und von 145 wurden die Ergebnisse an das LKA weitergeleitet. Eine chemisch-toxikologische Untersuchung wurde im Anschluss an die Obduktion nur in 85 Fällen durchgeführt, so dass nach der landeseigenen Angabe maximal 85 Drogentote absolut zweifelsfrei in 2001 in die Statistik eingehen dürften, nämlich dann, wenn bei allen chemisch-toxikologischen Untersuchungen positive Ergebnisse zum Drogenkonsum vorgelegen hätten.

Unterschiede in der Obduktionsrate konnten auch im Ländervergleich gefunden werden, so wurden 1997 in Bayern 88,6%, in NRW 16,5% und bundesweit 57,5% der kategorisierten Drogentoten obduziert (Kraus et al., 2001). Nach Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin werden in Berlin 100% der Menschen obduziert, bei denen die Vermutung „Drogentod“ besteht.

Diese nicht immer zweifelsfreie Bezifferung der Drogentodesfälle zeigt auf, dass man sich oft auf subjektive Einschätzungen der Todesursachen verlässt, einschließlich der bereits oben genannten Einschätzungsschwierigkeiten des jeweiligen Mediziners oder Polizeibeamten.

Schwierigkeiten finden sich im einzelnen, z. B. bei an AIDS verstorbenen Drogenabhängigen, denen meist ein natürlicher Tod bescheinigt wird sowie bei „Überdosierungen“ durch Heroin mit den Todesursachen Atemstillstand, allergische Reaktionen („allergischer Schock“) und dem Ersticken an Fremdkörpern, z. B. Erbrochenem. Bei Dosierungen über die inter- und intraindividuelle Toleranzschwelle ist zu beachten, dass diese von der Metabolismusrate und verschiedenen anderen Risikofaktoren, wie z. B. Wechsel des Konsumortes, Unerfahrenheit, abhängig ist. Eine weitere Problematik besteht in der uneindeutigen Zuordnung einzelner Drogentodesfälle in die Kategorie „Tod durch Überdosierung“, da viele auch der Kategorie „Suizid“ zugeordnet werden können, wenn keine näheren Lebensumstände bekannt sind. Ferner werden einige Todesfälle in den BKA-Berichten einer Kategorie „sonstiges“ zugeordnet (Kraus et al., 2001).

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Beschaffung und der Speicherung der Daten über Drogentodesfälle. So werden in Nordrhein-Westfalen und im Saarland die personenbezogenen Daten nach 2 Jahren vernichtet. In NRW werden diesen Meldungen nur die Angaben entnommen, die für statistische Zwecke benötigt werden und somit sind detaillierte Auswertungen zu dem Bereich „Drogentote“ nach zwei Jahren nicht mehr möglich. Von den Behörden des Landes werden Todesermittlungsvorgänge (einschließlich der Drogentoten) nach Abschluss der Ermittlungen direkt der Staatsanwaltschaft übersandt, bei der die Akten in der Regel zehn Jahre eingelagert werden. Eine differenzierte Ablage erfolgt nicht, so dass dort eine schnelle Recherche nach „Drogentoten“ nicht möglich ist¹⁷. Ebenso ist es, zumindest im Rahmen dieser Studie, dem Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen nicht möglich gewesen, die Drogentodesfallstatistik monatlich und städtebezogen zur Verfügung zu stellen. Im Saarland werden die Rauschgifttodesfallstatistiken in anonymisierter Form aufbewahrt, so dass sie für die Jahre 1990-2001 ausgewertet werden konnten¹⁸. In Hannover konnten die Drogentodeszahlen zumindest für sieben Jahre monatlich zur statistischen Auswertung rekonstruiert und von der Polizeidirektion Hannover bereitgestellt werden. Anzumerken ist hierbei

¹⁷ Stellungnahme des Landeskriminalamtes NRW, bzgl. der Studie „Evaluierung der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 06.05.2002

¹⁸ Stellungnahme des Ministerium für Inneres und Sport (Saarland) vom 21.05. 2002 und des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Saarland) vom 27.03.2002, bzgl. der Studie „Evaluierung der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“

jedoch, dass die Verstorbenen lediglich in Hinblick auf mögliches Fremdverschulden untersucht, aber keine chemisch-toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden¹⁹.

Aufgrund dieser Tatsachen ist eine systematische Untersuchung über den zeitlichen Trend von Drogentodesfällen nur unvollständig möglich und basiert, wie oben benannt, oft auf teilweise subjektiven Einschätzungen der verantwortlichen Stellen.

Wichtiger als die absolute Exaktheit der Daten über Drogentote ist für die nachfolgend beschriebene Zeitreihenanalyse, dass über den Erhebungszeitraum hinweg keine gravierenden Unterschiede im Erhebungsmodus bestehen. Bei den Anschreiben an die Polizeibehörden ist auf diese Schwierigkeit aufmerksam gemacht worden. Keine Polizeibehörde hat in den Antwortschreiben erwähnt, dass es bei den Erhebungsmodi im Erhebungszeitraum zu Veränderungen gekommen sei.

10.2 Grundlagen der Zeitreihenanalyse

In Konsumräumen können Opiatabhängige in erster Linie unter hygienischen Bedingungen Drogen applizieren. Allerdings geht die „Wirkung“ von Konsumräumen weit über die Möglichkeit einer hygienischen Applikation von Betäubungsmitteln hinaus. Neben einer sofort einsatzfähigen Notfallversorgung werden Opiatabhängige in Safer-Use Techniken unterwiesen, ihnen werden weitere Informationen zur Reduzierung der Gesundheitsrisiken gegeben oder sie werden auch in weitergehende Hilfeangebote vermittelt, z. B. in substitions-gestützte Behandlungen oder ausstiegsorientierte Therapieformen. Alle genannten angebotenen Hilfen können das Risiko eines drogenbedingten Todesfalles im Einzelfall zusätzlich senken.

Insofern kann ein Effekt zur Reduzierung der Anzahl der Drogentoten nicht nur für die Konsumvorgänge unter hygienischen Aspekten, sondern auch durch das weitergehende Hilfeangebot der Einrichtungen angenommen werden. Alle in der Untersuchung berücksichtigten Konsumräume sind in ein weitergehendes Beratungs- und Weitervermittlungsangebot eingebunden. Eine „Wirkung“, die das Risiko eines drogenbedingten Todesfalles herabsetzt, muss von daher für das gesamte Hilfeangebot der Einrichtungen angenommen werden, obwohl die medizinische Notfallversorgung sicherlich einen hohen Anteil an der Verhinderung von drogenbedingten Todesfällen hat.

Ziel der Zeitreihenanalyse ist die Überprüfung, ob im Zeitraum nach der Einführung der Drogenkonsumräume aufgetretene Veränderungen in der Zahl der Drogentoten auf statistische Schwankungen zurückgehen oder mit dem Hilfeangebot „Drogenkonsumraum“ in Zusammenhang stehen.

Die grundsätzliche Vorgehensweise der Zeitreihenanalyse besteht zunächst darin, vorhandene Regelmäßigkeiten in einer Zeitreihe zu identifizieren und in einem Modell abzubilden. Anschließend wird dieses Modell durch eine formalisierte Beschreibung des angenommenen Interventionseffektes erweitert. Kann durch diese Modellerweiterung eine signifikant bessere Anpassung an die Ursprungsdaten erzielt werden, so ist von einer substantiellen, überzufälligen Wirkung der Intervention auszugehen.

Die Anwendung von Zeitreihenanalysen ist nur dann sinnvoll, wenn mindestens 50 Messzeitpunkte vorliegen (BORTZ & DÖRING, 1995). Für die hier durchgeführten Analysen standen die Monatsdaten der Drogentotenzahlen für einen Zeitraum von teilweise über 10 Jahren zur Verfügung. Für die Stadt Saarbrücken lag ein Datensatz über 144 Messzeitpunkte (Monate), für die Stadt

¹⁹ Stellungnahme der Polizeidirektion Hannover, bzgl. der Studie „Evaluierung der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 25.03.2002

Hannover ein Datensatz über 84 Messzeitpunkte, für die Stadt Hamburg ein Datensatz über 144 Messzeitpunkte und für die Stadt Frankfurt ein Datensatz über 108 Messzeitpunkte vor.

