

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

8./9. Jahrgang

Heft 4·2019/1·2020



Themenschwerpunkt:

Drogenkonsumräume

Alfred Pritz, Jutta Fiegl, Heinz Laubreuter

& Bernd Rieken (Hrsg.)

Universitäres Psychotherapiestudium

Das Modell der Sigmund Freud Privatuniversität



Die Psychotherapie ist weit mehr als eine Subdisziplin der Psychologie oder Medizin und hat sich zunehmend emanzipiert. Die Gründung der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) 2005 trug der Entwicklung erstmals auch auf der Hochschul-Ebene Rechnung und bot ein grundständiges Studium der Psychotherapiewissenschaft an. Seit 2020 folgen die deutschen Universitäten - mit Modifikationen - diesem Prototyp.

Die Sigmund Freud Privatuniversität verschränkt Theoriebildung mit psychotherapeutischer Praxis; alle wichtigen - auch an deutschen Hochschulen vernachlässigten - Schulrichtungen sind in Forschung und Lehre vertreten. Studierende werden zur Selbstreflexion angeleitet und arbeiten in der Therapieambulanz mit. Alle akademischen Grade - bis zur Habilitation - sind möglich.

Im vorliegenden Band berichten Dozierende der Sigmund Freud Privatuniversität rückblickend aus ihrer Arbeit - Probleme und Problemlösungen inclusive. Vieles lässt sich auch auf Verhältnisse in deutschen Universitäten übertragen. Daher bietet der Band eine Fülle von Anregungen für die neuen psychotherapiewissenschaftlichen Fakultäten: ohne die eingeeengte Monokultur einer einzigen Therapieschule.

679 Seiten

ISBN 978-3-95853-620-3

40,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-621-0

20,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



Diesen Titel und viele mehr bequem online kaufen:

www.pabst-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber
Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl - alfred.uhl@goeg.at

Wissenschaftlicher Consultant
Dr. Martin Tauss - mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur
Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure
Dr. Thomas Ballhausen - t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer - irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion
Sonja Bachmayer - ikarus711@hotmail.com

Verlag
PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.
Wolfgang Pabst - wp@pabst-publishers.com

Administration
Silke Haarlammert - haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung
Bernhard Mündel - muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte
Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice
rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:
Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:
IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:
haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

Druck
KM-Druck 2.0 · D-64823 Groß-Umstadt
ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

8./9. Jahrgang · Heft 4-2019/1-2020

Themenschwerpunkt:

Drogenkonsumräume

Gastherausgeber: Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Inhalt

- 191 Editorial
Heino Stöver & Ingo Ilja Michels
- Grundlagen**
- 193 Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland
Heino Stöver & Ingo Ilja Michels
- 202 Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit
Dagmar Hedrich
- 212 Drogenkonsumräume in Deutschland – Herausforderungen und Offenheit für Neues
Dirk Schäffer
- 216 Drogennot- und -todesfälle in Drogenkonsumräumen
Kathrin Pientka
- 221 Knapp eine halbe Million Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung – Ein Resümee aus Nordrhein-Westfalen und Hessen
Viktoria Auth & Heino Stöver
- 229 Warum gibt es keine Drogenkonsumräume in Bayern?
Melanie Hofmann & Bertram Wehner
- 237 Bildstrecke „Drogenkonsumräume“
Fotos von Heino Stöver und Ingo Ilja Michels
- 241 Ist Naloxon die Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen?
Kerstin Dettmer
- 244 Formen der Kooperation zwischen Polizei und Drogenhilfe
Heino Stöver & Maike Sinead O'Reilly
- 248 Trinkerraum in Mannheim – Der politische und gesellschaftliche Prozess bis zur Entwicklung und Implementierung eines alkoholakzeptierenden Angebots für Menschen mit Alkoholabhängigkeit der kommunalen Suchthilfe in Mannheim
Kathrin Heinrich, Timo Andreas Kläser & Hans-Georg Schuhmacher
- Internationale Erfahrungen**
- 257 Medically supervised injecting rooms in Australia
Nicolas Clark
- 259 „Sâf Ti“ – Über die Entstehungsgeschichte des ersten belgischen Drogenkonsumraums
Gregor Stangherlin, Juan Cortes Leclou, Cécile Magoga, Manon Reynders, Dominique Delhauteur & Marylène Tommasso
- 265 Bildstrecke „Alp(en)(t)raum“
Fotos von Sonja Bachmayer

- 273 ARGOS, a drug consumption room (DCR) in Strasbourg
Aurélie Kreiss & Gauthier Waeckerle
- 278 Drogenkonsumraum in Paris
Elisabeth Avril
- 282 Drug consumption rooms in the Netherlands – latest developments
Cedric Charvet

Nachrichten

- 254 Bundessozialgericht: Alkoholgeschädigte Kinder haben nur bedingt Anspruch auf Entschädigung
- 275 E-Zigarettenwerbung verdoppelt Risiko, mit dem Dampfen anzufangen
- 284 Feintuning der Kommunikation: Wie Drogen oder Krankheiten Signale zwischen Nervenzellen beeinflussen
- 285 Neuer Cochrane-Review zeigt, dass „Anonyme Alkoholiker“ helfen, eine Alkoholabhängigkeit zu überwinden
- 286 Pakistan: Wo die Ration Heroin weniger als ein Hamburger kostet
- 289 Zeitenwende: Wie Chemnitz Crystal-Meth-Hauptstadt Europas wurde
- 291 Yana Milev: Substanzkonsum, Krankheit und Sterblichkeit: Die Spätfolgen des vereinigungsbedingten Kulturkonflikts in „Ostdeutschland“

Editorial

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Drogenkonsumräume (DKR) sind mittlerweile integrale Bestandteile nationaler aber auch internationaler Strategien zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Drogenmortalität. Auch die WHO und die EMCDDA zählen Drogenkonsumräume zu den wichtigsten Angeboten, um Drogentodesfälle und die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu vermeiden.

Doch trotz der weiten fachlichen Übereinkunft, rechtlichen Klarheit u. a. durch das International Narcotics Control Board (INCB) und rechtlichen Klarstellung auf Bundesebene (z. B. Deutschland; vgl. Michels & Stöver) und überzeugender Studienlage gibt es noch immer erhebliche Widerstände gegen die Einführung von DKR in vielen europäischen Ländern oder auch in einzelnen Bundesländern. Am Beispiel Deutschlands wird deutlich, dass nur sieben von 16 Bundesländer Konsumraumverordnungen erlassen haben, die die rechtliche Grundlage für die Etablierung von DKR auf Landesebene bilden (siehe Hofmann & Wehner in diesem Band). Die Ablehnung der Einführung von DKR basiert im Wesentlichen auf Ängsten vor Szenebildung, Anerkennung des Konsums illegaler Substanzen und damit einhergehend einer Kapitulation der Drogenpolitik. In diesem Band wird herausgearbeitet, dass diese Ängste weitgehend unbegründet sind, sofern die DKRs dem lokalen Bedarf entsprechen. Am Beispiel von Paris (vgl. Avril) wird deutlich, dass nur ein DKR in Paris den Bedarf nicht annähernd decken kann.

In Deutschland arbeiten die meisten der 25 DKRs in den sieben Bundesländern in 16 Städten bereits seit 30 Jahren. Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts kann man als die Hochzeit des Heroinkonsums, aber auch der Infektionsrisiken mit HIV und HCV bezeichnen, und die Städte suchten nach gesundheits-, aber ebenso nach ordnungspolitischen Antworten auf die Herausforderungen von Infektionskrankheiten und hohe Drogenmortalität. Dieser Entwicklung vorausgegangen

war eine Phase, in der in Hilfeangeboten (z. B. Kontaktläden) der intravenöse Konsum „toleriert“ wurde (vgl. Michels & Stöver).

Seit einigen Jahren sind jedoch weltweit (z. B. Australien; s. Clark) und in Europa (s. Hedrich) weitere Drogenkonsumräume hinzugekommen. Die wesentlichen Motoren dafür waren auch wieder gesundheits- und ordnungspolitische Motive von Strafverfolgung, Ordnungsämtern auf der einen Seite, und schadensminimierender Drogenhilfe und der Brückenschlag in weiterführende Hilfeangebote auf der anderen Seite. Diese Dualität und Abdeckung unterschiedlicher kommunaler Interessen scheint auch das Erfolgsrezept von DKR zu sein: für Polizei und Drogenhilfe ist eine Win-win-Situation erreicht worden, die Vorteile für beide Systeme bringt.

Trotz der überzeugenden Bilanz bspw. des Beitrags der DKRs zur Reduzierung der Drogenmortalität in den Städten müssen die Angebote erweitert und angepasst werden. Weibliche Drogengebraucher beispielsweise sind in den meisten DKRs unterrepräsentiert (s. Auth & Stöver) – es gibt weltweit nur wenige DKRs, die von Frauen für Frauen betrieben werden und die spezifischen Bedürfnisse drogenabhängiger Frauen aufgreifen (z. B. in Hamburg „Ragazza e.V.“).

Weiterentwicklung muss es auch geben in Bezug auf Kleinhandel, der in den meisten DKRs einen Ausschlussgrund darstellt (in allen deutschen DKRs), und der deshalb vor den Einrichtungen stattfindet. Einige Schweizer DKR-Betreiber sind nun einen Schritt weiter gegangen und dulden den Kleinhandel, was eine erhebliche Entlastung der Kommunen bedeutet.

In den Kommunen, in denen der Crack-Konsum verbreitet ist (bspw. Frankfurt oder Hamburg), braucht es außerdem weitere niedrigschwellige Rauchangebote, weil die traditionellen DKRs für viele Crack-Konsument*innen zu hochschwellig sind und sie lieber und schneller in der Öffentlichkeit rauchen.

Allgemein zeigt sich am Beispiel „Rauchen“, wie DKR-Besucher*innen mit Kampagnen zum Umstieg von intravenösem auf inhalativen Konsum zu bewegen sind (vgl. Schäffer).

Schließlich muss auch darüber nachgedacht werden, Drogenkonsumräume oder besser Drogenkonsumgelegenheiten noch niedrigschwelliger anzubieten, bspw. mit von Mitarbeiter*innen supervidierten Räumen oder Gelegenheiten. Der notwendige technisch-finanzielle Aufwand zur Einrichtung von DKRs zumindest in Deutschland ist für viele Kommunen nicht zu leisten. Insofern wäre die Bereitstellung von Konsumgelegenheiten in bestehenden Angeboten von Kontaktländern, Not- und Schlafstellen, Wohnprojekten etc. ein Angebot, das viele Konsumierende erreichen würde. In Kanada wird genau dies an vielen Orten umgesetzt¹.

Schließlich sollte aber auch deutlich werden, dass es weiterhin eine kleine Gruppe von Gebrauchter*innen gibt, die trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten (wie Opioid-Substitutionsbehandlung, Spritzenautomaten, Drop-In-Center, Diamorphinambulanzen, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Hilfen) weiterhin weitgehend „auf der Straße“ leben, deren Lebensmittelpunkt die „Szene“ bleibt, die schwere psychische Beeinträchtigungen (und entsprechende Lebensgeschichten) aufweisen und die nur sehr schwer oder gar nicht für weiterführende Hilfen erreichbar sind. Für diese Menschen stellen DKRs zumindest eine Überlebenshilfe dar. Hier können aber zusätzliche niedrigschwellige psychiatrische Krisenhilfen ein wenig Entlastung (für Betroffene, Angehörige und Nachbarn) schaffen.

Heino Stöver und Ingo Ilja Michels



Prof. Dr. Heino Stöver
heino.stoever@fb4.fra-uas.de



Dr. Ingo Ilja Michels
ingoiljamichels@gmail.com

¹ <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>

Grundlagen

Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Die Vorgeschichte der Einrichtung von Drogenkonsumräumen

Von Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts an prägte die hohe Prävalenz von Opioidabhängigen die Drogen- und Gesundheitspolitik in Deutschland und Europa. Es waren vor allem drei Herausforderungen, die als wichtige Faktoren für die Einführung von Drogenkon-

sumräumen genannt werden müssen: weit verbreitete offene Drogenszenen in den meisten Städten, riskante Drogenkonsummuster, hohe Infektionsgefahren mit HIV und Hepatitis B und C und schließlich eine rasante Steigerung der Drogentodeszahlen!

- **Herausforderung Nr. 1: HIV/AIDS unter injizierenden Drogenkonsumenten** (s. Abbildung 1).

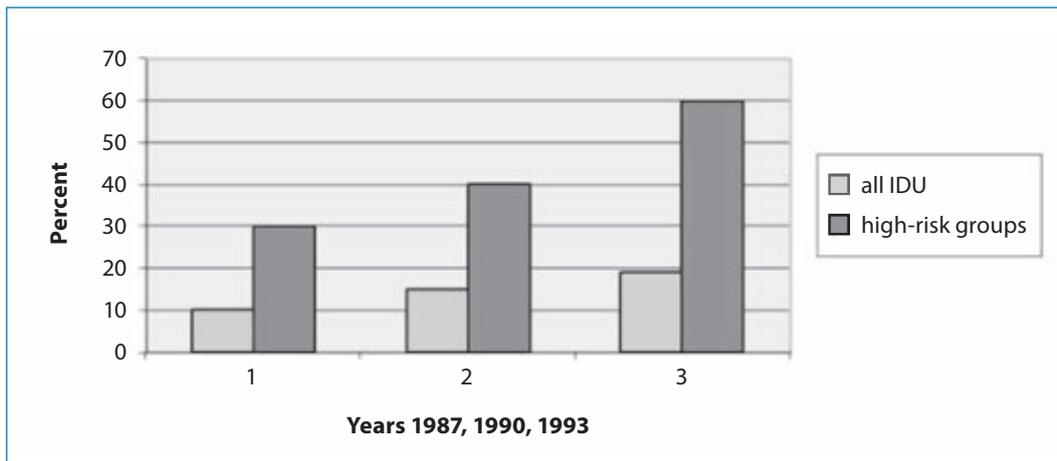


Abbildung 1

HIV infections among IDUs in Germany (Kleiber & Pant, 1991)

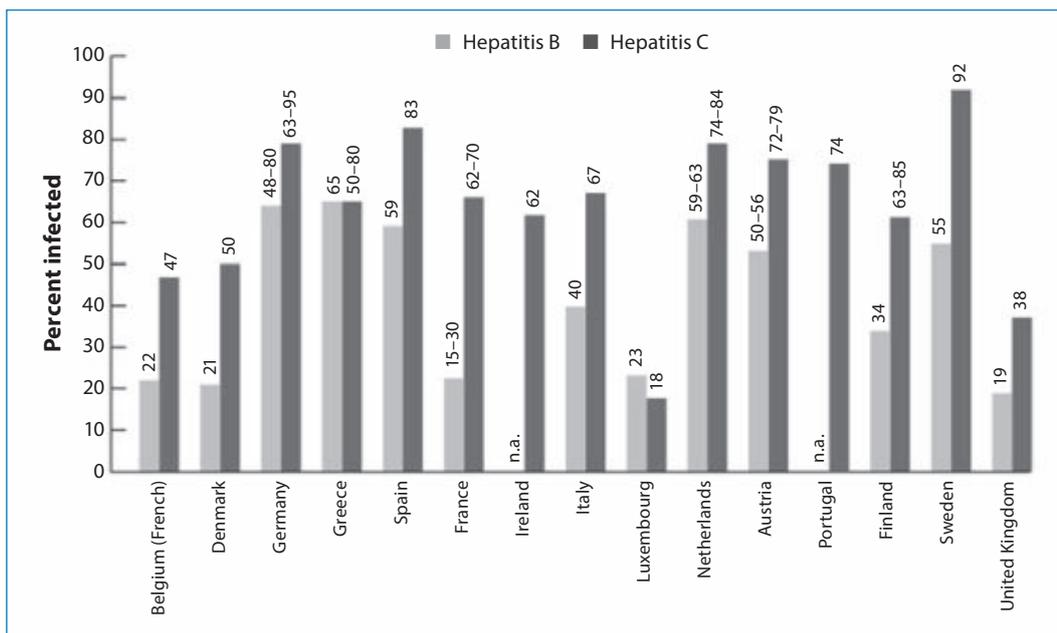
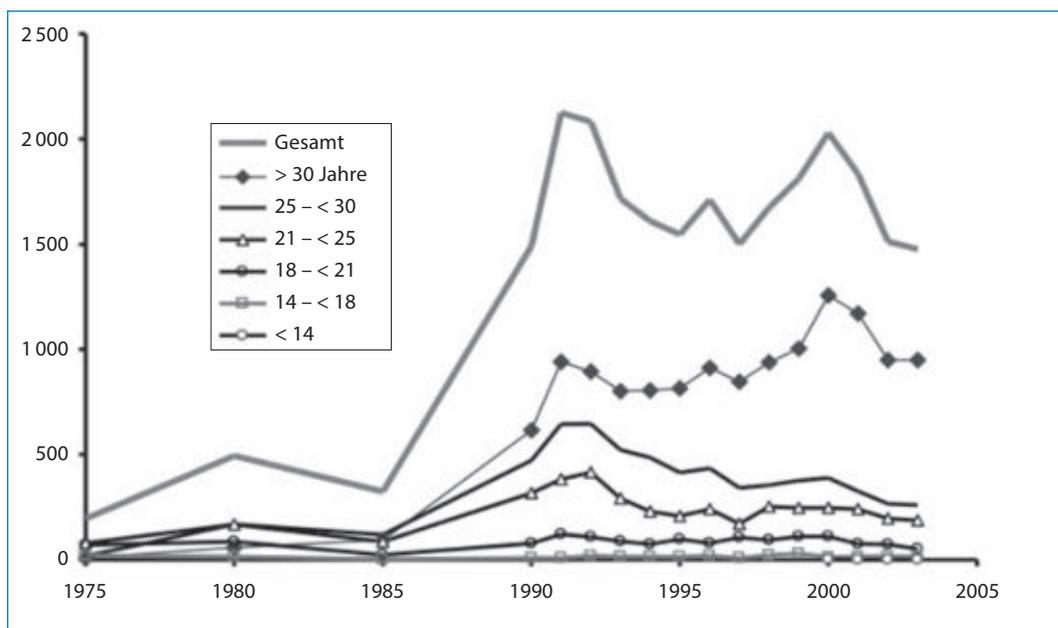


Abbildung 2

Antibodies to Hepatitis B and C among IDUs in the EU (EMCDDA, 1999)

Abbildung 3

Drogenbezogene
Todesfälle
unter injizierenden
Drogenkonsumenten
in Deutschland
Mitte der 1980er Jahre
(Quelle: DBDD, 2006)



- **Herausforderung Nr. 2: Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa in den 1990ern** (s. Abbildung 2).
- **Herausforderung Nr. 3: Drogenbezogene Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland Mitte der 1980er Jahre** (s. Abbildung 3)

Erste Anfänge: tolerierter i.v.-Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe

In Bremen, Frankfurt am Main und Bonn gab es bereits in den späten 1980er Jahren die ersten – für kurze Zeit tolerierten – Drogenkonsumräume, und seit fast zehn Jahren bestand die Forderung, diese ursprünglich aus unmittelbarem Handlungsbedarf entwickelten niedrigschwelligen Angebote rechtlich abzusichern. Spritzenaustauschprojekte und Pionierprojekte mit integriertem Drogenkonsum wie u. a. Wohnprojekte und Nachtangebote (etwa für drogenbedingte Prostitution in Bremen oder in niedrigschwelligen Beratungsstellen in Bonn) wurden zeitweise stillschweigend geduldet (Stöver, 1991).