Als zeitreihenanalytisches Verfahren wurde das ARIMA-Modell (**A**uto-**R**egressive **I**ntegrated **M**oving **A**verage-**M**odell) herangezogen. Im klassischen ARIMA Modell werden 3 Parameter, p , d und q eingeführt, mit denen sich eine Zeitreihe vollständig beschreiben lässt (ARIMA (p,d,q)-Modelle). Der Parameter d steht für den im Datensatz vorliegenden Trend und spezifiziert die Anzahl der *Differenzierungen*, die erforderlich sind, um eine Zeitreihe stationär zu machen. Stationarität bezeichnet dabei die Gleichheit der Verteilungen zu allen Zeitpunkten (starke Stationarität), oder die Gleichheit der Kovarianzen (schwache Stationarität). Eine Zeitreihe, die durch einmalige Differenzenbildung stationär wird, kennzeichnet man mit $d = 1$: ARIMA (0,1,0).

Der Parameter p informiert über die Abhängigkeit benachbarter Messwerte. Diese wird über *Autokorrelationen* durch zeitlichen Versatz der Messwerte einer Zeitreihe (Lags) errechnet. Der p -Parameter eines spezifizierten ARIMA-Modells gibt an, bei welchem zeitlichen Versatz noch substantielle Korrelationen zu verzeichnen sind. Besteht nur eine Abhängigkeit zwischen benachbarten Messungen (Lag = 1), so wird diese Eigenschaft der Zeitreihe durch ein ARIMA (1,d,0)-Modell beschrieben. Liegt nicht nur zwischen benachbarten, sondern auch zwischen Messungen mit 2 Lags eine Abhängigkeit vor, so lautet das Modell ARIMA (2,d,0).

Der Parameter q steht für die Abhängigkeit eines Messwertes von vorangehenden *Zufallskomponenten*. Modelle dieser Art werden als Gleitmittelmodelle (Moving Average bzw. MA-Modelle) bezeichnet. Der q -Parameter informiert über die Anzahl der Lags von einflussreichen vorangehenden Zufallskomponenten. Hängt eine Messung von der Zufallskomponente der vorangegangenen Messung ab und zeigt sich eine solche Beziehung innerhalb der gesamten Zeitreihe (Lag = -1), wird dieser Sachverhalt formal durch ein ARIMA ($p,d,1$)-Modell zum Ausdruck gebracht.

Die Systematik einer Zeitreihe ist durch ein ARIMA (p,d,q)-Modell vollständig beschreibbar: p gibt die Anzahl der autoregressiven Anteile an, d entspricht der Anzahl der Differenzierungen, um die Zeitreihe auf ein stationäres Niveau zu bringen, q informiert über die Anzahl der Gleitmittelkomponenten.

Werden Messwerte – wie im vorliegenden Fall – monatlich über mehrere Jahre erhoben, so sind häufig saisonale Schwankungen bzw. periodisch wiederkehrende Regelmäßigkeiten zu beobachten. Ähneln sich die Jahresverläufe der Messdaten, so zeigen sich substantielle Korrelationen für Lag 12, Lag 24, Lag 36 etc. Das ARIMA(pdq)-Modell ist dann zu einem saisonalen ARIMA(pdq)-(PDQ)-Modell zu erweitern. Die Werte P , D und Q des saisonalen ARIMA-Modells werden in gleicher Weise identifiziert wie für das ARIMA-Modell der regulären Zeitreihe. Für die vorliegenden Analysen der Entwicklung der Zahl der Drogentoten wurde ein solches saisonales ARIMA-Modell mit einem Zyklus von 12 Monaten (Jahreszyklus) herangezogen.

10.3 Interventionsmodelle

Durch das Auswertungsschema der ARIMA-Prozedur werden sechs Parameter (saisonales ARIMA-Modell) vorgegeben, die die in einer Zeitreihe vorliegenden Trends sowie unterschiedliche serielle Abhängigkeiten der Daten beschreiben. Darauf aufbauend lässt sich eine Gleichung erzeugen, mit der versucht wird, die Ursprungsdaten der vorliegenden Zeitreihe zu reproduzieren. Dabei bleibt der potentielle Einfluss der Intervention zunächst noch unberücksichtigt. Die Güte des gewählten ARIMA-Modells lässt sich aus der Diskrepanz zwischen den reproduzierten und den tatsächlichen Daten bestimmen. Je geringer diese Diskrepanz ausfällt, um so höher ist die Güte des Modells.

Zur Überprüfung des Effekts der Eröffnung eines Drogenkonsumraums wird die Intervention in Form einer spezifisch definierten Inputvariablen mit in die Vorhersagegleichung aufgenommen. Die Werte dieser Inputvariablen bestehen aus Einsen und Nullen (Intervention vorhanden – nicht vorhanden). Jedem Messzeitpunkt wird ein entsprechender Wert der Inputvariablen zugeordnet. Kommt es zu einer signifikanten Reduktion der Diskrepanz zwischen reproduzierten und tatsächlichen Daten, so ist davon auszugehen, dass die Intervention den Verlauf der Zeitreihe substantiell beeinflusst hat.

Die Art der Wirkung, die eine Intervention auslöst, kann verschieden sein. Die Intervention kann unmittelbar nach Einführung der Maßnahme und dauerhaft wirken, sie kann zeitversetzt ihre Wirkung entfalten oder der Interventionseffekt kann nach einem gewissen Zeitraum wieder zurückgehen. Die nachfolgende Abbildung 10.3-1 zeigt verschiedene Varianten plausibler Interventionswirkungsmodelle:

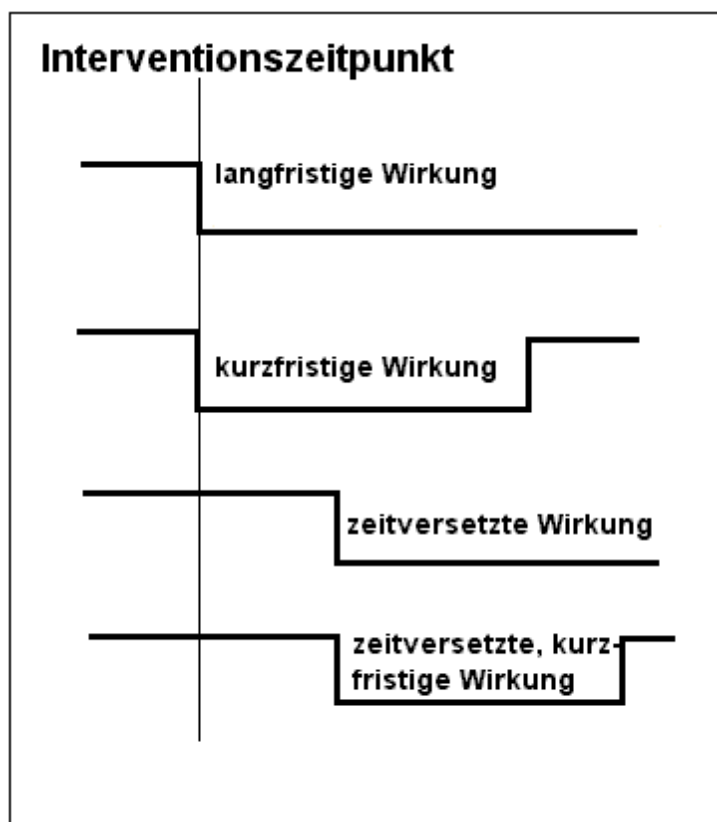


Abbildung 10.3-1: Interventionswirkungsmodelle

Hinsichtlich der zeitreihenanalytischen Prüfung des Effektes der Einführung von Drogenkonsumräumen auf eine Reduktion der Zahl der Drogentoten sind einige grundsätzliche Überlegungen notwendig. Da es sich bei der Einrichtung eines Drogenkonsumraums um eine dauerhafte Intervention handelt, sollte die Intervention auch langfristig wirken. Für den Fall, dass sich die Einführung eines Drogenkonsumraums senkend auf die Zahl der Drogentoten auswirkt, sollte dieser Effekt - bei kontinuierlichem Betrieb des Drogenkonsumraums – über die Zeit aufrecht erhalten bleiben.

Für den Einsatz der Wirkung ist anzunehmen, dass der Interventionseffekt nicht unmittelbar, sondern zeitverzögert in Erscheinung tritt. Die Einrichtung eines Drogenkonsumraums muss sich in der

„Szene“ erst herumsprechen, um zu einer entsprechenden Nutzungsquote zu führen. Mögliche Auswirkungen auf eine (erste) Reduktion der Zahl der Drogentoten sind daher mit einer Zeitverzögerung von 6 bis 12 Monaten zu erwarten.

In den nachfolgend dargestellten zeitreihenanalytischen Untersuchungen wurden diese Überlegungen berücksichtigt.

10.4 Typische Vorgehensweise in zeitreihenanalytischen Untersuchungen

An dieser Stelle soll das Vorgehen bei der Analyse von Zeitreihen mittels ARIMA in seinem Ablauf dargestellt werden.

In einem ersten Schritt werden die empirischen Daten, die mit Hilfe der Zeitreihe beschrieben werden sollen, graphisch dargestellt, in diesem Fall also die Zahl der Drogentoten in den untersuchten Bundesländern in ihrem zeitlichen Verlauf. So lassen sich erste Annahmen über ihre Struktur treffen z. B. über Trends, also kontinuierliche, von der Zeit abhängige Veränderungen der Datenlage (z. B. eine stetige Abnahme der Zahl von Drogentoten), saisonale Effekte (z. B. die Abhängigkeit der Daten von der Jahreszeit, oder auch periodische Veränderungen über längere Zeiträume), oder auch über die Veränderung von Trends und Periodizitäten. Hierdurch können die Art und Ausprägung der Bestandteile einer Zeitreihe näher bestimmt werden. Für die Analyse von Trends kann z. B. auf Regression, zur Analyse von saisonalen Schwankungen auf Spektralanalysen der Daten zurückgegriffen werden.

Um die für die Modellspezifikation bedeutsamen Parameter zu schätzen, werden nun in der Regel die Autokorrelogramme (ACF) und partiellen Autokorrelogramme (PACF) betrachtet. Es handelt sich dabei um graphische Darstellungen der Korrelationen der Messwerte benachbarter Zeitabschnitte miteinander (ACF), bzw. um die Auswirkungen der Abhängigkeit der Messwerte untereinander bereinigten Korrelationen der Messwerte. Sinken die Werte der Autokorrelationen nur langsam ab, so handelt es sich um einen nicht-stationären Prozess, was in der Modellspezifikation zu berücksichtigen ist. Das PACF gibt Aufschluss darüber, ob die Daten im ACF tatsächlich auf die jeweiligen Autokorrelationen zurückzuführen sind, oder ob es sich um Abhängigkeiten von vorhergehenden Korrelationen handelt.

Hinweise auf die Art der Modellspezifikation aufgrund der ACF und PACF geben u. a. Bortz & Döring (1995).

Ist das Modell vollständig identifiziert, erfolgt eine statistische Prüfung des spezifizierten Modells, wodurch sich bestimmen läßt, ob das ARIMA Modell in signifikanter Weise die zu beschreibenden Daten reproduzieren kann. Das läßt sich graphisch veranschaulichen, indem die durch das Modell geschätzten Werte zusammen mit den tatsächlichen Werten in einem Diagramm dargestellt werden.

Um jetzt Aussagen über die Auswirkung einer Intervention treffen zu können, werden dem ARIMA-Modell Informationen über das zeitliche Einsetzen intervenierender Maßnahmen hinzugefügt. In diesem Fall handelt es sich um die Eröffnung von Drogenkonsumräumen in den Städten. Kann nun die Modellvorhersage des ARIMA-Modells durch diese zusätzliche Information im Vergleich mit dem Modell, in dem keine Information bezüglich der Intervention vorhanden ist, statistisch signifikant verbessert werden, so kann man von einem überzufälligen Zusammenhang zwischen der Intervention und dem Verlauf der Zeitreihe ausgehen. Sinken also die Zahlen der Drogentoten in einer Stadt, und kann durch das um die Interventionskomponente erweiterte ARIMA-Modell eine statistisch signifikante Verbesserung der Reproduktion der Daten erreicht werden, so ist davon auszugehen, dass

die Installation von Konsumräumen in überzufälligem Zusammenhang mit diesem Absinken der Todesfälle steht.

Die hier vorgestellte Vorgehensweise zur Identifikation von ARIMA-Modellen für Zeitreihendaten steht exemplarisch für die nachfolgend dargestellten zeitreihenanalytischen Untersuchungen zur Wirkung der Einführung von Drogenkonsumräumen in den verschiedenen Städten. Es wird dabei nur auf die wesentlichsten Befunde und nicht mehr auf die Details der ARIMA-Modellspezifikationen eingegangen.

10.5 Wirkung der Interventionen in den Städten Hannover, Saarbrücken, Hamburg und Frankfurt

10.5.1 Hannover

Für die Stadt Hannover lag ein Datensatz über die Entwicklung der Zahl der Drogentoten im Zeitraum von Januar 1995 bis Dezember 2001 vor. Der Drogenkonsumraum wurde im Januar 1998 eröffnet. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle für Hannover für den genannten Zeitraum. Als vertikale Linie ist der Zeitpunkt der Eröffnung des Drogenkonsumraums eingezeichnet.

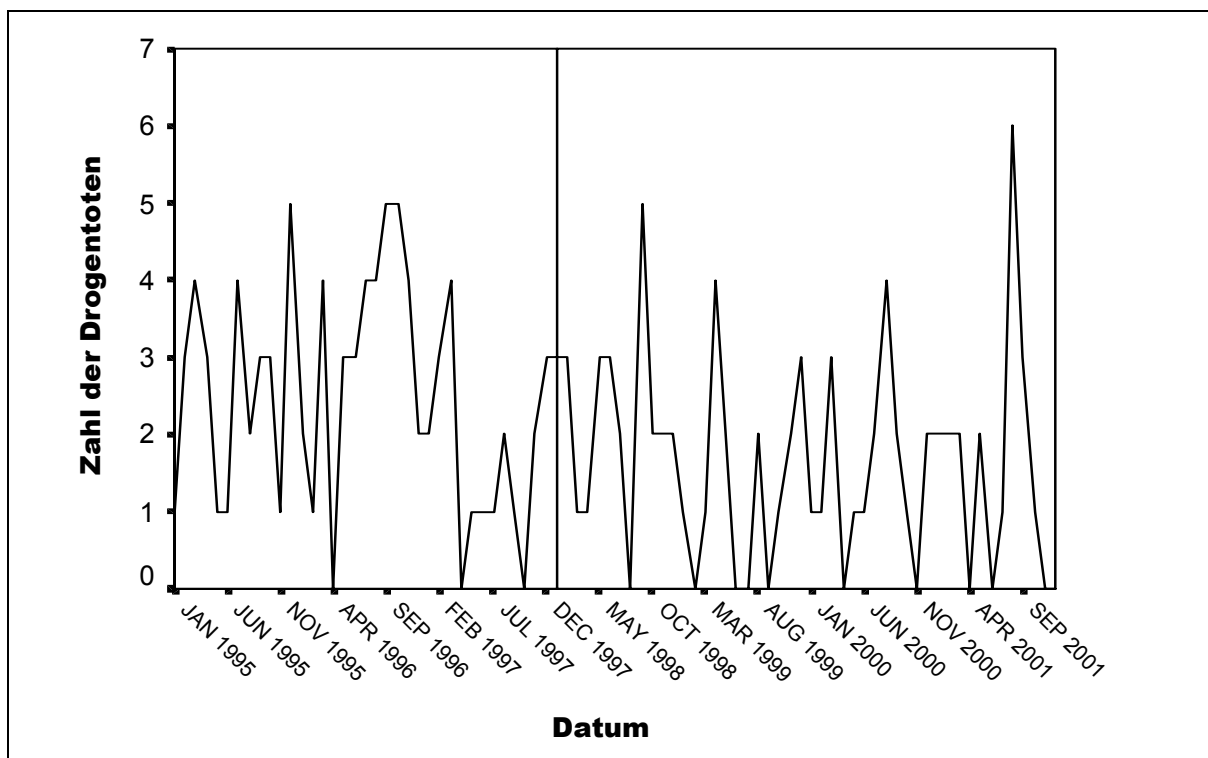


Abbildung 10.5-1: Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle in Hannover für den Zeitraum Januar 1995 bis Dezember 2001