Fachliche Unterstützung gab es viel, u. a. zunächst von „akzept e.V.“ und Aids-Hilfen, frühzeitig auch vom Caritasverband, später von der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS). Drogenkonsumräume wurden als Teil der Überlebenshilfe angesehen und als nötig empfunden. In Bremen gab es bereits 1991 eine erste rechtliche Einschätzung der Zulässigkeit dieser Einrichtungen, allerdings ohne

unmittelbare Auswirkungen auf die Politik der damaligen Bundesregierung (Michaelis, 1991).

In Frankfurt am Main entwickelte sich als Folge der o. g. Herausforderungen die „Montagsrunde“ (Zusammenschluss von Drogen- und Aids-Hilfeträgern, der Stadt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft) und es gab das Rechtsgutachten des Generalstaatsanwalts Dr. Harald-Hans Körner zur Möglichkeit der Schaffung der in Frankfurt am Main als „Gesundheitsräume“ ausgewiesenen Angebote (gegen das Betäubungsmittelgesetz des Bundes; Körner, 1993, 1994, 1995).

akzept e.V. organisierte eine Fachkonferenz „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchthilfe – Internationale Tagung zur Erarbeitung von Leitlinien“ (18.–19.11.1999 in Hannover) mit Teilnehmern aus Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien. Es gab einen lebendigen Diskurs über alle Aspekte des niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Angebots von „Konsumräumen“ und es wurden Leitlinien zur fachgerechten Planung, Durchführung, Dokumentation und politischen Verankerung dieses Angebots erarbeitet (Stöver, 2000). Diese „Leitlinien“ dienten zur fachlichen Orientierung, während die Bundesregierung zum damaligen Zeitpunkt noch am „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ (Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, 1990) festhielt, der zwar niedrigschwellige Hilfen in Aussicht stellte, aber mit der klaren Zielsetzung einer „Hinführung zur Abstinenz“ – ein unrealistisches Ziel für die meisten Heroinabhängigen in Deutschland.

In der Präambel der *Leitlinien* heißt es:

- Drogenkonsumräume sind eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Drogenhilfesystem, das einerseits als Überlebenshilfe dient und andererseits die Möglichkeit erweitert, individuelle Lebensperspektiven mit und ohne Drogen zu entwickeln.
- Ziel der Konsumräume ist es, zum Überleben und zur Risikominimierung des Konsums illegaler Drogen beizutragen. Gleichzeitig sollen die Angebote sozialverträglich und lokalpolitisch verankert werden.
- Die Zielgruppe der Konsumräume sind im Prinzip alle Konsumenten von illegalen Drogen, obwohl die Mehrheit der Konsumenten hauptsächlich aus schwer kranken und sozial benachteiligt älteren Drogenabhängigen besteht. Anonymität bei der Nutzung von Konsumräumen ist Voraussetzung für deren Akzeptanz.
- Drogenkonsumräume bewegen sich im Spannungsfeld zwischen verbraucherorientierter Gesundheitspolitik und kommunaler Ordnungspolitik.
- Ein hierarchischer Kompromiss zwischen Verbraucherinteresse, Gesundheitspolitik und regulatorischem Interesse ist erforderlich.
- Mit ihren niederschweligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten bilden die Angebote der Konsumräume eine Brückenfunktion zu weiteren Angeboten der gesundheitlichen und psychosozialen Betreuung. Konsumräume sollten daher organisatorisch in ein soziales und medizinisch orientiertes Hilfesystem der Gemeinde/Region eingebettet sein (Indro e.V., 1999).

Das erste gelungene Praxismodell waren die Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main: Diese Praxis hat dazu beigetragen, dass das Drogenelend im Bahnhofsviertel drastisch reduziert und Todesfälle in den Räumen verhindert werden konnten, die vorher auf der offenen Drogenszene (etwa in der *Taunusanlage*) täglich stattgefunden hatten. Das mag geholfen haben, dass auch nach der Veränderung der politischen Mehrheiten in Frankfurt an diesem Konzept festgehalten wurde, zumal es – auch nach Erkenntnissen des Bundeskriminalamtes (BKA) – in Frankfurt nicht zu einer „Umfeldbelastung“ oder vermehrtem Drogenhandel gekommen war und auch nicht zu einer „Sogwirkung“ der Einrichtung auf Einsteiger oder Gelegenheitskonsumenten. Die „Gesundheitsräume“ in Frankfurt am Main waren zudem nur ein Teil eines Gesamtpaketes von niedrigschweligen Hilfen, einschließlich einer umfassenden, auch niedrigschwellig konzipierten Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Aber: Es gab eine fehlende bundesweite Rechtssicherheit, denn die Frankfurter Rechtsauffassung, eine solche Gesundheitsförderung stehe im Einklang mit dem geltenden Betäubungsmittelgesetz, wurde von Staatsanwälten und Justizministerien in anderen Städten und Bundesländern nicht oder nur mit ausdrücklichen Einschränkungen befürwortet. Die Ungewissheit der Rechtspraxis erforderte daher trotz verschiedener Einzelvorschriften in Hamburg, Hannover oder Saarbrücken eine Klärung durch den Gesetzgeber.

Die erfolgte aber erst durch die neue, „rot-grüne“ Bundesregierung 1998 durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Am 01.04.2000 trat die 3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMGÄndG) aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bundestag und Bundesrat als einheitliche Bundesrahmenverordnung in Kraft. Der darin neu geschaffene § 10a dient als Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Deutschland. Damit wurde ein einheitliches deutsches Rahmengesetz geschaffen, das die Länder ermächtigt, „Rechtsverordnungen zu erlassen, die die Bedingungen für die Erteilung von Genehmigungen regeln“. Ziel war es, bestehende Einrichtungen zu legalisieren und um weitere zu ergänzen. Der § 10a war der Hauptstandard, der die gesetzliche Definition von Drogenkonsumräumen in Absatz 1 beschreibt: „Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum)“.

„Der deutsche Gesetzgeber hat die Bestimmungen festgelegt, die vom Staat einzuhalten sind, Vorschriften, die in Zukunft verabschiedet werden (10 Mindeststandards), zur Gewährleistung der Sicherheit und Kontrolle beim Einsatz von Betäubungsmitteln.

1. Geeignete Ausrüstung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum ausgewiesen sind.
2. Vorkehrungen zur sofortigen medizinischen Notfallversorgung.
3. Ärztliche Beratung und Unterstützung zur Risikominimierung in den Konsum von Betäubungsmitteln, die von drogenabhängigen Personen mitgebracht werden.
4. Überweisung an abstinenzorientierte Nachsorge- und Therapiedienste.
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz und die Festlegung des Besitzes von Drogen für

den persönlichen Gebrauch in unbedeutenden Mengen.

6. Die Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Ordnung und Sicherheit zuständigen lokalen Behörden ist verpflichtend, um Straftaten so weit wie möglich zu verhindern.
7. Eine genaue Definition der Gruppe von Personen, die zur Einnahme von Drogen berechtigt sind, insbesondere in Bezug auf ihr Alter, die Art der Betäubungsmittel, die sie mitbringen dürfen, und der tolerierten Konsummuster; offensichtliche erstmalige oder gelegentliche Benutzer müssen ausgeschlossen werden.
8. Dokumentation und Bewertung der in den Konsumräumen geleisteten Arbeit.
9. Kontinuierliche Anwesenheit einer ausreichenden Anzahl zuverlässiger Mitarbeiter, deren berufliche Ausbildung sie qualifiziert, die aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.
10. Die Ernennung einer qualifizierten Person, die verantwortlich ist für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, die Bedingungen der ausstellenden Behörde und Anweisungen der Aufsichtsbehörde, die in der Lage sind, die obliegenden Verpflichtungen zu erfüllen“ (3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes [3. BtMGÄndG]).

Das Gesetz schreibt vor, dass eine Betriebserlaubnis nur dann erteilt wird, wenn das jeweilige Bundesland eine Verordnung als Voraussetzung verabschiedet hat, die einschränkende Vorschriften enthält. Folglich ist die Einrichtung von Drogenkonsumräumen abhängig vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung in Deutschland. Lokale Interessen können nicht ohne staatliche Unterstützung verwirklicht werden, das gilt z. B. für Städte wie Nürnberg, München oder Augsburg, die solche Drogenkonsumräume zulassen möchten, was aber von der bayerischen Landesregierung verhindert wird. Bisher hat sie keine solche Regelung verabschiedet (s. a. Beitrag von Hofmann & Wehner in diesem Band), obwohl sogar der bayerische Bezirkstag (mit CSU-Mehrheit) sich für die Möglichkeit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen aussprach (Weber, 2016).

Das Gesetz verfolgte die Zielsetzung der Bundesregierung, Gesundheitsschäden zu verringern und Überlebenshilfe zu leisten und erfüllt nach Auffassung der Bundesregierung gleichzeitig die völkerrechtlich verbindlichen internationalen Suchtstoffübereinkommen, die der gesundheitlichen Prävention Vorrang vor Strafverfolgung einräumen, wenn *strenge Kon-*

trollen gewährleistet sind und *möglichem Missbrauch vorgebeugt* wird.

Die Implementierung von Drogenkonsumräumen

Bereits im Dezember 2002 wurde u. a. die Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin erlassen. Dort hieß es:

„Auf Grund des § 10a Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I, 358), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 2002 (BGBl. I, 2261), wird verordnet:

§ 1 Erlaubnis

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung (Erlaubnisbehörde) kann eine Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums nach § 10a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes erteilen, wenn

1. der Antragsteller einen Bedarf nachgewiesen und die Erlaubnisbehörde diesen festgestellt hat,
2. der Drogenkonsumraum als Teil einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung in das Gesamtkonzept des Berliner Drogenhilfesystems eingebunden ist,
3. der Betriebszweck des § 2 verfolgt wird und
4. die Mindeststandards nach den §§ 3 bis 13 dieser Verordnung eingehalten werden.

Die Erlaubnis kann befristet und unter Bedingungen erteilt sowie mit Auflagen verbunden werden. Für Rücknahme und Widerruf der Erlaubnis gilt § 10 BtMG entsprechend.

§ 2 Betriebszweck

(1) Der Drogenkonsumraum muss der Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe für Drogenabhängige dienen.

(2) Der Betrieb des Drogenkonsumraums muss darauf gerichtet sein,

1. die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben des Abhängigen/der Abhängigen zu sichern,
2. die Behandlungsbereitschaft des Abhängigen/der Abhängigen zu wecken und dadurch den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
3. die Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchtherapeutischer ausstiegsorientierter Hilfen einschließlich der ärztlichen Versorgung zu fördern und

4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren.

(3) Der Betrieb muss darauf gerichtet sein, einen beratenden und helfenden Kontakt insbesondere mit solchen Personen aufzunehmen, die für Drogenhilfemaßnahmen nur schwer erreichbar sind, um sie in weiterführende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie zu vermitteln. (...)

(4) Träger und Personal dürfen im Rahmen der Aufklärungsarbeit auf die Drogenkonsumräume hinweisen, jedoch für den Besuch des Drogenkonsumraums nicht werben (...)¹

Im April 2003 brachte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) eine englischsprachige Broschüre heraus mit dem Titel „Drug Consumption Rooms. Background Information“. Zum damaligen Zeitpunkt existierten bereits 19 solcher Einrichtungen². Es ging darum, gegenüber der internationalen Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass nach Rechtsauffassung der Bundesregierung diese Einrichtungen nicht gegen internationale Suchtstoffübereinkommen verstoßen:

„Drug consumption rooms do not infringe the spirit and sense of the international Drug Conventions. They are also in line with the resolutions of the 20th Special Session of the United Nations General Assembly (UNGASS 98), mainly with the Action Plan for the Implementation of the Declaration on Guiding Principles of Drug Demand Reduction adopted by the General Assembly in its Resolution 54/132 in 1999. With respect to addicts who are not under medical treatment, drug consumption rooms are an approach towards attaining the objectives laid down in the principles. Consequently, they fully comply with CND Resolution 43/3 of 15th March 2000 which

– urges Member States to develop services for early detection, counselling, treatment, relapse prevention, aftercare and social reintegration and to ensure that such services are widely available and have sufficient capacity for those in need;

– requests Member States to find strategies and increase access to an availability of services designed to reach drug abusers who are not integrated into or reached by existing services and programmes and are at high risk of severe health damage, drug related infectious diseases and even fatal incidents, in 'order to assist such drug abusers in reducing individual and public health risks' (p. 7).

Es wurden auch die Ergebnisse der Evaluation dieser Einrichtungen dargestellt, die vom November 2001 bis zum Juli 2002 durchgeführt wurde. Die Studie „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik – Bewertung der Arbeit von Drogenkonsumräumen in der Bundesrepublik Deutschland“, realisiert vom Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) in Bochum im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Die Studie umfasste 19 Drogenkonsumräume und zielte darauf ab, die gesetzlichen Verordnungen der einzelnen Bundesländer zu bewerten in ihren jeweiligen Auswirkungen;

- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen zu sammeln (Inanspruchnahme der angebotenen Hilfe, Drogenabhängigkeit, Notfälle, Verweisung auf andere Arten von Hilfe);
- den Betrieb der vorhandenen Drogenkonsumräume anhand der gesetzlichen Standards zu bewerten und erforderliche und praktische Verbesserungen vorzuschlagen;
- anhand einer Zeitreihenanalyse aufzuzeigen, welchen spezifischen Beitrag der Drogenkonsum leistet (diese Räume tragen dazu bei, die drogenbedingte Sterblichkeit und die Erwerbskriminalität zu senken sowie die Umweltbelastung zu reduzieren).

Die Drogenkonsumräume wurden miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme und angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den zuständigen Mitarbeitern und opioidabhängigen Nutzern durchgeführt, ebenso Befragungen in den einzelnen Konsumräumen, Einhaltung der gesetzlichen Mindeststandards geprüft, allgemeine Schwachstellen identifiziert und Vorschläge für Verbesserungen der Arbeit in den Einrichtungen unterbreitet. Zeitreihenanalysen dienen dazu, zu überprüfen, ob Konsumräume die Zahl der drogenbedingten Todesfälle beeinflussen. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Das Ziel, langfristige Heroinsüchtige, die Räume für den Drogenkonsum nutzen, zu motivieren, weitere (abstinenzorientierte) Hilfsdienste zu nutzen, wurde erreicht;

¹ Der Senat von Berlin (Klaus Wowereit, Regierender Bürgermeister; Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz).

² In Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover, Saarbrücken, Köln, Aachen, Dortmund, Essen, Münster, Wuppertal. Landesgesetzliche Regelungen gab es nur in sechs von 16 deutschen Bundesländern: in Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und Berlin. Mittlerweile ist noch Baden-Württemberg hinzugekommen. In Bremen wird nach einer Machbarkeitsstudie (Schmidt-Semisch et al., 2019) derzeit diskutiert, eine Konsumraumverordnung zu erlassen (Stand: 1/2020).

mehr als die Hälfte der befragten Nutzer gaben an, dass Kontakt mit anderen Diensten, insbesondere Entzugsbehandlungseinrichtungen, Behörden und Therapieeinrichtungen aufgenommen wurde.

- Sofortige Notfallversorgung sichert das Überleben der Opiatabhängigen bei jedem Konsum; zwischen 1995 und 2001 fanden insgesamt 2.1 Millionen Konsumereignisse statt; im gleichen Zeitraum wurden insgesamt 5426 Notfälle registriert, bei denen möglicherweise eine tödliche Überdosis vermieden werden konnte durch sofortige Intervention des Personals.
- Die Zeitreihenanalyse, die sich mit der Zahl der drogenbedingten Todesfälle in den untersuchten Städten – Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main und in Saarbrücken – befasste, zeigte über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren eine statistisch signifikante Reduktion der drogenbedingten Mortalität in diesen Städten nach der Einrichtung von Konsumräumen. Daher konnten Drogenkonsumräume neben anderen Faktoren einen bestimmten, über dem Zufall liegenden Beitrag zur Senkung des drogenbedingten Todes leisten.