Aus Abbildung 10.5-1 geht eine leichte Abnahme der Zahl der Drogentoten über die Jahre hervor, auch wenn in der Jahresmitte 2001 ein deutlicher temporärer Zuwachs in der Zahl der Drogentoten zu

verzeichnen ist. Für den vorliegenden Datensatz war zu prüfen, ob die Eröffnung des Drogenkonsumraums mit der Entwicklung der Zahl der Drogentoten nachweisbar in Zusammenhang steht.

Für die vorliegende Zeitreihe wurde das ARIMA-Modell mit $p = 1$ (autoregressiver Anteil 1. Ordnung), $d = 2$ (zweimalige Differenzierung zur Erzielung der Stationarität) und $q = 0$ (kein Vorliegen von Gleitmittelprozessen) identifiziert. Für die saisonale Modellkomponente wurde lediglich der D-Parameter mit dem Wert 1 belegt ($P = 0, D = 1, Q = 0$), so dass das Modell ARIMA $(1,2,0)(0,1,0)_{12}$ daraus resultierte.

In einem weiteren Schritt kann nun geprüft werden, ob mit der Einführung des Drogenkonsumraums im Januar 1998 einen substantieller Zusammenhang auf die Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle besteht. Hierzu muss das spezifiziertere ARIMA-Modell mit einem Interventionsmodell verknüpft werden. Dies geschieht – wie oben bereits dargestellt – durch die Erweiterung des ARIMA-Modells mit einer Inputvariablen, die den hypothetischen Verlauf der Interventionswirkung abbildet. Wenn diese Inputvariable einen signifikanten Beitrag zur Vorhersagegenauigkeit des ARIMA-Modells leistet, ist davon auszugehen, dass die Eröffnung des Drogenkonsumraums statistisch bedeutsam mit der Entwicklung der Zahl der Drogentoten in Zusammenhang steht.

Da nicht vermutet werden kann, dass bereits zum Zeitpunkt der Eröffnung des Drogenkonsumraums ein Interventionseffekt auftritt, wurde für den vorliegenden Datensatz zunächst ein Interventionswirkungsmodell spezifiziert, das von einer um 6 Monate verzögerten, jedoch dauerhaften Wirkung ausgeht. Die statistische Modellprüfung erfolgt, indem untersucht wird, ob sowohl die autoregressive Komponente des saisonalen ARIMA-Modells mit $p = 1$ als auch die Interventionsvariable (Inputvariable) statistisch bedeutsam werden. Die nachfolgende Tabelle 10.5-1 zeigt die Ergebnisse dieser Analysen.

Tabelle 10.5-1: Zeitreihenanalyse zur Wirkung der Intervention

ARIMA-Prognosemodell $(1,2,0)(0,1,0)_{12}$			
Variablen	df	t-Wert	p
Autoregressiver Anteil 1. Ordnung	67	-6,94	<.001
<i>Intervention 6 Monate verzögert</i>	67	-2,31	<.05

Aus Tabelle 10.5-1 geht hervor, dass das Interventionsmodell, das eine um 6 Monate verzögert einsetzende und langfristige Wirkung postuliert, statistisch signifikant wird. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Eröffnung des Drogenkonsumraums mit einer Verzögerung von 6 Monaten einen statistisch nachweisbaren langfristigen Einfluss auf die Reduktion der Zahl der Drogentoten ausübt ($p < .05$). *Damit zeigt sich, dass die Eröffnung des Drogenkonsumraums in der Stadt Hannover nachweislich überzufällig in engem Zusammenhang mit der Erhöhung der Überlebenschancen von Drogenabhängigen in Hannover steht.*

10.5.2 Saarbrücken

Für die Stadt Saarbrücken lag ein Datensatz über die Entwicklung der Zahl der Drogentoten im Zeitraum von Januar 1990 bis Dezember 2001 vor. Der Drogenkonsumraum wurde im April 1999 eröffnet. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle für

Saarbrücken für den genannten Zeitraum. Als vertikale Linie ist der Zeitpunkt der Eröffnung des Drogenkonsumraums eingezeichnet.

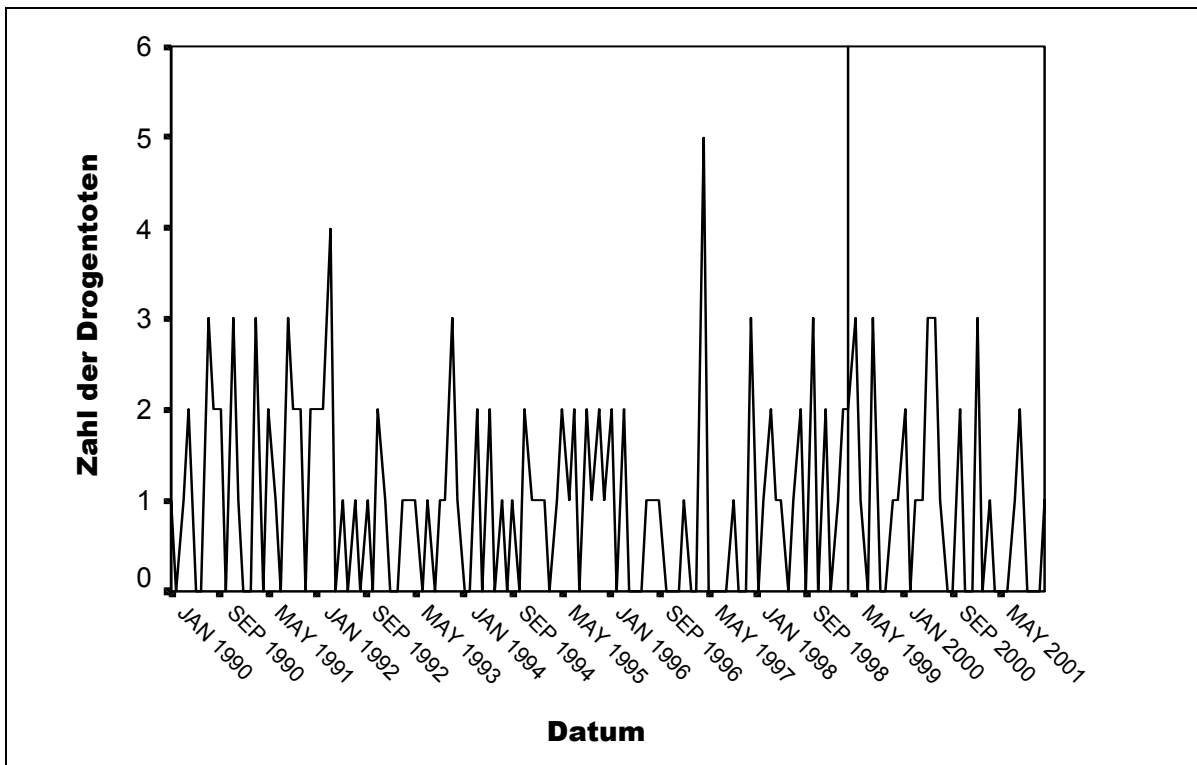


Abbildung 10.5-2: Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle in Saarbrücken für den Zeitraum Januar 1990 bis Dezember 2001

Aus Abbildung 10.5-2 ist ersichtlich, dass die Zahl der Drogentoten von 1990 bis 1992 im Trend leicht abnimmt. Für die Jahre 1993 bis 1995 ist ein relativ konstantes Niveau zu beobachten, danach scheint die Zahl der Drogentoten zunächst wieder anzusteigen und geht im Jahr 2001 erneut leicht zurück.