Darüber hinaus ergab die Studie, dass

- die gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Bundesländer die vom Bundesgesetz geforderten Mindeststandards konkretisieren; es gibt keine wesentlichen Unterschiede in diesen Verordnungen; gelegentliche und erstmalige Drogenkonsumenten dürfen nicht teilnehmen
- die in den gesetzlichen Verordnungen festgelegten Mindeststandards werden eingehalten;
- eine sofortige medizinische Notfallversorgung ist gewährleistet; Vollzeitkräfte haben die erforderliche Erfahrung für niedrigschwellige Arbeit mit Süchtigen; in der Regel werden Einführungsgespräche mit den Neulichen in den Einrichtungen geführt, um weitere Unterstützungsoptionen zu eröffnen;
- die Vernetzung mit anderen Hilfeinrichtungen ist gut;
- mehr als drei Viertel der Nutzer haben die Öffnungszeiten begrüßt; die Mehrheit wurde auch regelmäßig angesprochen, um vorausschauende Pläne zu diskutieren;
- der Kontakt zum Personal ist am wichtigsten und wird als gut bewertet;
- die Erbringung von Grundleistungen (medizinische Versorgung, Spritzenwechsel etc.) erhält eine sehr positive Bewertung.

Die Datenauswertung zeigt, dass

- die vom Gesetzgeber festgelegte Zielgruppe (besonders langfristig) Heroinkonsumenten (durchschnittlich 12.5 Jahre und Koka-in-Co-Konsum auf hohem Niveau), erreicht wird;
- die Interviewer sind in den Räumen des Drogenkonsums niemals Minderjährigen begegnet.
- 90 Prozent der Befragten hatten eine mehrjährige Opiatabhängigkeit.
- die Befragten gaben an, dass Konsumräume ihre Gesundheit erheblich verbessert haben;
- Drogenkonsumräume den Zugang zum medizinischen Versorgungssystem im Allgemeinen verbessern;
- die Zusammenarbeit mit der Polizei und den Aufsichtsbehörden in den teilnehmenden Städten ist gut.

Bei der künftigen Entwicklung wurden Verbesserungspotenziale festgestellt für diese Niedrigschwelleinrichtungen; unter anderem sollte das Problem der Hepatitis-Infektion stärker berücksichtigt werden; auch die Frage, wie hoch der Frauenanteil ist (er ist niedriger als in anderen Drogenhilfeeinrichtungen und kann erhöht werden). Ein weiteres Problem ist die kleine Gruppe von Personen in Opiat-Substitutionsbehandlung, die Zugang verlangen.

Im Februar 2004 erschien dann schon der erste „European Report On Drug Consumption Rooms“, dort hieß es:

‘The establishment of consumption rooms in Germany was preceded by several years of discussions and weighing up of the conflicting interests of health and drugs services, local residents and businesses, and the police. The dilemmas arising at local level from the need to provide necessary health and addiction care services to drug addicts while at the same time reducing the negative effects of public drug use on local residents have been described for the cities of Frankfurt and Hamburg (Hartnoll & Hedrich, 1996; Zurhold et al., 2001).

Factors that contributed to creating the necessary political support for consumption rooms included public discussion of drug-related problems at community level, complaints by residents of areas affected by public drug use, demands by drugs services and sometimes by the police for the establishment of this type of facility and legal considerations. An analysis of the complex structures and processes of local decision-making on consumption rooms in four German cities (Schütze, 1999) pointed to the relevance of local multiagency networking and the existence of a non-public coordination forum of key actors from prosecution, law enforcement and health,

who were empowered to negotiate, and to take and implement decisions' (Hederich, 2004).

Dennoch: Nach über 20 Jahren Praxis müssen wir feststellen, dass die verabschiedeten Rechtsverordnungen und die Anforderungen der Aufsichtsbehörden (Kommunalbehörden, Polizei und Staatsanwälte) sich eher restriktiv auf konzeptionelle Überlegungen und Handlungsspielräume ausgewirkt haben (vgl. auch Schäffer et al., 2014). Diese Abgrenzungen beruhen selten auf Rationalität und Objektivität; statt dessen tendieren sie dazu, auf die Macht der Stakeholder hinzuweisen und unterstreichen die Dominanz der regulatorischen Interessen.

Kritik des *watchdogs* des internationalen Drogenrechts an Drogenkonsumräumen

Die Auffassung, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen mit den Internationalen Suchtstoffabkommen im Einklang seien, wurde vom „International Narcotic Control Board“ (INCB)³ keineswegs geteilt, woraufhin die Bundesregierung hochrangige Vertreter des INCB unter Leitung des damaligen Präsidenten *Emafo*⁴ im Juli 2003 nach Deutschland einlud, um sie vor Ort über die Konzeption und der Umsetzung des Gesetzes zu informieren. In einem Schreiben vom 8. Juli 2004 erklärte der INCB, dass Drogenkonsumräume gegen die Artikel 4, 30 und 33 des Übereinkommens von 1961 (sowie gegen die entsprechenden Bestimmungen des Übereinkommens von 1971) verstoßen, wonach der Besitz und die Verwendung von Drogen nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke bestimmt sein dürfe und

die Mitgliedstaaten keinen Besitz ohne rechtliche Genehmigung erlauben dürften. Der INCB nahm zwar die gesetzliche Mindestanforderungen des § 10a BtMG zur Kenntnis, erkannte auch an, dass die Drogenkonsumräume in das allgemeine Gesundheitssystem eingebunden sind und allen Drogenabhängigen eine medizinische Versorgung zur Verfügung stehe. Dies änderte jedoch nichts an seiner negativen Einstellung. Es ging dem INCB offensichtlich nur darum, seine *vorgefasste Meinung* zu begründen (*Einleitungssatz*: „*As you are aware, the Board is of the view that the operation of so called injection rooms is in contravention of the provisions...*“). Dies tat er, indem er ausschließlich negative Aspekte anspricht und auch nicht ansatzweise auch die oben ausgeführten positiven Effekte der DKR in Betracht zieht. Auf die Erfahrungen, die die INCB-Delegation bei ihrer Inspektionsreise gemacht haben⁵, auf die Vorträge, Präsentationen und Gespräche in den besuchten Städten mit den zahlreichen Beteiligten (Träger, Gesundheits- und Sozialbehörden, Polizei und Staatsanwaltschaft, Kommunal- und Landespolitiker) und auf die durchweg positiven Einschätzungen, die gegenüber der INCB-Delegation geäußert wurden, geht das Schreiben mit keinem Wort ein.

Die Rechtsauffassung der Bundesregierung war hingegen klar: Die juristische Begründung des INCB stellte einzig und allein auf eine Verletzung der Artikel 4 und 33 der Konvention von 1961 ab. Diese Artikel – in Verbindung mit Art. 36 – verpflichten die Staaten, den unerlaubten Besitz von Suchtstoffen zu verbieten und ihn strafrechtlich zu ahnden⁶. Dabei verkannte der INCB, dass diese Verpflichtung keineswegs absolut gilt, sondern in der Konvention mehrfach relativiert wird:

- Art. 36 Abs. 1 stellt die Verpflichtung zur strafrechtlichen Sanktionierung unter den Verfassungsvorbehalt („subject to its constitutional limitations“). Das heißt, dass diese Verpflichtung *nicht* gilt, wenn ihr Verfassungsgrundsätze – wie etwa der vom BVerfG in der Cannabisentscheidung he-

³ Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (engl. International Narcotic Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 aufgrund des *Einheitsabkommens über die Betäubungsmittel* von 1961 gegründet. Der INCB überwacht die Einhaltung der internationalen UNO-Drogenkontrollverträge über den Anbau, die Produktion und Verwendung von Drogen. Diese müssen auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke beschränkt bleiben. Chemikalien dürfen nicht zur illegalen Herstellung von Drogen verwendet werden. Der Rat besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten. Von 2012 an war der ehemalige Referatsleiter des Betäubungsmittelrechtsreferat des Bundesministerium für Gesundheit, Werner Sipp, Mitglied des INCB, vom 12. Mai 2015 bis 14. Mai 2017 dessen Präsident. Unter seiner Präsidentschaft änderte der INCB seine ursprünglich ablehnende Haltung zu Drogenkonsumräumen in eine (vorsichtig) billigende, unter der Bedingung, dass sie eingebettet sind in das Drogenhilfesystem und die Nutzer für weiterführende Hilfen motivieren. Die Vertragsstaaten des *Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen* von 1988 sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern (Art. 12). Mit Hilfe dieser Daten kann sich der INCB einen weltweiten Überblick über alle verfügbaren Drogen in Produktion und Handel verschaffen.

⁴ Philip Emafo, Apotheker aus Nigeria, von 2002 bis 2008 Präsident des INCB.

⁵ Dr. Ingo Ilja Michels war als damaliger Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an einigen dieser Treffen mit der INCB-Delegation beteiligt. In seinen Erinnerungen erkannte der Leiter der INCB-Delegation in mündlichen Bemerkungen durchaus die Zielsetzung dieser Einrichtungen als sinnvoll an (er selbst war Mediziner), erklärte u. a., man solle sie nicht als „drug consumption rooms“ bezeichnen, sondern besser als „services for support of the health of drug addicts“, aber in den schriftlichen statements des INCB ist davon nicht mehr die Rede!

⁶ Art. 4 Buchst. c: The Parties shall take such legislative and administrative measures as may be necessary, subject to the provisions of this Convention, to limit exclusively to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs.

rangezogene Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – entgegenstehen.

- Die Strafverfolgung bei Drogendelikten steht nach Art. 36 Abs. 4 unter einem einfachen Gesetzesvorbehalt⁷, was bedeutet, dass die Konventionen dem nationalen Gesetzgeber durchaus einen gewissen Spielraum belassen.

Bei der Anwendung dieser Bestimmungen auf die Drogenkonsumräume übersah der INCB, dass in Deutschland der unerlaubte Besitz von Drogen in Drogenkonsumräumen gemäß § 29 BtMG sehr wohl strafbar ist und dass nach § 31a Abs. 1 Satz 2 BtMG lediglich von der Strafverfolgung abgesehen werden soll, was in vollem Einklang mit Art. 36 Abs. 4 der Konvention von 1961 steht. Für die Praktiker der Drogenhilfe führt diese Regelung hingegen durchaus zu einem Konflikt zwischen der sozialtherapeutischen und der ordnungspolitischen Aufgabe, die sie beide erfüllen sollen!

Völlig unerwähnt bleibt in dem Schreiben des INCB der Artikel 38 der Konvention von 1961, der die Staaten verpflichtet, „alle durchführenden Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung, Aufklärung, Nachbehandlung und sozialen Wiedereingliederung der betroffenen Personen zu ergreifen.“⁸ Dass der INCB diese Vorschrift gar nicht anspricht, obwohl sie in den bundesdeutschen Ausführungen immer als eine wichtige Rechtsgrundlage für die DKR herangezogen wird, zeigt, dass er sich mit fachlichen und völkerrechtlich alternativen Argumenten überhaupt nicht auseinandersetzen will. Es zeigt darüber hinaus, dass der INCB nicht bereit war, auf der Grundlage des Art. 38 eine sinnvolle, vertragskonforme Weiterentwicklung des drogenpolitischen Ansatzes der „harm reduction“ zu diskutieren.⁹

Allerdings hat der INCB inzwischen seine Auffassung geändert. In einer entsprechenden Erklärung von 2018 kommt der INCB zu folgender Einschätzung (INCB, 2018):

1. In the last few years, the Board has noted developments in several states with respect

⁷ Art. 36 Abs. 4: Nothing contained in this article shall affect the principle that the offences to which it refers shall be defined, prosecuted and punished in conformity with the domestic law of a party.

⁸ Art. 38 Abs. 1: The parties shall give special attention to and take all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved and shall co-ordinate their efforts to these ends.

⁹ Es ist überdies bis heute nicht gelungen, allein den Terminus „harm reduction“ in Dokumenten der UNO zur internationalen Drogenpolitik zu verankern, weil es regelmäßig am Veto einer unheiligen Allianz von Staaten wie den USA (auch schon unter der Clinton- und Obama-Administration), der Russischen Föderation, Pakistan, Saudi-Arabien, China und dem Iran scheitert (wobei die letzteren Staaten selbst Maßnahmen der harm reduction im eigenen Land eingeführt haben!

to the establishment or continued operation of supervised drug consumption facilities or 'drug injection rooms'. The objective of these facilities has been to reduce the transmission of communicable blood-borne diseases, to prevent overdose death and to provide target populations with access to basic health care and social services, including treatment and rehabilitation opportunities.

2. The Board wishes to reiterate that, in order for the operation of such facilities to be consistent with the international drug conventions, certain conditions must be fulfilled. Chief among those conditions is that the ultimate objective of these measures is to reduce the adverse consequences of drug abuse through treatment, rehabilitation and reintegration measures, without condoning or increasing drug abuse or encouraging drug trafficking. 'Drug consumption rooms' must be operated within a framework that offers treatment and rehabilitation services as well as social reintegration measures, either directly or by active referral for access, and must not be a substitute for demand reduction programmes, in particular prevention and treatment activities.

Literatur

- Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (1990). *Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan (1990)*. Bonn.
- DBDD (2006). *Jahresbericht zur Situation illegaler Drogen in Deutschland*. München: Deutsche Drogenbeobachtungsstelle.
- EMCDDA (1999). *Annual report on the EU drug problem*. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Problems.
- Hartnoll, R. & Hedrich D. (1996). AIDS prevention and drug policy: dilemmas in the local environment. In T. Rhodes & R. L. Hartnoll (Eds.), *AIDS, drugs and prevention* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- INCB (2018). *Supervised drug consumption rooms*. Available at https://www.incb.org/documents/News/Alerts/Alert_on_Convention_Implementation_Feb_2018.pdf
- Indro e.V. (1999). *Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen*. Verfügbar unter: [https://indro-online.de/leitlinien-zum-betrieb-und-zur-nutzung-von-konsumraeumen/\[12.01.2020\]](https://indro-online.de/leitlinien-zum-betrieb-und-zur-nutzung-von-konsumraeumen/[12.01.2020]).

- Kleiber, D. & Pant, A. (1991). *HIV-Prävalenz, Risikoverhalten, und Verhaltensänderungen bei i.v.-Drogenkonsumenten*. Ergebnisse einer sozialepidemiologischen Studie. Berlin.
- Körner, H. H. (1993). *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen*. 17. Mai 1993; Az 406/20-9, ZfB No. 507/93. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1994). *Gutachten vom 05.12.1994 zur Zulässigkeit von Verhaltensweisen beim Besuch von Gesundheitsräumen*. Az 406/20-9, ZfB No. 1349/94. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1995). Soll Drogenhilfe strafbar sein? *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 28, 453–457.
- Michaelis, S. (1991). Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Stöver (Hrsg.), *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, S. 111–117). Berlin: DAH.
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Regenboog Groep in partnership with Frankfurt University of Applied Sciences.
- Schmidt-Semisch, H., Ochmann, N. & Thane, K. (2019). *Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof* (IPP-Schriften 16, Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung). Im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Universität Bremen.
- Schütze, C. (1999). *Die Einführung von „Gesundheitsräumen“ in deutschen Großstädten: Eine vergleichende Analyse von Entscheidungsprozessen und Akteurkonstellationen in Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover und München*. Magisterarbeit. Universität Hamburg.
- Stöver, H. (1991). *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, S. 111–117). Berlin: DAH.
- Stöver, H. (2000). Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe. Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 290–292.
- Weber, A. (2016). *Bayerischer Bezirkstag fordert Drogenkonsumräume*. Verfügbar unter: <https://www.merkur.de/bayern/bayerischer-bezirkstag-fordert-drogenkonsumraeume-6244304.html> [12.01.2020].
- ZEUS: Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. & Schreckenberger, J. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Bd. 149, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663–688.

Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.
Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstover@fb4.fra-uas.de; www.isff.info

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe. 1999–2016 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Längere Berateranstellungen u. a. in der Volksrepublik China und Kirgistan. Seit April 2016 im Ruhestand, aber weiter tätig bei der Frankfurt University of Applied Sciences und dem Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).
ingoiljamichels@gmail.com

Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit

Dagmar Hedrich

Einleitung

Drogenkonsumräume, in denen illegale Drogen von drogenabhängigen Menschen unter Aufsicht von geschultem Personal konsumiert werden können, gibt es in Europa seit dreieinhalb Jahrzehnten. Diese Einrichtungen dienen in erster Linie dem Ziel, die akuten Risiken im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch unhygienischen injizierenden Konsum einzudämmen, Todesfällen durch Überdosierung vorzubeugen und besonders gefährdete Drogenkonsumenten mit Einrichtungen der Suchtbehandlung und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten in Kontakt zu bringen. Zudem sollen sie dazu beitragen, dem Drogenkonsum in der Öffentlichkeit und den mit offenen Drogenszenen verbundenen Gefahren für die öffentliche Ordnung, wie sie beispielsweise durch weggeworfene Nadeln entstehen, entgegenzuwirken. In der Regel erhalten Drogenkonsumenten in Drogenkonsumräumen steriles Spritzbesteck und andere saubere Konsumutensilien, Beratungsleistungen vor, während und nach dem Drogenkonsum, Notfallhilfe bei Überdosierungen und Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Eine weitere wichtige Rolle spielen Drogenkonsumräume als Anlaufstelle für die Vermittlung an geeignete Sozial-, Gesundheits- und Suchtbehandlungsdienste.

Entstehung und Verbreitung

Angesichts des Auftretens und der raschen Ausbreitung von HIV/AIDS¹ im Zusammenhang mit der zunehmenden Verbreitung des Heroinkonsums und insbesondere des injizierenden Gebrauchs der Droge in den 1980er Jahren entwickelten sich in Europa eine Reihe von Maßnahmen zur Eindämmung der durch risikohaften Drogenkonsum verursachten Schäden. Zu dieser neuen schadensmindernden

den („harm reduction“-)Strategie zählten unter anderem die aufsuchende Drogenarbeit, eine bessere Aufklärung der DrogengebraucherInnen² über gesundheitliche Risiken, inklusive durch Peer-Education, die Ausgabe sauberer Spritzbestecke und das Angebot von Substitutionsbehandlungen für Opiatabhängige.