Für die aus Saarbrücken vorliegenden Daten wurde zur Beschreibung der Zeitreihe das gleiche ARIMA-Modell spezifiziert wie für Hannover: $ARIMA(1,2,0)(0,1,0)_{12}$. Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Eröffnung des Drogenkonsumraums im April 1999 und einer Reduktion der drogenbedingten Todesfälle wurde auch hier von einer dauerhaften, jedoch zeitverzögert einsetzenden Wirkung von 6 Monaten ausgegangen. Die Ergebnisse der Analyse sind in der nachfolgenden Tabelle 10.5-2 dargestellt.

Tabelle 10.5-2 Zeitreihenanalyse zur Wirkung der Intervention

ARIMA-Prognosemodell $(1,2,0)(0,1,0)_{12}$			
Variablen	df	t-Wert	p
Autoregressiver Anteil 1. Ordnung	128	-10,72	<.001
<i>Intervention 6 Monate verzögert</i>	<i>128</i>	<i>-2,25</i>	<i><.05</i>

Auch hier ergibt sich – wie auch schon in Hannover – ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Eröffnung des Drogenkonsumraums und einer langfristigen Senkung der Zahl der Drogentoten ($p < .05$). Die Wirkung der Intervention tritt mit einer Verzögerung von 6 Monaten auf. Dies ist ein plausibler Befund, da anzunehmen ist, dass der Nutzungsumfang und damit die präventive Effektivität eines Drogenkonsumraums im Laufe der ersten Monate nach der Eröffnung zunimmt. *Damit zeigt sich auch für die Stadt Saarbrücken, dass die Einrichtung eines Drogenkonsumraums überzufällig in engem Zusammenhang mit der Erhöhung der Überlebenschancen von Drogenabhängigen in Saarbrücken steht.*

10.5.3 Hamburg

Für die Stadt Hamburg lag ein Datensatz über die Entwicklung der Zahl der Drogentoten im Zeitraum von Januar 1990 bis Dezember 2001 vor. Für Hamburg gilt die Besonderheit, dass dort mehrere Drogenkonsumräume betrieben werden. Die 9 Drogenkonsumräume wurden in zeitlicher Reihenfolge zwischen Februar 1994 und Mai 2000 eröffnet. Für die Analyse wurde auch das Drug-Mobil berücksichtigt, das zwischen Februar 1994 und Januar 1999 als Drogenkonsumraum diente. Im Jahr 1999 wurde die Leitung nach einer öffentlichen Ausschreibung dem Träger STEPS übertragen. Der Drogenkonsumraum wurde dann ab Februar 2000 in anderer Form unter dem Namen DroBill weiterbetrieben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle für Hamburg für den genannten Zeitraum. Als vertikale Linien sind die Zeitpunkte der Eröffnung der einzelnen Drogenkonsumräume eingezeichnet.

Aus der Abbildung geht hervor, dass die Zahl der Drogentoten in Hamburg zwischen 1990 und 1991 angestiegen ist. Seit 1992 bis 2001 ist ein langsamer, jedoch stetiger Abwärtstrend in der Zahl der Drogentoten beobachtbar. Um zu prüfen, ob dieser Rückgang u. a. auf den Betrieb der Drogenkonsumräume zurückführbar ist, wurde auch hier eine Zeitreihenanalyse mit dem vorhandenen Datenmaterial durchgeführt.

Um der Besonderheit der nacheinander in Betrieb genommenen Drogenkonsumräume gerecht zu werden, wurde für jeden Drogenkonsumraum eine separate Interventionsvariable gebildet und in die Berechnung aufgenommen. Es wurde dabei von der Überlegung ausgegangen, dass sich die Wirkungen der einzelnen Konsumräume zunächst aufaddieren und es schließlich zu einem (statistischen) Sättigungseffekt kommt.

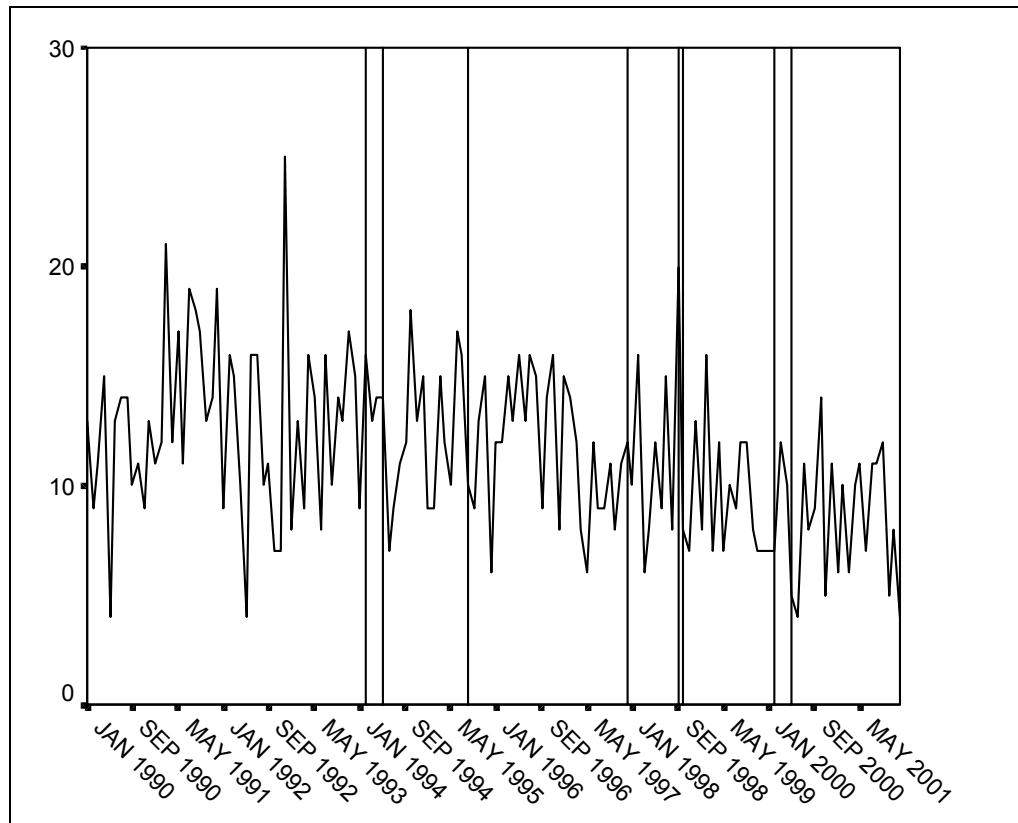


Abbildung 3: Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle in Hamburg für den Zeitraum Januar 1990 bis Dezember 2001

Für den Hamburger Datensatz wurde zunächst das Modell $ARIMA(2,1,0)(0,1,0)_{12}$ zur Beschreibung der Zeitreihe spezifiziert. Die einzelnen Drogenkonsumräume wurden in der Reihenfolge ihrer Eröffnung als Interventionsvariablen in die Berechnung aufgenommen. Die Berechnung wurde abgebrochen, sobald durch die Hinzunahme eines weiteren Drogenkonsumraums die Signifikanzgrenze von 5% unterschritten wurde. Dies wurde als Sättigungseffekt interpretiert. In der nachfolgenden Tabelle 10.5-3 sind die Ergebnisse dieser Analyse dargestellt.