Während die Strategie der Schadensminderung im Laufe der 1990er Jahre in Europa immer weitere Akzeptanz und Ausbreitung fand, war die Bereitstellung von Räumlichkeiten für den überwachten Drogenkonsum in lokalen Drogeneinrichtungen nicht unumstritten. Mitunter wurden Bedenken laut, diese Konsumräume könnten den Drogenkonsum fördern, die Behandlungsaufnahme verzögern oder die mit den örtlichen Drogenmärkten verbundenen Probleme verstärken. Bisweilen wurde die Einrichtung von Drogenkonsumräumen durch politische Interventionen verhindert oder verzögert (Jauffret-Roustide et al., 2013; Smith et al., 2019; NHSGGC, 2016). Ungeachtet dessen steht die Diskussion über die Eröffnung neuer Drogenkonsumräume in mehreren europäischen Ländern nach wie vor ganz oben auf der politischen Agenda. Daher soll diese Analyse einen objektiven Überblick über die Merkmale, die derzeit angebotenen Leistungen und die Wirksamkeit dieser Maßnahme bieten.

Drogenkonsumräume sind Gesundheitseinrichtungen, in denen Drogenkonsumenten unter der Aufsicht von Fachpersonal und unter hygienischen und sicheren Bedingungen Drogen konsumieren können. Sie sollen eine Anlaufstelle für schwer zu erreichende Gruppen von Konsumenten darstellen, insbesondere für marginalisierte Gruppen und jene, die Drogen im öffentlichen Raum und unter anderen risikobehafteten und unhygienischen Bedingungen konsumieren. Eine ihrer vorrangigen Zielsetzungen ist die Eindämmung der Morbidität und Mortalität durch die Bereitstellung einer sicheren Umgebung für einen hygi-

¹ HIV: Human-Immunschwäche-Virus; AIDS: erworbenes Immundefizienz-Syndrom

² Es sind stets Personen aller Geschlechter gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

enischeren Konsum, die Aufklärung der Nutzer der Einrichtung über die mit dem Konsum verbundenen Risiken sowie die Anleitung zur Verringerung dieser Risiken. Zugleich soll der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit reduziert und Belastungen der Anwohner, Gewerbetreibenden und Passanten durch offene Drogenmärkte verringert werden. Ein weiteres Ziel ist die Förderung des Zugangs zu Sozial-, Gesundheits- und Drogenbehandlungseinrichtungen (s. Abbildung 1, in der die Dienstleistungskom-

ponenten von Konsumräumen modellhaft dargestellt sind).

Einbettung in das bestehende Hilfesystem

Drogenkonsumräume entwickelten sich in Städten, in denen bereits ein gut ausgebautes Netz von Drogendiensten existierte, als Maßnahme zur Eindämmung der mit offenen Dro-

Abbildung 1

Servicemodell eines Drogenkonsumraums (Quelle: Hedrich, 2004)

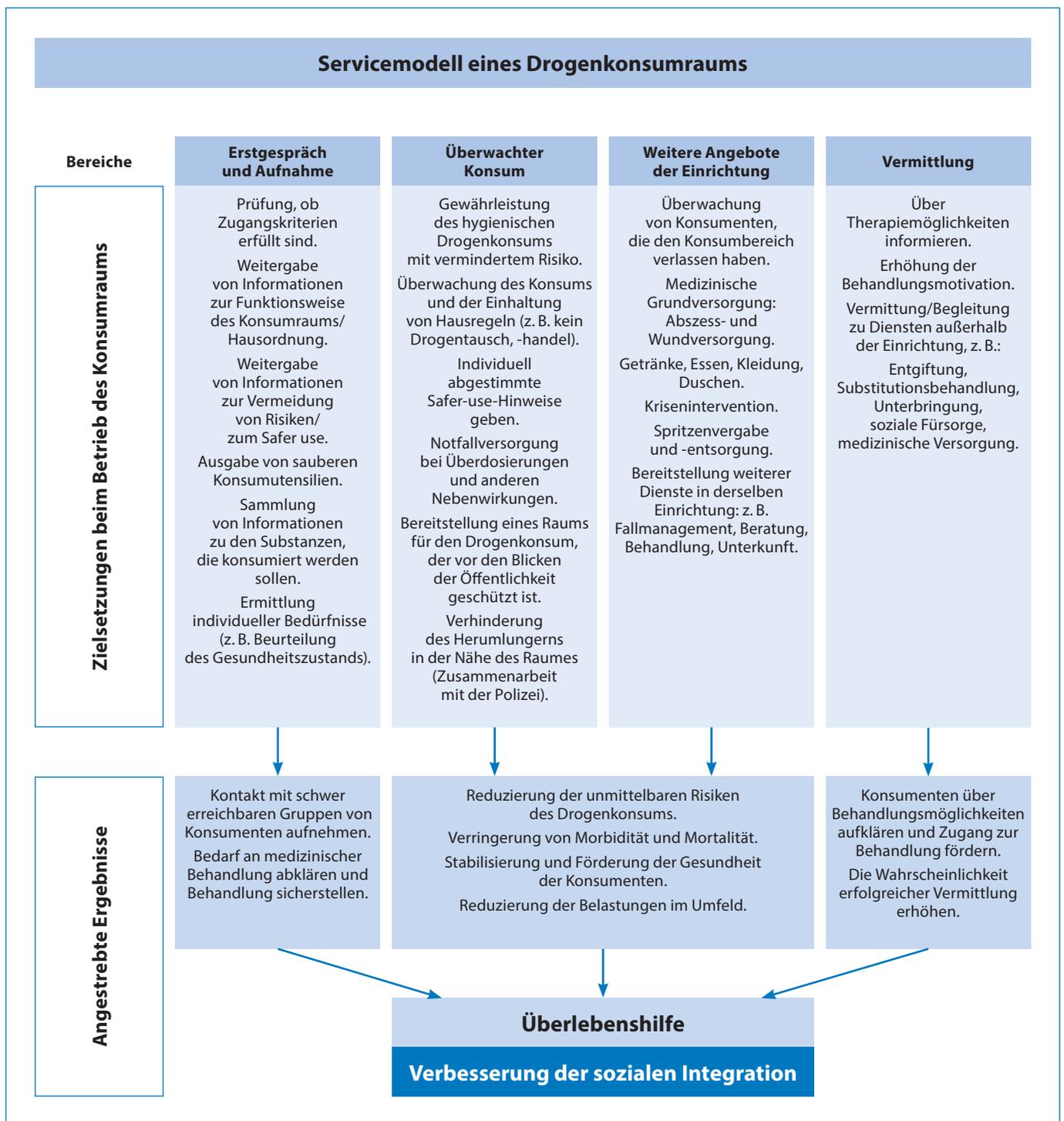


Abbildung 2

Lokalisierung von Drogenkonsum-einrichtungen in Europa (Quellen: Für die EU und Norwegen: EMCDDA National Focal Points; für die Schweiz: Infodrog)



genszenen und Drogenmärkten verbundenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit und Ordnung und als spezifisches Angebot für Drogengebraucher, die durch die bestehende Angebotspalette nicht erreicht wurden. Als solche stellen sie eine „lokale“ Maßnahme dar, die von örtlichen Interessenträgern auf der Grundlage einer Bewertung der lokalen Erfordernisse individueller und öffentlicher Gesundheit und nach Maßgabe der kommunalen oder regionalen Zielsetzungen getroffen wird. Drogenkonsumräume befinden sich bevorzugt an Orten, an denen es Probleme mit dem öffentlichen Drogenkonsum gibt, und zielen auf jene Teilpopulationen der Konsumenten ab, die kaum Möglichkeiten für einen hygienischen injizierenden Drogenkonsum haben (wie beispielsweise Obdachlose oder Menschen, die in instabilen Wohnverhältnissen leben oder temporär in Übernachtungseinrichtungen untergebracht sind). Zuweilen werden Drogenkonsumräume aus den unterschiedlichsten Gründen auch von in stabileren sozialen Verhältnissen lebenden Besuchern genutzt, beispielsweise weil diese mit Partnern oder Familienangehörigen zusammenleben, die keine Drogen konsumieren (Hedrich & Hartnoll, 2015).

Was die historische Entwicklung dieser Intervention betrifft, so wurde im Juni 1986 in Bern in der Schweiz der erste überwachte Drogenkonsumraum eröffnet. Neben weiteren in der Schweiz entstanden diese Einrichtungen in den neunziger Jahren auch in Deutschland und in den Niederlanden und ab dem Jahr 2000 auch in Spanien. Seit 2005 kamen Drogenkonsumräume in Norwegen, Luxemburg, Dänemark, Frankreich, Belgien und Portugal hinzu. Einen Konsumraum gab es 2013 auch in Athen,

jedoch wurde er aufgrund fehlender Gesetzgebung nicht offiziell nutzbar und daher nach kurzer Zeit wieder geschlossen.

Gegenwärtig³ gibt es insgesamt 89 offizielle Drogenkonsumräume in 62 Städten in zehn europäischen Ländern (s. Abbildung 2). Weiter aufgeschlüsselt sind das – mit Stand November 2019: 24 Einrichtungen in 19 Städten in den Niederlanden; 24 Einrichtungen in 15 deutschen Städten und zwölf Einrichtungen verteilt über neun Städte in der Schweiz. Fünf Konsumräume werden in vier Gemeinden Dänemarks betrieben; 13 Einrichtungen in Spanien (in Bilbao und sechs Städten Kataloniens); jeweils eine Einrichtung in Oslo und Bergen in Norwegen; in Paris und Straßburg in Frankreich sowie in der Stadt Luxemburg und in Esch-sur-Alzette in Luxemburg. In der Folge einer umfangreichen Machbarkeitsstudie (Vander Laenen et al., 2018) wurde in Liège in Belgien im Jahr 2018 ein Konsumraum eröffnet. Seit April 2019 ist ein mobiler Konsumraum in Lissabon in Betrieb (Taylor et al., 2019) und für 2020 sind zwei weitere stationäre Konsumräume in Vorbereitung für die portugiesische Hauptstadt.

Ogleich bereits in 2017 in Irland ein Gesetz (Misuse of Drugs Act Supervised Injection Facilities) verabschiedet wurde, das die Genehmigung und Regulierung solcher Einrichtungen ermöglicht, und ein Standort bestimmt wurde, ist es aufgrund von Widerstand aus der Nachbarschaft bisher nicht zur Umsetzung gekommen. In Schottland befürwortet die Landesregierung die Einrichtung von Drogenkonsumräumen als zusätzliches Mittel, um die Übertragung von HIV unter Drogenkonsum

³ Stand Sommer 2019.

menten und die stark angestiegene Zahl von Drogentoten zu begrenzen, scheitert jedoch am Widerstand der UK-Regierung.

Konsumräume außerhalb Europas

In Kanada, wo seit 2002/2003 zwei Konsumräume in Vancouver in Betrieb sind, gibt es gemäß einer Übersicht vom 9. August 2019⁴ seit 2017 in 19 weiteren Städten in Ontario, British Columbia, Alberta, Quebec und Saskatchewan 41 neue lizenzierte Einrichtungen, die zum Teil spontan von Drogengebrauchern ins Leben gerufen wurden. Die Schaffung der gesetzlichen Grundlage und Lizenzierung dieser oft auch als „*opioid overdose prevention sites*“ (OOPS) bezeichneten niedrigschwelligen Einrichtungen ist eine der Maßnahmen, mit denen die kanadische Regierung den extrem starken Anstieg von Todesfällen durch Opioid-Überdosis begrenzen will (Kerr et al., 2017). Der in Sydney, Australien, seit 2001 bestehende Konsumraum wird seit 2018 durch eine neue Einrichtung in Melbourne ergänzt; die Eröffnung weiterer Einrichtungen ist in der Diskussion. Ein Konsumraum in Mexicali (Mexico) soll seit 2018 in Betrieb sein. In den Vereinigten Staaten wird die Einrichtung von überwachten Drogenkonsumräumen in verschiedenen Städten diskutiert.

Merkmale und Serviceangebot

Die meisten Drogenkonsumräume haben unabhängig von ihrem Standort eine Reihe von Merkmalen gemeinsam. Beispielsweise ist der Zugang in der Regel auf registrierte Nutzer beschränkt und an bestimmte Voraussetzungen, z. B. Mindestalter und Ortsansässigkeit, gebunden. Gemeinhin handelt es sich um Räumlichkeiten integriert in bereits bestehende Hilfeeinrichtungen für Drogenkonsumenten oder Obdachlose. Zuweilen werden Konsumräume jedoch auch als räumlich getrennte Einrichtungen, die ausschließlich auf den überwachten Drogenkonsum spezialisiert sind, betrieben. In diesem Fall befinden sich in unmittelbarer Nachbarschaft weiterführende Hilfeangebote. Die ursprüngliche Zielgruppe war zumeist begrenzt auf Menschen, die Drogen injizieren, allerdings stehen Drogenkonsumräume in fast allen Ländern seit vielen Jahren auch Konsumenten offen, die Drogen rauchen, sniffen oder inhalieren.

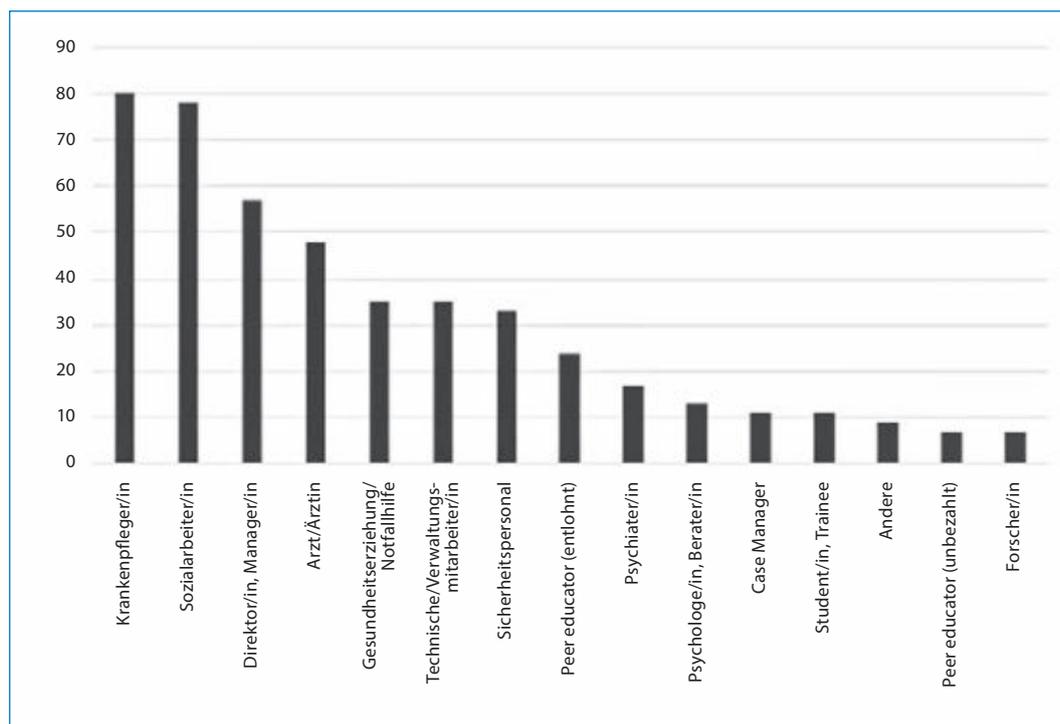
Insgesamt werden in Europa drei Modelle von Drogenkonsumräumen betrieben. Dabei handelt es sich um integrierte, spezialisierte und mobile Einrichtungen. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Drogenkonsumräume ist in niedrigschwellige Einrichtungen integriert. Die Überwachung des Drogenkonsums ist dabei eine von mehreren Leistungen der Überlebenshilfe, die in denselben Räumlichkeiten angeboten werden. Hierzu gehören weiterhin die Ausgabe von Getränken und warmen Mahlzeiten; Gelegenheit zum Duschen und Waschen der Kleidung für Obdachlose; die Ausgabe von Spritzen und anderem Injektionszubehör; weiterem Präventionsmaterial wie Kondomen und Containern für die Rückgabe von gebrauchtem Spritzbesteck, sowie das Angebot von Beratung und die Vermittlung in die Drogentherapie. Zum Angebot aller Drogenkonsumräume gehören die Ausgabe hygienischen Materials zum Drogenkonsums, Gesundheitsberatung, Aufklärung über Risiken beim Drogenkonsum, sowie Intervention im Drogennotfall. Spezialisierte Drogenkonsumräume bieten häufig ein engeres Leistungsspektrum, das in unmittelbarem Zusammenhang mit dem überwachten Konsum steht. Getrennte Räumlichkeiten, in denen Drogenkonsumenten nach dem Konsum überwacht werden können stehen in allen stationären Konsumräumen zur Verfügung. Mobile Einrichtungen gibt es gegenwärtig in Barcelona, Berlin und Lissabon. Ihr Vorteil ist, dass sie ein geografisch flexibles Angebot des überwachten Konsums ermöglichen (Schäffer et al., 2014). Durch ihre begrenzte Größe betreuen mobile Dienste zwar in der Regel weniger Klienten als Einrichtungen mit einem festen Standort, können diesen jedoch eine Reihe wichtiger weiterer Dienste (z. B. medizinische Grundversorgung) im Rahmen der Einzelfallbetreuung anbieten und grundlegendes Vertrauen bei bisher nicht von der Drogenhilfe erreichten Menschen aufbauen.

Ein organisatorischer Überblick über 62 Drogenkonsumräume in sieben europäischen Ländern (Woods, 2014) zeigt, dass sie eine breite Palette von Hilfsdiensten anbieten. Neben der Ausgabe von sauberem Spritzbesteck und weiteren Konsumutensilien, gesundheitlicher Aufklärung und der Vermittlung in Behandlungs- und weiterführende Einrichtungen, bieten 60 Prozent bis 70 Prozent der Einrichtungen auch eine medizinische Grundversorgung durch Krankenpfleger oder Ärzte an. Häufig angebotene Leistungen waren unter anderem: Kaffee-/Teeausgabe, Benutzung eines Telefons und die Möglichkeit, sich zu duschen und Wäsche zu waschen. Dieselbe Erhebung ergab, dass in Konsumräumen durchschnittlich sieben Plätze

⁴ Liste der bis 9. August 2019 bei Health Canada eingereichten Konsumraum-Anträge und Status bzgl. Anerkennung: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>

Abbildung 3

In Konsumraumteams vertretene Berufsgruppen
(Quelle: Adaptiert von Belackova et al., 2017)



für injizierenden Drogenkonsum (das Spektrum reicht hier von einem bis hin zu 13 Plätzen) und vier Plätze für Konsumenten zur Verfügung stehen, die Drogen auf andere Weise konsumieren (rauchen/sniffen/inhalieren).

Über die Hälfte der Einrichtungen ist täglich geöffnet und die durchschnittliche tägliche Öffnungszeit sind acht Stunden. Hinsichtlich der täglichen Besucherzahlen war eine große Bandbreite festzustellen – zwischen 20 und 400 –, wobei sechs der 33 Einrichtungen, aus denen Daten vorlagen,⁵ mehr als 200 Drogenkonsumenten pro Tag betreuen. In den meisten Fällen wurden die Besucher von Suchtbehandlungseinrichtungen oder der Polizei auf die Drogenkonsumräume aufmerksam gemacht.

Eine im Jahr 2016 durchgeführte Online-Erhebung des International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) befasste sich unter anderem mit den in den Konsumräumen vertretenen Berufsgruppen. Hier fand man, dass den meisten Teams Krankenpfleger und Sozialarbeiter angehörten, dass Ärzte in fast jedem zweiten Team vertreten waren und Sicherheitspersonal in einem von drei Teams zur Verfügung stand, wie in Abbildung 3 dargestellt (Belackova et al., 2017).

Daten zur Wirksamkeit

Die ersten Drogenkonsumräume wurden in Städten in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden eröffnet, um die im Zusammenhang mit offenen Drogenszenen wahrgenommenen Risiken für die öffentliche Gesundheit und Ordnung zu mindern. Ihre Gründung wurde von lokalen Interessenträgern eingeleitet und unterstützt, jedoch stellten sie zu Beginn ein Experiment dar und wurden zuweilen auf nationaler Ebene kontrovers diskutiert. Dementsprechend überwachten die örtlichen Dienstleister, die Gesundheitsbehörden und die Polizei die Situation vor und nach der Eröffnung der Einrichtungen sorgfältig und dokumentierten, ob die vor Ort beabsichtigten Ziele erreicht wurden oder nicht. Die Ergebnisse wurden direkt an die lokalen und manchmal auch nationalen politischen Entscheidungsträger, weitergegeben, die erhobenen Daten wurden jedoch selten in der internationalen Fachliteratur veröffentlicht. Bis die ersten Auswertungen und Zusammenfassungen in englischer Sprache publiziert wurden (Kimber et al., 2003; Zurhold et al., 2003; Hedrich, 2004) waren die Ergebnisse für internationale Forscher eher unzugänglich.

Das änderte sich, als mit den in Sydney und Vancouver als Pilotprojekte geschaffenen Einrichtungen für überwachten injizierenden Drogenkonsum finanziell gut ausgestattete und von Hochschulen unterstützte Evaluationsstudien durchgeführt wurden, bei denen

⁵ Es lagen hierzu keine Daten aus den Einrichtungen in den Niederlanden vor.

aufwendige Methoden (einschließlich einer Kohorten-Studie) benutzt wurden und die einen beträchtlichen Fundus von Evidenzdaten erbracht haben. Ein internationaler Überblick über vorhandene wissenschaftliche Studien zum Thema Konsumraum kann bei Belackova und Salmon (2017) gefunden werden und ein systematischer Review der im Zusammenhang mit Konsumräumen nachgewiesenen Ergebnisse für öffentliche Gesundheit und öffentliche Ordnung bei Kennedy und Kollegen (2017). Kilmer und Kollegen haben die potenzielle Rolle von Konsumräumen für die Vereinigten Staaten im Zusammenhang mit der dortigen Opioid-Epidemie beleuchtet (Kilmer et al., 2019).

Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Konsumräumen in Bezug auf ihre verschiedenen Ziele.

Erreichen der Zielgruppe und Verbesserung der Konsumhygiene

Die Effizienz von Drogenkonsumeinrichtungen im Hinblick auf das Erreichen von und die Kontaktaufnahme mit stark marginalisierten Zielpopulationen ist bereits früh und umfassend dokumentiert (Hedrich, 2004; Hedrich et al., 2010; Potier et al., 2014). Die Nutzung des Konsumraums geht mit unmittelbaren Verbesserungen im Hinblick auf einen hygienischen und sicheren Drogenkonsum und die individuelle Gesundheit einher (s. Studien von Small et al., 2008, 2009, und Lloyd-Smith et al., 2009). Angaben der Besucher zufolge führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen zu einer Verminderung ihres Risikoverhaltens (z. B. Rückgang bei der gemeinsamen Nutzung von Spritzbesteck; Änderung der Konsumart), wodurch die Übertragung blutübertragbarer Krankheiten und das Risiko des Drogentods reduziert werden (vgl. beispielsweise Kerr et al., 2007; Stoltz et al., 2007; Milloy & Wood, 2009).

Verminderung gesundheitlicher Risiken des Drogenkonsums

Die Studien zeigen übereinstimmend, dass bei überwachtem Drogenkonsum das Risiko einer tödlichen Überdosierung, Krankheitsübertragung und von Schäden, die mit unhygienischen Drogenkonsumpraktiken verbunden sind, verringert ist (Kilmer et al., 2019). Nicht überraschend ist es hingegen, dass Unsicherheit über die Größe der Auswirkungen von Konsumräumen auf Bevölkerungsebene besteht und z. B. der Einfluss von Drogenkonsumräumen auf

die Senkung der Inzidenz von HIV- oder Hepatitis-C-Infektionen in der Gesamtpopulation der injizierenden Drogenkonsumenten schwer abschätzbar ist, wenn man berücksichtigt, dass diese Einrichtungen aufgrund ihrer begrenzten Zahl, Kapazität und Lokalisierung nur einen sehr kleinen Teil der Population direkt erreichen können (Hedrich et al., 2010; Kimber et al., 2010). Außerdem ist es methodisch schwierig, die Auswirkungen von Konsumräumen – die ja immer Teil eines integrierten Angebots sind – von denen anderer Maßnahmen abzugrenzen (Belackova et al., 2019). Die Wirksamkeit der Einrichtungen in Bezug auf die Verringerung der Mortalität ist andererseits vielfach bestätigt. Eine ökologische Studie in Deutschland ergab Hinweise darauf, dass Drogenkonsumräume bei angemessener Abdeckung (der riskanten Injektionen) geeignet sind, auf städtischer Ebene zu einer Verringerung der drogenbedingten Todesfälle beizutragen (Poschadel et al., 2003). In Vancouver wurde nach Eröffnung des Konsumraums ein 35-prozentiger Rückgang der Drogentodesfälle in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung, im Vergleich zu einem neunprozentigen Rückgang im Rest der Stadt nachgewiesen (Marshall et al., 2011). Positive Effekte in Bezug auf die Nutzung der ärztlichen Notdienste sind ebenfalls belegt: Eine in Sydney durchgeführte Studie zeigte, dass während der Öffnungszeiten der Einrichtung für sicheren injizierenden Drogenkonsum weniger Notrufe wegen Überdosierungen eingingen (Salmon et al., 2010).

Vermittlung in weiterführende Angebote

Eines der wichtigsten Ergebnisse ist, dass die Nutzung von Drogenkonsumräumen mit einer verstärkten Inanspruchnahme sowohl von Drogenberatung als auch -behandlung und -therapie, einschließlich opioidgestützter Substitutionstherapie, einhergeht. So wurde beispielsweise im Rahmen der kanadischen Kohorten-Studie dokumentiert, dass die Nutzer der Einrichtung in Vancouver häufiger erfolgreich an Suchtbehandlungsdienste überwiesen werden konnten und häufiger Entgiftungsbehandlungen und methadongestützte Erhaltungstherapien in Anspruch nahmen als diejenigen, die die Einrichtung nicht nutzten (Wood et al., 2007; DeBeck et al., 2011).

Einfluss auf öffentliche Ordnung

In Bezug auf die Effekte der Konsumräume auf die Umgebung, in der sie angesiedelt sind, kann-

te in Evaluationsstudien ein insgesamt positiver Einfluss festgestellt werden. Jedoch ist hier – ebenso wie im Falle von anderen Angeboten der Drogenhilfe wie z. B. Spritzenprogrammen – die Konsultation und Zusammenarbeit mit wichtigen örtlichen Akteuren erforderlich, um öffentliche Widerstände abzubauen und kontraproduktive polizeiliche Maßnahmen zu verhindern. In aller Regel werden Drogenbehandlungseinrichtungen mit integrierten überwachten Drogenkonsumräumen von Anwohnern und lokalen Geschäften akzeptiert (Thein et al., 2005) und die Eröffnung von Konsumräumen kann zu einem Rückgang des injizierenden Drogenkonsums in der Öffentlichkeit (vgl. beispielsweise Salmon et al., 2007; Wood et al., 2004) und der Zahl der in der Umgebung weggeworfenen Spritzen führen. So sank beispielsweise zwischen 2004 und 2012 in Barcelona die durchschnittliche monatliche Zahl gebrauchter Spritzen, die vom Hygienedienst eingesammelt wurden, nach der Eröffnung von Konsumräumen von über 13 000 auf etwa 3 000 (Vecino et al., 2013).

Drogenbedingte Kriminalität

Entwicklungen in Bezug auf Straftaten im Umkreis von Konsumräumen waren das Thema verschiedener Studien. Vor und nach Eröffnung des Konsumraums in Sydney wurde die Zahl der mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Eigentums- und Gewaltdelikte in der betreffenden Gegend analysiert. Anhand einer Zeitreihenanalyse der polizeilich erfassten Diebstähle und Raubüberfälle (Freeman et al., 2005) wurden keine Belege dafür gefunden, dass der Betrieb der Einrichtung einen Anstieg oder Rückgang der Diebstähle oder Raubüberfälle in ihrer Umgebung bewirkte. Ein Abgleich der polizeilich im Kings-Cross-Gebiet registrierten Straftaten für einen Zehnjahreszeitraum vor und nach Eröffnung ergab ebenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Eröffnung der Einrichtung negativ auf Raub, Eigentumsverbrechen oder Drogendelikte ausgewirkt hat (Fitzgerald et al., 2010). Auch in einer im Viertel Downtown Eastside in Vancouver durchgeführten Studie, in der die Zahl der jeweils im Jahr vor und nach der Einrichtung des örtlichen Drogenkonsumraums monatlich erfassten Fälle von Drogenhandel, körperlichen Angriffen und Raub – Straftaten, die gemeinhin mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehen – verglichen wurden, stellte man fest, dass die Eröffnung des Konsumraums nicht zu einer Zunahme dieser Straftaten geführt hatte (Wood et al., 2006).

In Erfüllung ihres Auftrags, marginalisierte Drogenkonsumenten zu erreichen haben viele Einrichtungen ihr Leistungsspektrum den Bedürfnissen inhalierender Konsumenten angepasst. Als Reaktion auf die Zunahme des Konsums von Drogen, die geraucht/inhaliert werden, wie beispielsweise Crack, begannen Drogenkonsumeinrichtungen, die ursprünglich nur für injizierende Konsumenten bestimmt waren, damit, ihre Leistungen auf den inhalierenden Konsum auszuweiten. Die diesbezüglich gewonnenen Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Einrichtungen, in denen Drogen unter Aufsicht inhaliert werden können, geeignet sind, die Straßenkriminalität und die Probleme mit der Polizei zu verringern (DeBeck et al., 2011). Diese Änderung des Leistungsangebots kann in vielen Ländern beobachtet werden und erfolgt auch vor dem Hintergrund einer sinkenden Prävalenz des injizierenden Heroinkonsums und der vermehrten Inanspruchnahme opioidgestützter Substitutionstherapien.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bereitstellung überwachter Drogenkonsumräume die folgenden Vorteile mit sich bringen kann:

- Verbesserungen im Hinblick auf einen sicheren, hygienischen Drogenkonsum – insbesondere für Konsumenten, die solche Einrichtungen regelmäßig aufsuchen –,
- verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten sowie
- Eindämmung des Drogenkonsums in der Öffentlichkeit und der damit verbundenen Störungen der öffentlichen Ordnung.

Es gibt keine Belege dafür, dass die Verfügbarkeit von Einrichtungen, die einen sicheren injizierenden Drogenkonsum ermöglichen, zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder einer Erhöhung der Häufigkeit des injizierenden Konsums führt. Die Aufnahme einer Behandlung oder Therapie wird durch Konsumräume nicht verzögert, sondern eher beschleunigt. Zudem gibt es keine Hinweise darauf, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen eine Zunahme der örtlichen Drogenkriminalität zur Folge hat.

Schlussbemerkung

Drogenkonsumräume sind geeignet, besonders gefährdete Drogenkonsumenten, die nicht bereit oder willens sind, den Drogenkonsum aufzugeben, zu erreichen und mit ihnen in Kontakt zu bleiben. In einer Reihe europäischer Städte ist der überwachte Drogenkonsum mittlerweile integraler Bestandteil der im Rahmen der Dro-

genbehandlungssysteme angebotenen niedrigschwelligen Hilfen. In der Schweiz und in Spanien wurden einige Drogenkonsumräume geschlossen, was einerseits darauf zurückzuführen war, dass der injizierende Drogenkonsum und damit der Bedarf an solchen Diensten zurückging; zum anderen wurden sie durch Diamorphin-Programme abgelöst. Zuweilen spielten dabei aber auch Kostenüberlegungen eine Rolle. In Griechenland wurde der Betrieb einer im Oktober 2013 eröffneten Konsumeinrichtung aufgrund von Verzögerungen bei der Verabschiedung einer entsprechenden Rechtsgrundlage nach neun Monaten ausgesetzt, und der Anbieter arbeitet derzeit gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium daran, die Voraussetzungen für die Wiedereröffnung des Drogenkonsumraums zu schaffen. In den Niederlanden wurden Kürzungen vorgenommen, da die Besucherzahlen aufgrund der erfolgreichen Einführung eines anderen Programms zurückgingen. Dieses neue Programm (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) zielt darauf ab, Obdachlose in (betreuten) Unterkünften unterzubringen, in denen häufig auch Drogenkonsum gestattet ist. Die Alkoholkonsumräume, die sich häufig in demselben Gebäude, aber in getrennten Räumlichkeiten befinden, werden in den Niederlanden zunehmend mit Drogenkonsumeinrichtungen kombiniert (The Netherlands Reitox Focal Point, 2017).

Veränderungen im Drogenmarkt, die zum Anstieg des injizierenden Konsums von Drogen, – einschließlich neuer psychoaktiver Substanzen – führen, können stark erhöhte Risiken für Drogenkonsumenten mit sich bringen, wie örtliche HIV-Ausbrüche in Athen, Glasgow und Luxemburg eindrücklich zeigen (EMCDDA, 2019). In diesem Zusammenhang wurden in mehreren europäischen Städten Forderungen nach der Einrichtung von Drogenkonsumräumen laut, die derzeit Gegenstand der politischen Debatte sind. Als Anbieter niedrigschwelliger Dienste, die in unmittelbarem Kontakt mit den Drogenkonsumenten stehen, bekommen die Mitarbeiter der Drogenkonsumräume häufig als Erste Einblick in neue Muster des Drogenkonsums und spielen damit eine Rolle bei der frühzeitigen Ermittlung neuer und sich abzeichnender Trends in den besonders gefährdeten Populationen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen.

Dieser Artikel ist eine überarbeitete und ergänzte Fassung der EMCDDA-Publikation *Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten (2018)*. Perspectives on Drugs, Lissabon: EMCDDA. Englische interaktive Online-Version: <http://www.emcdda.europa.eu/>

topics/pods/drug-consumption-rooms – inkl. video.