Tabelle 10.5-3: Zeitreihenanalyse zur Wirkung der Intervention

ARIMA-Prognosemodell $(2,1,0)(0,1,0)_{12}$			
Variablen	df	t-Wert	p
Autoregressiver Anteil 1. Ordnung	127	-10,91	<.001
Autoregressiver Anteil 2. Ordnung	127	-4,78	<.001
<i>Intervention 1. Drogenkonsumraum</i>	127	0,57	n.s.
<i>Intervention 2. Drogenkonsumraum</i>	127	-1,69	n.s.
<i>Intervention 3. Drogenkonsumraum</i>	127	-2,11	<.05

Aus Tabelle 10.5-3 ist ersichtlich, dass sich nach der Eröffnung des zweiten Drogenkonsumraums (Fixstern) ein statistisch signifikanter Effekt der Interventionen nachweisen lässt ($p < .05$). Während sich für die Eröffnung des ersten und des zweiten Drogenkonsumraums zunächst noch kein nachweisbarer Zusammenhang zeigt, treten die synergistischen Wirkungen mit der Aufnahme des Betriebs des dritten Drogenkonsumraums statistisch signifikant in Erscheinung. Die Hinzunahme der weiteren Drogenkonsumräume führt auf der Basis der Modellierung zu keinen weiteren Effekten, da bei Inbetriebnahme eines neuen Drogenkonsumraums die bisherigen weiterhin wirksam sind. *Aufgrund der Ergebnisse zeigt sich für die Stadt Hamburg, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in überzufälligen, substantiellem Zusammenhang mit der langfristigen Senkung der Zahl der Drogentoten steht.*

10.5.4 Frankfurt

Für die Stadt Frankfurt lag ein Datensatz über die Entwicklung der Zahl der Drogentoten im Zeitraum von Januar 1993 bis Dezember 2001 vor. Für Frankfurt gilt die gleiche Besonderheit wie für Hamburg, dass dort mehrere Drogenkonsumräume betrieben werden. Die 4 Drogenkonsumräume wurden in zeitlicher Reihenfolge zwischen November 1994 und August 1996 eröffnet. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle für Frankfurt für den genannten Zeitraum. Als vertikale Linien sind die Zeitpunkte der Eröffnung der einzelnen Drogenkonsumräume eingezeichnet.

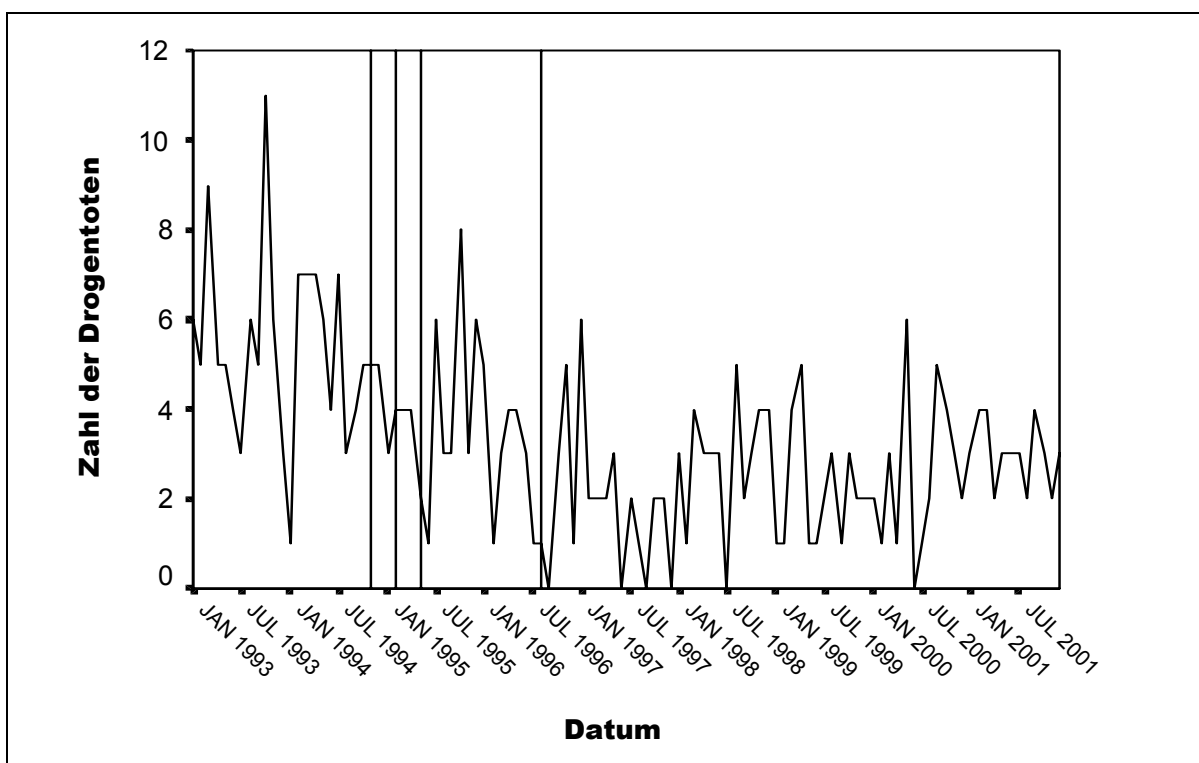


Abbildung 10.5-4: Zeitreihe der drogenbedingten Todesfälle in Frankfurt für den Zeitraum Januar 1993 bis Dezember 2001

Aus Abbildung 10.5-4 ist ersichtlich, dass im Zeitraum zwischen 1993 und 1997 die Zahl der drogenbedingten Todesfälle deutlich zurückgegangen ist, während die Zahl der Drogentoten seit diesem Zeitpunkt - mit gewissen Schwankungen - eher stagniert.

Zur Beschreibung der vorliegenden Zeitreihendaten aus Frankfurt wurde das Modell ARIMA (0,1,1)(1,1,0)₁₂ spezifiziert. Im Gegensatz zu den bisher dargestellten ARIMA-Modellen führte hier die Aufnahme des Gleitmittelprozessparameters mit $q = 1$ zu einer besseren Anpassung des Modells an die Ausgangsdaten. Die Charakterisierung der Intervention wurde in gleicher Weise wie für die Zeitreihenanalyse des Hamburger Datensatzes vorgenommen: Die einzelnen Drogenkonsumräume wurden in der Reihenfolge ihrer Eröffnung als Interventionsvariablen in die Berechnung aufgenommen. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Zeitreihenanalyse zusammengestellt.

Tabelle 10.5-4: Zeitreihenanalyse zur Wirkung der Intervention

ARIMA-Prognosemodell (0,1,1)(1,1,0)₁₂			
Variablen	df	t-Wert	p
Gleitmittelprozess 1. Ordnung	89	-14,08	<.001
Saisonaler autoreg. Anteil 1. Ordnung	89	-5,55	<.001
<i>Intervention 1. Drogenkonsumraum</i>	89	-1,39	n.s.
<i>Intervention 2. Drogenkonsumraum</i>	89	-0,10	n.s.
<i>Intervention 3. Drogenkonsumraum</i>	89	0,04	n.s.
<i>Intervention 4. Drogenkonsumraum</i>	89	-2,34	<.05

Aus Tabelle 10.5-4 geht hervor, dass die synergistischen Wirkungen der Drogenkonsumräume erst mit der Aufnahme des Betriebs des 4. Drogenkonsumraums statistisch signifikant in Erscheinung treten. Der statistisch nachweisbare Effekt zwischen der Reduktion der drogenbedingten Todesfälle und dem Betrieb von Drogenkonsumräumen tritt – im Vergleich zu den übrigen Städten – erst beim vollständigen Zusammenwirken aller Interventionen auf. Dies könnte u. a. auf den bereits vorfindbaren generellen Trend eines Rückgangs der Zahl der Drogentoten in Frankfurt im Zeitraum zwischen 1993 und 1997 zurückzuführen sein. *Trotzdem bleibt festzuhalten, dass auch in Frankfurt die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in engem, überzufälligen Zusammenhang mit der langfristigen Senkung der Zahl der Drogentoten steht.*

10.6 Zusammenfassung Zeitreihenanalyse

Als zeitreihenanalytisches Verfahren wurde das ARIMA-Modell (**A**uto-**R**egressive **I**ntegrated **M**oving **A**verage-**M**odell) herangezogen, um zu testen, ob Drogenkonsumräume einen überzufälligen Einfluss auf die Verringerung der Anzahl von Drogentoten haben. Hierfür sind mindestens 50 Messzeitpunkte erforderlich.