Literatur

- Belackova, V. et al. (2017). *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*. Report. International Network of Drug Consumption Rooms. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey_2017/INDCR_report.pdf
- Belackova, V. et al. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and Alcohol Review*, 38 (4), 406–422. doi:10.1111/dar.12919
- Belackova, V. & Salmon, A. M. (2017). *Overview of international literature: supervised injecting facilities & drug consumption rooms/uniting medically supervised injecting rooms* (1st ed.). Sydney: Uniting MSIC. Available at: https://uniting.org/_data/assets/pdf_file/0020/153209/Overview-of-International-literature.PDF
- DeBeck, K. et al. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113 (2–3): 172–176. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023
- EMCDDA (2019). *Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11442/20192115_TD0219248ENN_PDF.pdf.
- Fitzgerald, J., Burgess, M. & Snowball, L. (2010). Trends in property and illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: An update. NSW Bureau of Crime Statistics and Research. *Crime*, 51, 1–6. Available at: <https://www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/BB/bb51.pdf>
- Freeman, K. et al. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24 (2), 173–184. doi:10.1080/09595230500167460
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. EMCDDA technical papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf
- Hedrich, D. & Hartnoll, R. (2015). Harm reduction interventions. In N. El-Guebaly, G. Carrá & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: international perspectives* (pp. 1291–1313). doi:10.1007/978-88-470-5322-9

- Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. (pp. 305–331). Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2810/29497
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: The French paradox. *International Journal of Drug Policy* 24 (6), 628–630. doi:10.1016/j.drugpo.2013.05.008
- Kennedy, M. C., Karamouzian, M. & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14 (5), 161–183. doi:10.1007/s11904-017-0363-y
- Kerr, T. et al. (2007). The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Current HIV/AIDS Reports*, 4 (4), 158–164. doi:10.1007/s11904-007-0023-8
- Kerr, T. et al. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14 (1), 28. doi:10.1186/s12954-017-0154-1
- Kimber, J. et al. (2003). Drug consumption facilities: An update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 22(2). doi:10.1080/095952301000116951
- Kimber, J. et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In T. Rhode & D. Hedrich (Eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 115–164). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101268_EN_emcdda-harmred-mon-ch5-web.pdf
- Lloyd-Smith, E. et al. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, 8, 405. doi:10.1186/1471-2458-8-405
- Marshall, B. D. L. et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*, 377 (9775), 1429–1437. doi:10.1016/S0140-6736(10)62353-7
- Milloy, M. J. & Wood, E. (2009). Commentary: Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104 (4), 620–621. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x
- Poschadel, S. et al. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos. Verfügbar unter: <http://www.nomos-shop.de/Bundesministerium-für-Gesundheit-Poschadel-Höger-Schnitzler-Schreckenberger-Evaluation-Arbeit-Drogenkonsumräume-Bundesrepublik-Deu/productview.aspx?product=849>
- Potier, C. et al. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48–68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012
- Salmon, A. M. et al. (2007). Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 18 (1), 46–53. doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.010
- Smith, P. et al. (2019). How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation, *Addiction science & clinical practice*. *BioMed Central*, 14 (1), 40. doi:10.1186/s13722-019-0169-x
- Taylor, H. et al. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16 (1), 1–7. doi:10.1186/s12954-019-0319-1
- The Netherlands Reitox Focal Point (2017). *2016 Workbook harms and harm reduction*. Submitted to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- Thein, H. H. et al. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16 (4), 275–280. doi:10.1016/j.drugpo.2005.03.003
- Vander Laenen, F. et al. (2018). *Feasibility study on Drug consumption rooms in Belgium*. Ghent: Belgian Science Policy Office (BELSPO).
- Vecino, C. et al. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25 (4), 333–338. doi:10.20882/adicciones.35
- Wood, E. et al. (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171 (7), 731–734. doi:10.1503/cmaj.1040774
- Wood, E. et al. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102 (6). doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x
- Wood, E. et al. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 4, 1–4. doi:10.1186/1747-597X-1-Received

- Woods, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organisational overview*. Amsterdam. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/pdf/dcr_in_europe.pdf
- Zurhold, H. et al. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), 663–688. doi:10.1177/002204260303300308

**Dagmar Hedrich**

Diplom-Psychologin

Lead Scientist Harm Reduction bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) in Lissabon. Seit 1985 im Drogenbereich tätig mit Schwerpunkt Schadensminderung und Sucht im Gefängnis. dagmar.hedrich@emcdda.europa.eu

Drogenkonsumräume in Deutschland – Herausforderungen und Offenheit für Neues

Dirk Schäffer

Vor einem Vierteljahrhundert eröffneten in Hamburg und Frankfurt am Main die ersten Drogenkonsumräume Deutschlands. Die rechtliche Grundlage wurde erst durch das *Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28. März 2000* geschaffen. Aufgrund der in Deutschland bestehenden föderalen Strukturen bedarf der Betrieb eines Drogenkonsumraums einer Erlaubnis der zuständigen Obersten Landesbehörde. Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen zunächst vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Dies ist sicherlich ein Grund, warum sich Drogenkonsumräume erst in 7 von 16 Bundesländern¹ etablieren konnten.

Drogenkonsumräume sind ein Erfolgsmodell. Aber überall dort, wo Diskussionen über den Bedarf einer Einrichtung mit Konsummöglichkeit entstehen, gibt es stets ein ganzes Füllhorn an Gegenargumenten und Gründe einer Realisierung kritisch mit Vorbehalten und falschen Annahmen gegenüberzustehen. Dies ist nicht nur in Deutschland der Fall. Die Tatsache, dass es in der EU aktuell nur – oder soll man gar sagen – „schon“ 87 solcher Einrichtungen in zehn Ländern gibt², zeigt, dass sich nur wenige Kommunen mit einem Drogenkonsumraum schmücken wollen, und die meisten EU-Länder diesen Angeboten kritisch gegenüberstehen – und dies trotz wissenschaftlicher Belege für deren Wirksamkeit.

Ein Angebot für alle Applikationsformen sollte Pflicht sein

Drogenkonsumräume haben seit ihrer Einrichtung nur geringfügige Veränderungen erfahren. Blickt man auf die jüngere Vergangenheit, so stellt die Einrichtung von speziellen Räumen für den inhalativen Konsum von Heroin und Crack eine wesentliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in fachlicher Hinsicht dar.

Die veränderten Altersstrukturen der Nutzer_innen sowie die Förderung von Konsumformen jenseits des intravenösen Konsums trugen dazu bei, dass der inhalative und auch der nasale Konsum an Bedeutung gewannen und der intravenöse Konsum zurückging. Dies erforderte in einigen Einrichtungen ein höheres Platzangebot für Raucher und Sniefer. Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main richteten erst vor kurzen solche Rauchräume ein und trugen somit dem Bedarf ihrer Nutzer_innen Rechnung. Im Jahr 2018 standen in Nordrhein-Westfalen insgesamt 109 Plätze für den Konsum von illegalen Substanzen wie Heroin, Kokain, Amphetaminen oder Benzodiazepinen zur Verfügung. Davon sind 51 Plätze für den intravenösen Konsum vorgesehen, während 53 Plätze für die Inhalation von illegalen Drogen zur Verfügung stehen. Weitere fünf Plätze sind variabel einsetzbar. Im Vergleich zum Jahr 2017 wurden 13 zusätzliche Plätze für den inhalativen Konsum geschaffen.³ Dies unterstreicht den höheren Bedarf für Nutzer_innen dieser Konsumform. Die Intervention „SMOKE IT“⁴ zeigte zudem, dass die Bereitstellung und aktive Abgabe von Konsumutensilien zum inhalativen und nasalen Konsum das Interesse für alternative Konsumformen von i.v.-Konsument_innen erhöhen und einen (temporären) Wechsel der Konsumform fördern kann. Hierzu sind insbesondere Kurzinterventionen zum „Bau“ eigener Rauchröhrchen und Pfeifen sowie die Bereitstellung hochwertiger Konsumutensilien wie Folien und Snief Röhrchen geeignet. Zudem können Einrichtungen z. B. über die Bereitstellung von Crack-Packs die risikoreduzierte Herstellung und den Konsum von Crack unterstützen. Klar ist, dass dies personelle Ressourcen erfordert und eine stetige Fortbildung der Mitarbeiter_innen erfordert.

Das Ziel sollte es sein, in allen Drogenkonsumräumen mit einem ausreichenden Platzangebot

¹ www.drogenkonsumraum.net

² http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/11587/Overdose_EN_Finalweb_FINAL.pdf

³ http://www.landesstellen-sucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf

⁴ <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-18>

für den inhalativen und nasalen Konsum risiko-reduzierte Konsumformen zu stärken und einen Beitrag für weniger Drogennotfälle und die Vermeidung von HIV- sowie Hepatitis-Infektionen zu leisten.

Einheitliche Rechtsverordnungen und Zugang für Substituierte

In rechtlicher Hinsicht ist der Zugang für aktuell substituierte Frauen und Männer als vielleicht die wichtigste Entwicklung zu nennen. Neben Nordrhein-Westfalen (ab 01.01.2016), nahm auch Hessen eine diesbezügliche Veränderung der Rechtsverordnung vor. Die Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigen in eindrucksvoller Weise, wie notwendig diese Veränderung war. Insgesamt wurden im Jahr 2018 mit 105 606 Konsumvorgängen erkennbar Substituierter nahezu doppelt so viele wie im Jahr 2017 dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 39 Prozent der gesamten Konsumvorgänge. Diese Daten zeigen den schadensmindernden Effekt dieser Maßnahme. Mehr als 100 000 Konsumvorgänge konnten durch die Änderung der Rechtsverordnung nun unter sicheren und hygienischen Bedingungen stattfinden.⁵

Das Ziel muss es sein, diese positiven Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen auf andere Bundesländer zu übertragen und substituierten Frauen und Männern den Zugang zu Drogenkonsumräumen zu ermöglichen. Insbesondere die veränderten Rahmenbedingungen der Substitution, mit dem Wegfall des Ziels der Betäubungsmittelabstinenz, bieten hierfür gute Voraussetzungen.

Medizin und soziale Arbeit – gemeinsam gegen HIV und Hepatitis C

Die meisten Drogenkonsumräume in Deutschland sind hochfrequentiert. Die Angebote werden von einer Gruppe genutzt, die als aktive Konsument_innen die größten Risiken für HIV und Hepatitis, Drogennotfälle sowie gesundheitliche Schädigungen infolge von Schwarzmarktsubstanzen haben. Verschiedene modellhafte Interventionen wie *TEST IT*⁶ und *DAS CHECK ICH* machten deutlich, dass Drogenkonsumräume und die vielfach angegliederten Kontaktbereiche ein Ort sind, um Nutzer_innen über neue Entwicklungen in der Behandlung von HIV (Schutz durch Therapie) und Hepatitis C (neue Medikamente, Heilung,

kurze Therapiedauer) zu informieren. Die Integration eines Beratungs- und Testangebots kann dazu beitragen den Wissensstand bei Nutzer_innen zu erhöhen, Testraten bei einer gefährdeten Gruppe zu steigern und schließlich den Übergang in eine etwaige Behandlung zu vereinfachen.

Nur wenn es uns gelingt die bisher unterversorgte Gruppe der aktiv Konsumierenden mit praxisnahen Beratungs- und Testangeboten zu erreichen, werden wir die Prävalenz von HIV und HCV bei Drogengebraucher_innen reduzieren und dem Ziel der Eliminierung von Hepatitis C näherkommen.

Flexibilität für flächendeckende Angebote mit Konsummöglichkeit

Neben fachlichen oder besser ideologischen Vorbehalten gegen Drogenkonsumräume werden die zu erwartenden Kosten für den Betrieb eines Drogenkonsumraums als Gegenargument genannt. Darüber hinaus argumentieren gerade Städte mit einer geringeren Zahl von möglichen Nutzer_innen mit der fehlenden Notwendigkeit eines solchen Angebots.

Beiden Argumentationsträngen (Kosten und Notwendigkeit) könnte man mit innovativen Drogenraummodellen entgegentreten. So würde die Integration einer Konsummöglichkeit für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen sowohl den Aspekt der hohen Kosten berücksichtigen als auch die geringe oder fehlende Notwendigkeit entkräften. Es gibt keine Richtlinie, die eine Mindestzahl von Plätzen vorsieht. Selbst vor dem Hintergrund eines nicht übermäßigen Platzangebots in niedrigschwelligen Einrichtungen sollte es möglich sein eine Konsummöglichkeit einzurichten, die sowohl die Nutzer_innen der Konsummöglichkeit als auch die Nutzer_innen der anderen Angebote der Einrichtung schützen.

Um Konsummöglichkeiten annähernd flächendeckend einzurichten, bedarf es innovativer Modelle, wie z. B. der Integration von Mikrokonsumräumen für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen.

Drug Checking – ein Angebot für Drogenkonsumräume?

Bereits zur Jahrtausendwende waren es insbesondere die Konsument_innen selbst, die den Drogenkonsumraum mit der kontrollierten Abgabe von Diamorphin und anderen Substanzen verbanden. Selbst Unterstützer_innen

⁵ http://www.landesstellen-sucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf

⁶ <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1740>

von Drogenkonsumräumen runzeln die Stirn, wenn sie darüber nachdenken, dass die dort konsumierten Substanzen vom Schwarzmarkt erworben wurden. Viele Maßnahmen der Schadensminderung werden durch den täglichen Konsum von Heroin mit einem Reinheitsgehalt von unter zehn Prozent konterkariert. Selbst wenn aktuelle Untersuchungen zeigen, dass die allermeisten Beimengungen keine akute Gesundheitsgefährdung verursachen, steht außer Frage, dass der jahrzehntelange Konsum dieser Substanzen negative Folgen für den gesundheitlichen Zustand der Nutzer_innen hat.

Da eine regulierte Abgabe von bisher illegalen Substanzen zumindest mittelfristig nicht erreichbar scheint, gilt es einen Zwischenschritt in Erwägung ziehen. Mit der Integration eines Drug-Checking-Angebots wird durch die chemische Analyse von psychoaktiven Substanzen die Möglichkeit geschaffen, die Nutzer_innen vor gesundheitlich besonders bedenklichen Substanzen zu warnen. Die Betreiber sowie die Polizei wiederum erhalten einen Überblick über die aktuelle Schwarzmarktsituation. Die Resultate können in die Beratung und Information der Nutzer_innen einbezogen werden. Insgesamt scheint möglich, Konsument_innen für die Wirkungen und Risiken zu sensibilisieren.

Das in den nächsten Wochen in Betrieb gehende Drug-Checking-Angebot in Berlin kann, obwohl es außerhalb von Drogenkonsumräumen, Clubs und Partylocations angesiedelt ist, wichtige Erfahrungen generieren.

Es wird aber an den Betreiber_innen von Drogenkonsumräumen selbst liegen, ob ein Drug-Checking-Angebot für Drogenkonsumräume ernsthaft diskutiert wird. Die Betreiber_innen müssen vom Mehrwert eines solchen Angebots überzeugt und willens sein, sich auf ein bisher unbekanntes Terrain zu begeben. Für ihren Auftrag, Risiken und Schäden infolge des Konsums von illegalisierten Substanzen zu reduzieren, kann ein Angebot zur Substanzanalyse einen wichtigen Beitrag leisten.

Reichweite und positive Effekte durch erweiterte Öffnungszeiten erhöhen

Ein Blick auf die Öffnungszeiten von Drogenkonsumräumen von 4 bis 19 Stunden zeigt deutliche Unterschiede. Bei genauerer Betrachtung fällt aber auf, dass selbst in Großstädten wie Berlin Drogenkonsumräume „nur“ fünf Stunden geöffnet haben. Dabei wird jedem bei einem einzigen Vor-Ort-Besuch deutlich, dass der Bedarf deutlich größer ist, als dass er in fünf Stunden Öffnungszeit zu befriedigen

wäre. Natürlich haben eingeschränkte Öffnungszeiten auch immer mit fehlenden finanziellen Mitteln zu tun. Hat sich eine Kommune bzw. ein Bundesland für die Einrichtung eines solchen Angebots entschieden, gilt es selbstverständlich auch, die entsprechenden Finanzen zur Verfügung zu stellen, damit die möglichen positiven Effekte auch zur Geltung kommen können. Dies macht unweigerlich ein Problem vieler Einrichtungen mit Drogenkonsumraum deutlich. Das Budget ist „auf Kante“ genäht und viele Mitarbeiter_innen befinden sich aufgrund der hohen Frequentierung der Einrichtung und des sehr fordernden Settings permanent an der Leistungsgrenze und gehen sogar darüber hinaus. Vor diesem Hintergrund können erweiterte Öffnungszeiten nur in Verbindung mit einer deutlichen Erhöhung der Personalmittel gedacht werden. Sieht man sich in einigen Einrichtungen um, so haben die Teams ihren ganz eigenen Umgang mit dem Thema „Personal“ gefunden. Um die erforderliche Personalstärke mit den vorhandenen Mitteln abbilden zu können, nehmen studentische Mitarbeiter_innen viele Aufgaben wahr, die eigentlich durch qualifizierte hauptamtliche Sozialarbeiter_innen übernommen werden müssten. Hier muss auch ein Hilferuf der Träger an die Kommune bzw. das Land gerichtet werden. Denn wenn sich diese Zustände nicht schnell verändern, sehen wir uns bald des Öfteren mit einem schrittweisen Schließungskonzept aufgrund fehlender Mitarbeiter_innen konfrontiert anstatt mit erweiterten Öffnungszeiten. Hierzu muss sich auch die Verwaltung fragen lassen: „Wie viel ist Ihnen ein solches Angebot eigentlich wert?“

Die Einbeziehung von Peers birgt bisher ungenutzte Potenziale

Der Begriff Peer oder Peergruppe bezeichnet „Menschen, die durch gleiche Altersgruppe, gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen gekennzeichnet sind.“ Die Einbeziehung von Peers fristet in der Drogenhilfe Deutschlands ein Schattendasein. Anders als z. B. in anderen europäischen Ländern wie Portugal, den Niederlanden und Schottland verharren in Deutschland Drogengebraucher_innen in ihrem Status als Nutzer_in, Klient_in oder Patient_in. Im Suchtbereich kann die Einbindung von Peers (Peer Involvement) eine praxisbezogene Antwort auf die Bedürfnisse der Drogenkonsumierenden einerseits und auf die dringlichen Probleme der öffentlichen Gesundheit (z. B. übertragbare Krankheiten) andererseits bieten. Peer-Arbeit kann bei Drogenkonsumie-

renden eine Verhaltensänderung oder mindestens ein Bewusstsein für die Problematik bewirken und ihnen Selbstbestimmung über ihren mentalen und körperlichen Zustand zurückgeben. Peer-Involvement ist somit ein Instrument zur Gesundheitsförderung und zum Empowerment. Nur sehr selten erkennen Einrichtungen die Potenziale von Peers als Personen, die im Team den Blickwinkel um eine wichtige Perspektive erweitern können. Darüber hinaus hat der Einsatz von Peers nicht nur positive Effekte für die Einrichtung selbst. Für viele Peers unterstützt die Übernahme von Verantwortung, die Zuschreibung von Kompetenz und die Anerkennung der Fachlichkeit die Entwicklung von Selbstwert und die sukzessive Rückkehr verschiedener Ressourcen und individueller Potenziale.⁷

Insbesondere Einrichtungen mit einem niedrigschwelligen Angebotsportfolio, wie z. B. Drogenkonsumräume haben Möglichkeiten, um Nutzer_innen zu Peers auszubilden und sie in verschiedenen Angebotsbereichen z. B. im Kontaktbereich bei Kurzinterventionen sowie zum Thema Safer use und HIV/HCV-Behandlung einzusetzen. Selbstverständlich benötigen Peers einen (festen) Ansprechpartner. Die wenigen Erfahrungen zeigen, dass Peers wichtige Funktionen haben können – wenn ihre individuellen Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Auch wenn ich finde, dass junge Sozialarbeiter_innen sowie studentische Mitarbeiter_innen als Tresenkräfte völlig falsch eingesetzt sind, sollen Peers nicht als billige oder gar kostenfreie Arbeitskräfte missbraucht werden. Stattdessen stellt sich die Frage, ob nicht die Ausbildung von Nutzer_innen als Koch eine gute Grundlage ist, um hieraus ein Peer-Projekt zu initiieren. Ziel kann sein, dass sich eine Arbeitsgruppe findet, die durch einen Peer mit Kochausbildung oder zumindest guten Kochkenntnissen angeleitet wird und zweibis dreimal wöchentlich für die Nutzer_innen der Einrichtung ein gesundes und nahrhaftes Mittagessen zubereitet.

Für Teams in Drogenkonsumräumen gilt es, die eigene Bereitschaft zu überprüfen, Nutzer_innen sukzessive zu Peers auszubilden.

Zusammenfassung

Drogenkonsumräume haben in den letzten 25 Jahren gezeigt, dass sie viele Ziele, die durch die Politik formuliert wurden oder die sie sich selbst in den Bereichen Gesundheit, Ordnungs-

politik, Drogenarbeit gestellt haben, erreichen konnten.

Beispielhaft wird dies in der Vermeidung und Reduktion von Infektionen und anderen mit dem Drogenkonsum assoziierter Schädigungen. Durch hygienische Konsumbedingungen und Safer-Use-Beratungen sowie das schnelle Eingreifen der MitarbeiterInnen bei Überdosierungen werden jährlich viele dutzend Drogentodesfälle vermieden. Trotz Sze- nebildung vor den Einrichtungen zeigen Drogenkonsumräume, dass die Verlagerung des Drogenkonsums in die Einrichtung, abhängig von den Öffnungszeiten, zu einer Entlastung des öffentlichen Raums führt. Drogenkonsumräume erreichen Drogengebraucher_innen mit mannigfaltigen Risiken und bieten diesen eine Möglichkeit zur voraussetzungslosen Kontaktaufnahme, eine wichtige Brückenfunktion ins Hilfesystem. Deutlich wird aber auch, dass Drogenkonsumräume und ihre Teams sich nicht mit dem Erreichten zufriedengeben dürfen. Bedingt durch eine Veränderung von Altersstrukturen gilt es stetig die veränderten Bedarfe zu erkennen und zu berücksichtigen. Drogenkonsumräume müssen auch „mitgedacht“ werden, wenn es um die Einrichtung und Etablierung neuer Angebote geht, wie z. B. die Substanzanalyse (Drug Checking) oder die Schaffung neuer Standorte zur medizinisch kontrollierten Abgabe von Diamorphin.

Dies alles wird nur leistbar sein, wenn Einrichtungen mit Konsummöglichkeit über eine entsprechende personelle und somit finanzielle Ausstattung verfügen. Das Bild, das sich aktuell in einigen Einrichtungen stattdessen darstellt, gibt Anlass zur Sorge: Sorge um die Qualität des Angebots und Sorge um die Mitarbeiter_innen. Ich persönlich verstehe ein finanzielles Budget auch als Wertschätzung der Arbeit, die in diesem Fall unter schwierigen Bedingungen durchgeführt wird und mit hohen Anforderungen verbunden ist.



Dirk Schaeffer

Referent für Drogen, Strafvollzug und JES,
Deutsche Aidshilfe, Berlin.

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

⁷ https://www.infodrog.ch/files/content/peers/infodrog_leitfaden-peers_de_2014.pdf

Drogennot- und -todesfälle in Drogenkonsumräumen

Kathrin Pientka

Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen begleitet Menschen, unabhängig ihrer Herkunft oder gesellschaftlichen Zugehörigkeit. Verbunden damit sind, neben besonderen Momenten, die Schattenseiten, die bei übermäßigem Gebrauch oder hochriskantem Konsum unbekannter (illegaler) Substanzen zum Tragen kommen können. Im ungünstigsten Fall droht den Konsumierenden nach einem gesundheitlich-lebensbedrohlichen Zustand – einem Drogennotfall – der Tod. Der 21. Juli, der Internationale Gedenktag für verstorbene Drogenkonsumierende, wurde 2019 unter dem Motto: „Überleben und Gesundheit gibt es nicht zum Nulltarif“ (Deutsche Aidshilfe, 2019) begangen. Es gibt evaluierte Maßnahmen, die den drogenbedingten Tod verhindern könnten, wenn sie politisch gewollt und entsprechend finanziert werden würden. Neben der Trauer um diese Verstorbenen steht das Wissen (von mehr als 17 Jahren) um adäquate Maßnahmen, die weltweit zur Senkung von drogenbezogenen Not- oder Todesfällen führen (würden). Es bedarf geeigneter Maßnahmen, um schwerstabhängigen Drogenkonsument*innen einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem vor Ort zu ermöglichen und auch langfristig zu sichern.

Hintergrund

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 1 276 (BKA, 2019) Menschen, die an den Folgen des Konsums illegaler Drogen verstorben sind. Europaweit verstarben, inklusive der Türkei, etwa 9 000 Menschen. Unter einem Drogennotfall wird per Definition eine „... mögliche Bedrohung der Vitalparameter eines Patienten [...] aktuelle Bedrohung des Lebens“ verstanden (Soyka, 2010, S. 6).

Die Ursachen für Drogennotfälle können verunreinigte Substanzen oder Überdosierungen durch zu hohe Reinheitsgrade der Stoffe oder Beikonsum sein. Aber auch älter werdende, multimorbide Konsumierende sind eine Risikogruppe für drogenbezogene Notfälle (Stöver et

al., 2017, S. 51). Eine weitere Hochrisikogruppe sind Menschen, die aus der Haft oder Therapie entlassen wurden und längere Zeit abstinent waren. Bei dieser Gruppe kann es schneller zu einer Überdosierung und im weiteren Verlauf zu einem Drogennotfall kommen. Für diesen Notfall gibt es das Medikament Naloxon®, welches durch seine „opioide-antagonistische (aufhebende)“ Wirkung für die Konsumierenden überlebenswichtig wird. Die Verabreichung durch Dritte (medizinische Laien) empfiehlt neben der World Health Organisation (WHO) auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA; Dichtl et al., 2018, S. 27). Drogenkonsumräume (DKR), in denen sich Konsument*innen straffrei ihre mitgebrachten Substanzen zum Eigenkonsum injizieren, rauchen oder inhalieren, bieten evidenzbasierte Vorteile für die Betroffenen. Sie halten neben den Konsumräumen meist medizinische Behandlungsmöglichkeiten vor, geben aber auch Raum für Gespräche und Vermittlungen in weiterführende Hilfeangebote. Eine aushängende Hausordnung regelt die Vorgaben der Einrichtung. Der besondere Fokus liegt jedoch auf der Einhaltung der Hygienevorgaben (Einmalgebrauch des Zubehörs und die alleinige Nutzung des Bestecks). Letztendlich tragen diese Maßnahmen im Sinne des Infektionsschutzes zur gesundheitlichen Prävention der Konsument*innen und zur Mortalitätsprophylaxe der Betroffenen bei. Eine enge Vernetzung aller Kooperationspartner und Behörden vor Ort ist essentiell, um einen DKR nachhaltig zu etablieren und kommunal langfristig verankern zu können.

Wissenschaftliche Fragestellungen

Es ist nicht nachzuvollziehen, dass die Diskrepanz zwischen den positiven Ergebnissen zahlreicher Studien und dem „Nicht handeln (wollen)“ einzelner Bundesländer so enorm ist. 2018 gab es in Baden-Württemberg 121 Drogentote, im Jahr zuvor sogar 160. Trotzdem erging erst

2017 die Bitte der Stadt Karlsruhe an die Landesregierung, „... eine entsprechende Erlaubniserteilung [...] nach § 10a BtMG zu regeln“, die letztlich 2019 erfolgt ist (Karlsruhe, 2018).

- Welches Potenzial bieten DKRs für die Versorgung von Drogennotfällen?
- Sind DKRs ein geeignetes Instrument zur Mortalitätsprophylaxe und wenn ja, wodurch?

Methoden

Deutschlandweit gibt es aktuell 25 Drogenkonsumräume in sieben Bundesländern. Im Rahmen dieses Beitrags kann nur auf die Kennzahlen der vier Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main eingegangen werden. Das Institut für Suchtforschung in Frankfurt am Main (ISFF) an der Frankfurter University of Applied Sciences erhebt im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main seit 2002 Daten für die Analyse der jährlichen Konsumraumdokumentation. Für diese Fragestellung werden die Daten zu drogenbezogenen Notfällen in DKRs aus den Jahren 2017 und 2018 analysiert.

Außerdem werden im zweiten Teil der Auswertung die Zahlen der Drogentoten der jeweiligen Bundesländer ins Verhältnis zu den vorhandenen Drogenkonsumräumen in der entsprechenden Region gebracht.

In den vier Frankfurter Drogenkonsumräumen gibt es jährlich zwischen 142 509 (2004) und

215 844 (2010) und im Jahr 2018 189 340 Konsumvorgänge. Besonders die beiden Einrichtungen im Bahnhofsviertel sind stark frequentiert und dort ereigneten sich auch die meisten Drogennotfälle. Trotzdem ist in den letzten Jahren kein Konsumierender dort verstorben.

Zu den Erste-Hilfe-Maßnahmen durch die Beschäftigten vor Ort zählen die Kontrolle der Vitalzeichen, Beatmung, Verabreichung von Sauerstoff, Kreislaufstabilisierung, Gabe von Naloxon® und weitere Maßnahmen, die zur Stabilisierung der Konsumierenden beitragen (Stöver & Förster, 2018). Dafür werden die Mitarbeiter*innen der vier Einrichtungen regelmäßig geschult.

Orte, an denen 2018 Konsumenten bei einem Notfall gefunden worden waren:

- Injektionsraum (79%),
- Inhalationsraum (1%),
- Auf der Straße (15%),
- Sonstiges (6%).

Da die Werte des Jahres 2017 maximal um zwei Prozent abweichen, wird hier nur auf das Jahr 2018 eingegangen. Hätten nur zehn Prozent dieser Notfälle an einem anderen, möglicherweise einsamen Ort stattgefunden, wäre die Zahl der Drogentoten wahrscheinlich höher in Frankfurt am Main.

Allein dieses Beispiel zeigt, welches Potenzial DKRs zur Verhinderung von Todesfällen bietet. Bei der Auswertung der konsumierten Substanzen vor einem Notfall fällt die hohe Anzahl der Heroinkonsument*innen auf: im Jahr 2017 lag diese bei 90 Prozent und 2018 konsu-

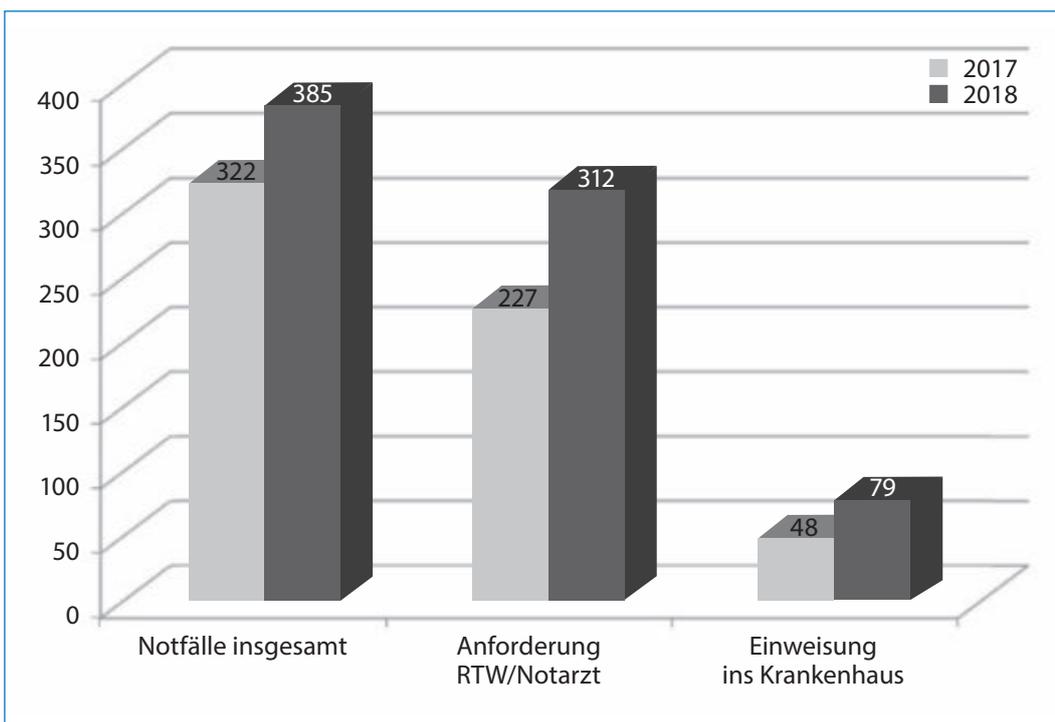


Abbildung 1

Notfälle in Frankfurter DKRs aus den Jahren 2017 und 2018 (Stöver & Förster, 2018, 2019)

Tabelle 1

Übersicht zu
drogenbezogenen
Todesfällen in
Deutschland 2018
(Quelle: Statista, 2019)

Bundesland	Drogenbezogene Todesfälle	DKRs	DKRs in Planung
Baden-Württemberg	121	1 Karlsruhe	
Bayern	235	–	–
Berlin	191	4 (davon 2 mobile DKRs)	–
Brandenburg	37	–	–
Bremen	22	–	1
Hamburg	71	4	–
Hessen	85	4 Frankfurt am Main	–
Mecklenburg-Vorpommern	5	–	–
Niedersachsen	81	1 Hannover	
Nordrhein-Westfalen	240	10	–
Rheinland-Pfalz	58	–	–
Saarland	35	1 Saarbrücken	–
Sachsen	18	–	–
Sachsen Anhalt	11	–	–
Schleswig-Holstein	51	–	–
Thüringen	17	–	–
Summe	1 276	25	1

mierten 83,6 Prozent Heroin, bevor es zu einem Notfall kam. Um dieser Problematik umfassend vorbeugen zu können, wäre die Einführung eines flächendeckenden Drug-Checkings unabdingbar. Nur so ließe sich der Reinheitsgehalt von Heroin feststellen und Überdosierungen verringern.

Ergebnisse

Die Analyse der Daten verdeutlicht die hohe Frequentierung der Frankfurter Drogenkonsumräume durch jährlich etwa 4500 Nutzer*innen mit etwa 190000 Konsumvorgängen im Jahr 2018. Bereits während der Befragung und Registrierung der Nutzer*innen können Konsumierende, die länger abstinent waren, schon auf riskanten Konsum hingewiesen werden und im Nachgang unter besondere Beobachtung gestellt werden. Generell gilt für DKRs: Die Nutzer*innen können stressfrei unter hygienischen Bedingungen, abgeschirmt von der Öffentlichkeit und mit sauberem Besteck (safer use) ihre Drogen konsumieren. Währenddessen stehen sie unter Beobachtung von medizinisch geschultem Personal, welches bei Notfällen lebensrettende Sofortmaßnahmen ergreift. Außerdem können im Rahmen von Gesprächen u. a. Hinweise zu Hygienemaßnahmen, medizinischen oder weiterführenden Angeboten vermittelt werden. DKRs leisten einen entscheidenden Beitrag zur Morbiditäts- und Mortalitätsprophylaxe und können zusätzlich zur Verbesserung der ordnungspolitischen

Situation an den Szene-Brennpunkten beitragen. Weniger herumliegende Kanülen und Drogenabhängige im Stadtbild bieten weniger Angriffsfläche für gesellschaftliche Auseinandersetzungen.

Die Übersicht zu den Todesdaten nach Unterteilung in die einzelnen Bundesländer zeigt deutlich den dringenden Bedarf an Einrichtungen der Drogennothilfe im Süden Deutschlands. Andererseits stehen in Berlin vier Möglichkeiten – mit allerdings begrenzten Öffnungszeiten – für geschützten Drogenkonsum zur Verfügung und trotzdem gab es im letzten Jahr fast 200 drogenbezogene Todesfälle. Vermutlich würde eine Differenzierung zur Altersstruktur und sozialem Status der Bewohner weitere Aufschlüsse geben. Andere Bundesländer stehen noch am Anfang, niedrigschwellige Angebote für injizierende Drogenabhängige zu etablieren. Die Regierung in Baden-Württemberg hat mit der „Verordnung der Landesregierung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ eine wichtige Grundlage für die Einrichtung geschaffen. Gleichzeitig kann sich die enthaltene Einschränkung, DKRs „... nur in Städten mit mehr als 300000 Einwohnerinnen und Einwohnern“ (Karlsruhe, 2018) zu schaffen, nachteilig auf das Gesamtziel auswirken.

Die Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland kommt im Endbericht der sog. Zeus-Studie zu der Einschätzung: „Insgesamt hat sich gezeigt, dass die vorgeschriebenen Mindeststandards von allen Einrichtungen mit wenigen Einschränkungen eingehalten werden. Insbeson-

dere 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 bis 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“ (Zeus GmbH, 2002, S. 154).

2017 wurde durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon eine europäische Handlungsanweisung für „Health and social responses to drug problems“ veröffentlicht. Um drogenkonsumassoziierte Probleme und Risiken zu verringern, werden u. a. die Einrichtung von Drogenkonsumräumen und „Take Home Naloxon®“-Programmen gefordert (EMCDDA, 2017). Mehrere Studien, die durch die EMCDDA (2019, S. 18) ausgewertet wurden, verdeutlichen die Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen. Im Bericht „Drug related deaths and mortality in Europe“ wird aufgezeigt, dass der Betrieb von DKRs weder zu einem Anstieg von Drogenutzern noch zu erhöhter Kriminalität in den Städten kommt (EMCDDA, 2019, S. 18).