Konsumräume dienen den Opiatabhängigen dabei unter anderem als Ort, an dem unter hygienischen situationalen Bedingungen Drogen appliziert werden können. Sie werden durch das Fachpersonal in den Drogenkonsumräumen in Safer-Use Techniken unterwiesen, ihnen werden Informationen über gesundheitliche Risiken vermittelt, und ihnen werden unterschiedliche Möglichkeiten weiterführender Beratung, Substitution oder Therapie aufgezeigt.

Für die hier durchgeführten Analysen standen die Monatsdaten der Drogentotenzahlen für einen Zeitraum von teilweise über 10 Jahren zur Verfügung. Für die Stadt Saarbrücken lag ein Datensatz über 144 Messzeitpunkte (Monate), für die Stadt Hannover ein Datensatz über 84 Messzeitpunkte, für die Stadt Hamburg ein Datensatz über 144 Messzeitpunkte und für die Stadt Frankfurt ein Datensatz über 108 Messzeitpunkte vor. Für das Land Nordrhein-Westfalen konnte das Landeskriminalamt keine entsprechenden städtebezogenen Daten zur Verfügung stellen.

Hinsichtlich der zeitreihenanalytischen Prüfung des Zusammenhangs der Einführung von Drogenkonsumräumen mit einer Reduktion der Zahl der Drogentoten sind einige grundsätzliche Überlegungen notwendig. Da es sich bei der Einrichtung eines Drogenkonsumraums um eine dauerhafte Intervention handelt, sollte die Intervention auch langfristig wirken. Für den Fall, dass die Einführung eines Drogenkonsumraums senkend mit der Zahl der Drogentoten zusammenhängt, sollte dieser Effekt - bei kontinuierlichem Betrieb des Drogenkonsumraums – über die Zeit aufrecht erhalten bleiben. Da nicht vermutet werden kann, dass bereits zum Zeitpunkt der Eröffnung des Drogenkonsumraums ein Interventionseffekt auftritt, wurde für die vorliegenden Daten ein Interventionswirkungsmodell spezifiziert, das von einer um 6 Monate verzögerten, jedoch dauerhaften Wirkung ausgeht.

Für *Hannover* wird das Interventionsmodell (Wirkung mit 6 Monaten Verzögerung) statistisch signifikant ($p < .05$). Damit zeigt sich, dass zwischen der Eröffnung des Drogenkonsumraums und der langfristigen Senkung der Zahl der Drogentoten ein enger statistischer Zusammenhang besteht.

Dieser signifikante Effekt ($p < .05$) kann auch für die Stadt *Saarbrücken* nachgewiesen werden.

Da in *Hamburg* und *Frankfurt* mehrere Konsumräume gleichzeitig betrieben werden, wurden die einzelnen Konsumräume in der Reihenfolge ihrer Eröffnung als Interventionsvariablen in die Berechnung aufgenommen. Die Berechnung wurde abgebrochen, sobald durch die Hinzunahme eines weiteren Drogenkonsumraums die Signifikanzgrenze von 5% unterschritten wurde. Dies wurde als Sättigungseffekt interpretiert.

Für *Hamburg* zeigt sich, dass sich nach der Eröffnung des dritten Drogenkonsumraums (Fixstern) ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt ($p < .05$). Während sich für die Eröffnung der ersten zwei Drogenkonsumräume zunächst noch kein nachweisbarer Effekt zeigt, treten die synergistischen Wirkungen mit der Aufnahme des Betriebs des dritten Drogenkonsumraums statistisch signifikant in Erscheinung. Die Hinzunahme der weiteren Drogenkonsumräume führt auf der Basis der Modellierung zu keinen weiteren Effekten, da bei Inbetriebnahme eines neuen Drogenkonsumraums die bisherigen weiterhin wirksam sind.

Für die Stadt *Frankfurt* zeigen die Daten, dass im Zeitraum zwischen 1993 und 1997 die Zahl der Drogentoten deutlich zurückgegangen ist, während die Zahl der Drogentoten seit 1997 – mit gewissen Schwankungen – eher stagniert.

Die Charakterisierung der Intervention wurde in gleicher Weise wie für die Zeitreihenanalyse des Hamburger Datensatzes vorgenommen: Die einzelnen Drogenkonsumräume wurden in der Reihenfolge ihrer Eröffnung als Interventionsvariablen in die Berechnung aufgenommen.

Bei der Zeitreihenanalyse treten die synergistischen Wirkungen der Drogenkonsumräume erst mit der Aufnahme des Betriebs des 4. Drogenkonsumraums statistisch signifikant in Erscheinung. Der statistisch nachweisbare Zusammenhang zwischen einer Reduktion der drogenbedingten Todesfälle und dem Betrieb von Drogenkonsumräumen tritt – im Vergleich zu den übrigen Städten – erst beim vollständigen Zusammenwirken aller Interventionen auf. Dies könnte u. a. auf den bereits vorfindbaren generellen Trend eines Rückgangs der Zahl der Drogentoten in Frankfurt im Zeitraum zwischen 1993 und 1997 zurückzuführen sein.

Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Betrieb von Konsumräumen in den untersuchten Städten Saarbrücken, Hannover, Hamburg und Frankfurt statistisch signifikant mit der Senkung der Drogentotenzahlen in diesen Städten in Zusammenhang steht. Es kann daraus gefolgert werden, dass Drogenkonsumräume einen substantiellen, überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentotenzahl leisten.

11 Konsumvorgänge und Drogennotfälle seit 1995 in Konsumräumen der Bundesrepublik Deutschland

Für den Zeitraum von 1995-2001 sind insgesamt 2,1 Mio. Konsumvorgänge in Konsumräumen der Bundesrepublik Deutschland dokumentiert. Dabei ist nicht ein einziger Todesfall in einem Konsumraum zu beklagen. Das heißt, bis einschließlich des Jahres 2001 ist das Risiko an den zeitlich unmittelbaren Folgen (z. B. Überdosierung) des Konsums illegaler Drogen in einem Konsumraum zu sterben gleich Null. Für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5426 Notfälle dokumentiert (wegen fehlender Daten dürfte diese Zahl jedoch noch etwas höher sein, s.u.).

11.1 Konsumvorgänge in Konsumräumen der Bundesrepublik seit 1995

Um einen Eindruck zu vermitteln, wieviele Konsumvorgänge bundesweit in Drogenkonsumräumen stattfinden, sind alle zur Verfügung stehenden Daten in diesem Kapitel summiert worden. Für die Jahre 1996-1998 fehlen die Daten eines Konsumraums in Hamburg, für die Jahre 1999 bis 2001 fehlen die Daten aus Saarbrücken. Insofern dürften die „echten“ Zahlen noch etwas höher sein.

Wie Abbildung 11.1-1 zeigt, sind dies seit 1999 jährlich über 400.000 Konsumvorgänge, die unter hygienischen Umständen und nicht in der Öffentlichkeit stattfinden.

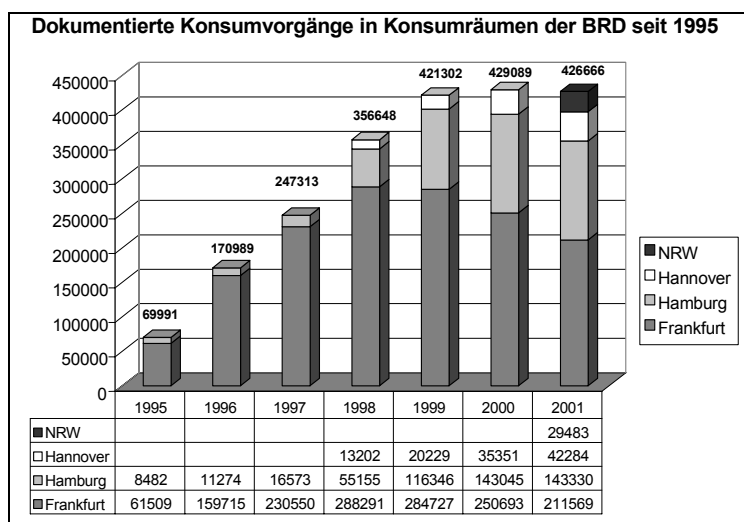


Abbildung 11.1-1: Dokumentierte Konsumvorgänge nach Bundesländern seit 1995

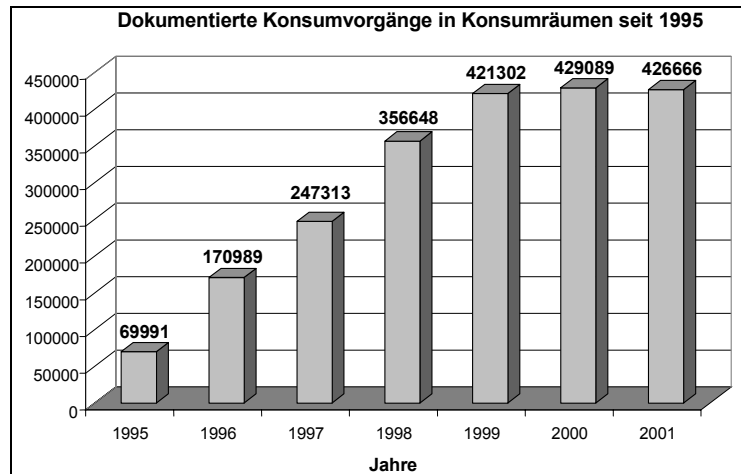


Abbildung 11.1-2: Dokumentierte Konsumvorgänge seit 1995

11.2 Drogennotfälle in Konsumräumen der BRD seit 1995

Ebenso wie die Konsumvorgänge werden nachfolgend alle verfügbaren Daten zu Drogennotfällen seit 1995 summarisch dargestellt. Hier gestaltet sich die Datenlage noch etwas schwieriger, da aus einigen Konsumräumen keine Daten mehr vorliegen. Die „echten“ Zahlen dürften also auch hier – insbesondere in den Jahren 1995 und 1996 – noch höher liegen.

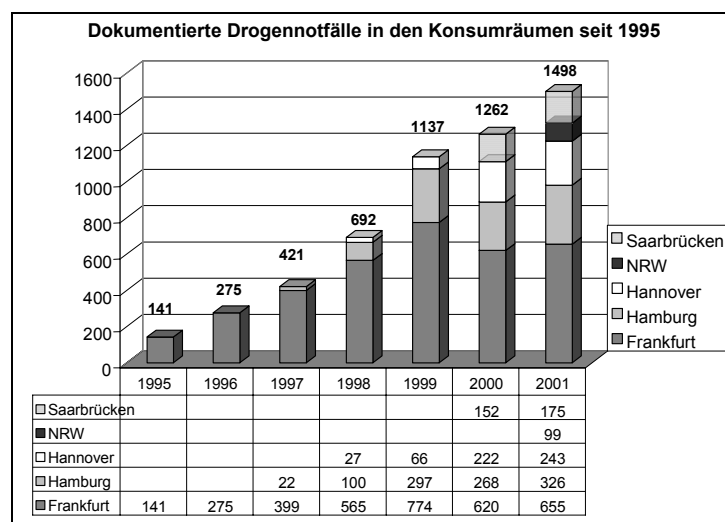


Abbildung 11.2-1: Dokumentierte Drogennotfälle nach Bundesländern seit 1995

Wenn konservativ geschätzt wird, dass nur jeder dritte dokumentierte Notfall lebensgefährlich war, wird auch anhand dieser Zahlen plausibel, wie sehr durch Drogenkonsumräume lebensbedrohliche Situationen durch schnelles Eingreifen entschärft und ein Drogentod verhindert werden kann.

Literatur

- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer Verlag.
- Bundeskriminalamt (2000). Rauschgiftjahresbericht der Bundesrepublik Deutschland 2000. Wiesbaden.
- Caspers-Merk (2000). Rede zur Eröffnung der Fachtagung des Instituts für Therapieforschung (IFT) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit "Prävention von Drogentodesfällen" am 22./23. Februar 2000 in Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2000). Pressemitteilung Nr. 16 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Bonn vom 23. Februar 2000
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2001). Sucht- und Drogenbericht 2000. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). Sucht- und Drogenbericht 2001. Berlin.
- Dworsky, Norbert; Schmidt, Rainer (1999). Druck im Quartier: Erfahrungen mit Fixerräumen. Hrsg. von freiraum hamburg e.V. Paranus-Verlag. Neumünster
- Homburg, A. & Matthies, E. (1998). Umweltpsychologie: Umweltkrise, Gesellschaft und Individuum. Juventa Verlag. München
- Kraus, L., Shaw, R., Augustin, R. & Ritz, F. (2001). Analyse der Drogentodesfälle in Bayern. In IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.), IFT-Berichte, 116. München: IFT.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001). *Landesprogramm gegen Sucht-Teil 1 – Eine Gemeinschaftsinitiative*. Düsseldorf: MFJFG-NRW.

Im Bericht zitierte Internetseiten

- <http://www.jugendhilfe.de> (7/2002). Internetseite des Trägervereins Jugendhilfe e.V. 1998, Träger des Drogenkonsumraums „Drob Inn“ und „Stay alive“ in Hamburg.
- <http://www.jugend-hilft-jugend.de> (7/2002). Internetseite des Vereins jugend hilft jugend e.V., Träger des Drogenkonsumraums „Kodrobs“ in Hamburg-Altona.
- <http://drei-hamburg.de/index.html> (7/2002). Internetseite des Trägervereins Drogenhilfe Eimsbüttel e.V., Träger des „Café DREI“ und angeschlossenen Konsumraums in Hamburg-Eimsbüttel.
- <http://www.drogenhilfe-bremen.de/projekte/drobill.htm> (7/2002). Internetseite zum Drogenkonsumraum „droBill“ in Hamburg-Billstedt.
- <http://www.idh-frankfurt.de> (7/2002). Internetseite des Trägervereins integrative drogenhilfe e.V., Träger des Drogenkonsumraums „Eastside“ und Konsumraums „Niddastraße“ in Frankfurt.
- <http://www.drogenberatung-jj.de> . Internetseite des Trägervereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Träger des Drogenkonsumraums Elbestraße.
- <http://www.step-hannover.de> (7/2002). Internetseite des Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik bmH Hannover (STEP), Träger des Drogenkonsumraums Fixpunkt in Hannover.
- <http://www.indro-online.de> (7/2002). Internetseite des Trägervereins Indro e.V. (Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik), Träger des Drogenkonsumraums in Münster.
- <http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm> (7/2002)
- <http://www.indro-online.de/aub.htm> (7/2002). Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen, Anlage A (AUB-Richtlinien). Internetseite des Trägervereins Indro e.V. (Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik), Träger des Drogenkonsumraums in Münster.
- <http://www.krisenhilfe-essen.de> (7/2002). Internetseite des Trägervereins des Drogenkonsumraums in Essen.