Mit der Etablierung fachgebiets- und institutionsübergreifender Versorgungsstrukturen, der politischen Unterstützung und der nötigen finanziellen Unterfütterung entsprechender Versorgungsmöglichkeiten, könnte die Zahl der Drogentoten nicht nur in Deutschland deutlich geringer sein. Auch der flächendeckende Einsatz von Naloxon® würde zur Minderung der Notfälle beitragen. In Deutschland wird seit Jahren von einer „unklaren Rechtslage“ bezüglich der Verabreichung durch Dritte gesprochen, obwohl es bis heute kein Urteil dazu gibt (Dichtl et al., 2018). Naloxon® ist bisher verschreibungspflichtig und als Nasenspray unverhältnismäßig teuer (ca. 45 Euro). Beispiele aus Italien zeigen dort positive Entwicklungen bei drogeninduzierten Todesfällen durch die Anwendung von Naloxon®. Dort müssen Heroinabhängige nur noch eine Eigenbeteiligung von 0,67 Euro pro Packung Naloxon® zahlen (Dichtl & Stöver, 2015, S. 97). In Norwegen gibt es eine große Kampagne für „Take home Naloxon®“-Programme. Sie wurde durch die Regierung bezahlt und mit Unterstützung der Gesundheitsbehörden wurden bereits mehr als 1200 Trainer ausgebildet. Aus Estland

stehen ähnlich positive Daten zur Verfügung (EMCDDA, 2019, S. 18).

Diskussion

Die positiven Auswirkungen von Drogenkonsumräumen wurden 2018 durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht konstatiert und im Bericht „Drogenperspektiven Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten“ veröffentlicht (EMCDDA, 2018, S. 5). Auch die damals vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene „ZEUS-Studie“ stellte im Jahr 2002 fest: „[...] dass der Betrieb von Konsumräumen in den untersuchten Städten Saarbrücken, Hannover, Hamburg und Frankfurt statistisch signifikant mit der Senkung der Drogentotenzen in diesen Städten in Zusammenhang steht. Es kann daraus gefolgert werden, dass Drogenkonsumräume einen substantiellen, überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentotenzen leisten“ (Zeus GmbH, 2002, S. 154). Auch zahlreiche ausländische Studien und Projekte, unter anderem aus der Schweiz, Frankreich, Sydney, Kanada oder den Niederlanden, belegen dies (EMCDDA, 2019, S. 18). Trotzdem betreiben in Deutschland nur 7 von 16 Bundesländern Drogenkonsumräume und nehmen damit Tag für Tag Drogennotfälle oder drogenbezogene Todesfälle in Kauf.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen

Drogenkonsumräume sind ein geeignetes Instrument zur Minderung gesundheitlicher Risiken und stellen eine evidenzbasierte Maßnahme zur Prävention von Drogennotfällen oder drogenbedingten Todesfällen dar. So lang es in Deutschland kein Drug-Checking und umfangreiche (medizinische) Maßnahmen für drogenabhängige Inhaftierte gibt, sind DKRs essentiell. Entscheidend ist außerdem eine effektive Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter der Drogennothilfe und Leistungserbringer vor Ort, damit es bei der Weiterbehandlung oder Überleitung von Betroffenen nicht zu unnötigem Zeitverzug an den Schnittstellen kommt.

Es bleibt zu hoffen, dass nach der Machbarkeitsstudie in Bremen für die Etablierung eines DKR in Bahnhofsnähe sobald als möglich ein weiterer DKR öffnen wird.

Literatur

- Deutsche Aidshilfe (2019). *Gedenktag 21.07.: Drogenhilfe könnte Todesfälle verhindern*. Online verfügbar unter <http://www.aidshilfe.de/pressemitteilungen> – zuletzt geprüft am 29.09.2019.
- BKA (2019). *Zahl der Drogentoten*. Online verfügbar unter <http://www.bka.de> – zuletzt geprüft am 23.09.2019.
- Dichtl, A. et. al. (2018). *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Dichtl, A. & Stöver, H. (2015). *Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- EMCDDA (2017). *Health and social responses to drug problems: an European guide*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2018). *Drogenperspektiven Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten*. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- EMCDDA (2019). *Drug-related deaths and mortality in Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Karlsruhe (2019). *Verordnung der Landesregierung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen*. Online verfügbar unter <http://www.suchtfragen.de> – zuletzt geprüft am 03.10.2019.
- Stöver, H. et al. (2017). *Ältere Drogenabhängige, Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. & Förster, S. (2018). *Dokumentation der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Statistische Ergebnisse der Jahresberichte 2017 und 2018*. Frankfurt University of Applied Sciences.
- Stöver, H. & Förster, S. (2019). *Dokumentation der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Statistische Ergebnisse der Jahresberichte 2017 und 2018*. Frankfurt University of Applied Sciences.
- Soyka, M. (2010). *Drogennotfälle – Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Zeus GmbH (2002). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bochum: Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt und Sozialforschung.



Kathrin Pientka M.A.
 Institut für Suchtforschung,
 Frankfurt am Main
pientka.k@t-online.de

Knapp eine halbe Million Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung

Ein Resümee aus Nordrhein-Westfalen und Hessen

Viktoria Auth & Heino Stöver

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel führt die Jahresberichte der Drogenkonsumraum-Dokumentation aus Hessen und Nordrhein-Westfalen des Jahres 2018 zusammen und rückt die Ergebnisse in einen Vergleich. Drogenkonsumräume sind ein Angebot niedrigschwelliger akzeptanzorientierter Drogenhilfe, die den Rahmen bietet, Konsum möglichst schadensminimierend auszuführen. Aus dem Vergleich lassen sich schlussfolgernd forschungstheoretische und praxisorientierte Forderungen formulieren: Notwendigkeit qualitativ-partizipativer Untersuchungen zu Konsummustern und zur (Nicht-)Inanspruchnahme des Drogenkonsumraumbereichs von Konsument*innen; eine Erweiterung des Raumbereichs zur Stärkung risikoärmerer Konsumformen; die Erweiterung des Drogenkonsumraumbereichs.

1 Hinführung

Deutschlandweit sind 25 Drogenkonsumräume eingerichtet. Davon befinden sich 14 Räume in Hessen und Nordrhein-Westfalen (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019). Insgesamt kommt es hier im Jahr 2018 in schadensminimierender Umgebung fast zu einer halben Million Konsumvorgängen (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 7; Stöver & Förster, 2019, S. 5). Im Anschluss an eine überblickartige Angebots- und Zielsetzungsbeschreibung von Drogenkonsumräumen werden die Jahresberichte von den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen aus dem Jahr 2018 gegenübergestellt. Hierfür werden die Einrichtungen beider Bundesländer zunächst kurz vorgestellt. Zusammen bieten beide Bundesländer 157 Konsumplätze. Insbesondere Konsummuster und -formen in Bezug zum Geschlecht der Drogenkonsumraum-Nutzenden stehen im Zentrum des folgenden Vergleichs. Es wird untersucht, ob Konsummuster und Konsumformen in beiden Bundesländern ähnlich verbreitet sind. Zum

Abschluss soll versucht werden, ein Resümee und forschungspraktische Konsequenzen aus der Zusammenführung und dem Vergleich beider Jahresberichte zu ziehen und abzuleiten.

2 Drogenkonsumraum – ein Angebot zwischen Schadensminimierung und Ordnungspolitik

Drogenkonsumräume sind ein Angebot niedrigschwelliger akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Der methodische Ansatz der Niedrigschwelligkeit versucht, Hürden und Hemmschwellen zur Nutzung soweit zu senken, dass möglichst viele Konsumierende das Angebot annehmen können (vgl. Schneider, 2004, S. 14). In Bezug auf Vorteile der Drogenkonsumräume können hierzu u. a. der Verzicht auf Terminvereinbarungen und eine zwingend erforderliche Veränderungsmotivation gezählt werden. Drogenkonsumräume erlangen oft die Funktion eines „Türöffners“ ins Drogenhilfesystem. Sie erreichen Konsumierende, die von den meisten Angeboten ausgeschlossen oder schlicht nicht erreicht werden. In den Drogenkonsumräumen und den oft angeschlossenen Beratungsstellen oder Kontaktcafés kann ein Erstkontakt hergestellt und eine Überführung in bedarfsgerechte Angebote initiiert werden (vgl. Klee, 2011, S. 177). Klee (ebd.) spricht von Drogenkonsumräumen als „Brücke in weiterführende Angebote“ der Drogenhilfe.

Ein akzeptanzorientiertes Verständnis von Substanzgebrauchsstörungen bedeutet auf normativer Ebene, dass man den Konsum als ein Ergebnis des Abwägens von erwünschten (u. a. Selbstmedikation, Gruppenzugehörigkeit etc.) und nicht-erwünschten (u. a. Kontrollverlust) Folgen des Konsums und schlussfolgernd als eine bewusste Entscheidung von Individuen betrachtet (vgl. Stöver, 2011, S. 31 f.). Schneider (2004, S. 14) beschreibt als Basis einer akzeptanzorientierten Haltung, dass jeder Konsumierende als mündiger Mensch betrachtet wird; der

selbstverantwortlich und selbstbestimmt sein Leben gestaltet. Die angebotene Unterstützung ist freiwillig und an den Bedürfnissen, Ressourcen und Wünschen der Konsumierenden orientiert.

Niedrigschwellige akzeptanzorientierte Drogenhilfe hat sich zum Ziel gesetzt, bio-psycho-soziale Schädigungen, die einem Drogenkonsum in der offenen Szene folgen können, möglichst zu verhindern oder zu lindern. Drogenkonsumräume können so im Sinne einer Überlebenshilfe in der offenen Drogenszene verstanden werden (vgl. Schneider & Gerlach, 2004, S. 280). Theoretisch wird der Ansatz zur Minimierung der konsumbedingten Schäden als „Harm Reduction“ bezeichnet. Die NGO „Harm Reduction International“ definiert: „Schadensminimierung umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen“ (Stöver, 2018, S. 303).

In Drogenkonsumräumen wird „Harm Reduction“ praktisch erfüllt, indem sterile Konsumbedingungen und -utensilien bereitgehalten, Spritzentauschprogramme angeboten und die Konsumkompetenzen (u. a. „Safer Use“) gefördert werden (vgl. a.a.O., S. 208). Die Harm-Reduction-Maßnahmen tragen insbesondere zur Erfüllung der gesundheitspolitischen Ziele der Drogenkonsumräume bei. Drogenkonsumräume sollen neben einem Schutz der individuellen Gesundheit der Konsumierenden auch vor der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis in der Gesellschaft schützen. Hygienische Konsumbedingungen, steriles Spritzbesteck und die Vermittlung von Safer-Use-Strategien (u. a. kein Teilen von Konsumutensilien) reduzieren auch das Risiko einer Verbreitung. Die Mitarbeiter*innen der Konsumräume sind zudem in erster Hilfe speziell für Drogennotfälle geschult, sodass professionell und schnell im Notfall gehandelt werden kann (Klee, 2011, S. 179 f.).

Im Jahr 2013 untersuchte die Deutsche Aids-Hilfe deutschlandweit Notfälle in Drogenkonsumräumen. Schäffer, Stöver und Weichert (2014, S. 12) schlussfolgerten, dass ca. 39 Prozent der untersuchten Drogennotfälle außerhalb der Räume – ohne die schnelle und professionelle erste Hilfe der Konsumraummitarbeitenden – vermutlich tödlich verlaufen wären.

Neben gesundheitspolitischen und drogen-therapeutischen („Brückenfunktion“) Zielen dienen Drogenkonsumräume ordnungspolitischen Interesse. Drogenkonsumräume sollen den öffentlichen Raum entlasten, Szenebildun-

gen und konsumbedingte Sekundärschäden reduzieren (vgl. Klee, 2011, S. 179). Mit der „Überdachung der Szene“ erhoffe man sich ein Stück weit auch eine Minderung des öffentlichen Problemdrucks (vgl. Stöver, 2002, S. 182; Dettmer & Schneider, 2016, S. 61).

„Drogenkonsumräume stehen somit immer im Spannungsverhältnis zwischen sozialer Ausschließung, sozialräumlicher Verdrängung und lebensrettender Schadensminderung“ (ebd.).

3 Drogenkonsumräume in Hessen

Im Jahr 1994 öffnete der erste deutsche Konsumraum in Frankfurt am Main. Bis heute ist die Stadt Frankfurt am Main die einzige hessische Stadt mit Drogenkonsumräumen. Im drogenpolitischen Wandel Ende der 1980er/Anfang der 1990er und in der Entwicklung eines akzeptanzorientierten Ansatzes spielt die Stadt eine entscheidende Rolle. Am „Frankfurter Weg in der Drogenpolitik“ richten sich viele weitere Städte und Kommunen in ihrer Neuorientierung aus (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt, 2019).

53,5 Prozent der Konsumvorgänge in den hessischen Konsumräumen werden von Frankfurter Bürgern durchgeführt. 29,9 Prozent der Vorgänge werden von Konsumierenden aus anderen hessischen Gemeinden und 16,6 Prozent werden von Konsumierenden mit einem Wohnsitz außerhalb von Hessen appliziert (Stöver & Förster, 2019, S. 32).

Aus dem Jahresbericht des Monitoring-Systems für Drogentrends der Stadt (vgl. Kamphausen et al., 2018, S. 27 f.) wird ersichtlich, dass sich die aktuellen Szenetreffpunkte in der Umgebung des Frankfurter Hauptbahnhofs in der Elbe-, Taunus- und Niddastraße sowie in der B-Ebene des Hauptbahnhofs bilden. In den Abend- und Nachtstunden kommt es hier zu Ansammlung von 20 bis 25 Konsumierenden. Drei der vier Frankfurter Konsumräume liegen im diesem – aktuell als Zentrum der offenen Drogenszene geltenden – Gebiet. Die vier Frankfurter Drogenkonsumräume bieten insgesamt 48 Plätze zum Drogenkonsum in risikominimierender Umgebung.

Aus Tabelle 1 gehen Art und Anzahl an Konsumplätzen der einzelnen Einrichtungen hervor. Die Einrichtungen bieten meist einen Rauchraum mit Plätzen zum inhalativen Konsum und einen speziell für intravenösen Konsum eingerichteten Raum.

Die Konsumvorgänge werden meist in intravenöse und nicht-intravenöse Vorgänge differenziert. Nicht-intravenöser Konsum, also

Standort	Konsumplätze
Frankfurter Bahnhofsgebiet (Niddastraße)	12 intravenös/nasal 4 inhalativ/nasal
Frankfurter Bahnhofsgebiet (Elbstraße)	10 intravenös 5 inhalativ
Frankfurter Bahnhofsgebiet (Mainzer Landstraße)	7 intravenös
Frankfurter Ostend	8 intravenös 2 inhalativ

Tabelle 1

Art und Anzahl an Konsumplätzen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.; Stöver & Förster, 2019)

inhalative oder nasale Applikationsformen gelten als risikoärmer; die Gefahr einer Überdosierung sowie einer Infektion sind gegenüber einem intravenösen Konsum deutlich gesenkt (Schäffer et al., 2014, S. 13).

Konzeptionell kann zwischen verschiedene Konsumraum-Typen differenziert werden (vgl. a.a.O., S. 9). Der größte Frankfurter Konsumraum bietet keine weiteren angegliederten Unterstützungsleistungen neben sterilen Konsumbedingungen und sterilem Spritzbesteck, Spritzenaustausch, Safer-Use- und Safer-Sex-Beratung sowie Erste-Hilfe-Maßnahmen. Diese Einrichtung ist ein spezialisierter Drogenkonsumraum; die anderen drei Konsumräume können als integrierte Drogenkonsumräume bezeichnet werden. Sie sind Teil einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung, die neben dem Konsumraumbangebot und den dazugehörigen Leistungen noch weitere Unterstützung wie ein Kontaktcafé, Wohn- und Schlafbereiche oder eine Substitutionsambulanz anbietet (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.).

Die Öffnungszeiten der Konsumräume sind unterschiedlich. Alle Frankfurter Konsumräume haben jedoch nachts geschlossen. Drei der vier Konsumräume haben an allen Wochentagen geöffnet. Insgesamt können die einzelnen Konsumräume zwischen 50,5 und 105 Wochenstunden genutzt werden (ebd.).

4 Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen

Im Gegensatz zu Hessen gibt es in Nordrhein-Westfalen in keiner Stadt mehr als einen Konsumraum. Die zehn Räume sind über das gesamte Bundesland verteilt. Insgesamt sind 109 Konsumplätze eingerichtet. Zum risikominimierten Konsum illegaler Stoffe können 51 Plätze intravenös, 53 Plätze inhalativ und fünf Plätze variabel genutzt werden (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 4). Zur besseren Übersicht s. Tabelle 2.

Einige Einrichtungen wie in Bochum, Dortmund und Bielefeld dürfen neben der Zugangsbegrenzung aus der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen nur von

Konsumierenden, die in der entsprechenden Stadt gemeldet sind, genutzt werden.

Alle Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen sind integrative Einrichtungen. Neben den sterilen Konsumplätzen bieten sie oft eine drogentherapeutische Ambulanz, Notschlafstellen oder ein Kontaktcafé (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.).

Die Öffnungszeiten der Räume variieren stark. Alle Räume haben mindestens fünf Mal die Woche zwischen vier und zwölf Stunden geöffnet. Summiert ergibt sich eine Öffnungszeit von 20 bis zu 73,5 Wochenstunden pro Konsumraum (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 5).

5 Vergleich der Drogenkonsumraum-Nutzung in Hessen und Nordrhein-Westfalen

Bereits deutlich werden konnte, dass die hessische Stadt Frankfurt am Main ein sehr großes Drogenkonsumraumbangebot mit einer Gesamt-Öffnungszeit von bis zu 291,25 Wochenstunden bereitstellt. In keiner anderen hessischen Stadt ist bisher ein Drogenkonsumraum errichtet

Standort	Konsumplätze
Bielefeld	8 intravenös 14 inhalativ
Münster	4 intravenös/nasal 2 inhalativ
Dortmund	8 intravenös 15 inhalativ
Bochum	5 intravenös 4 inhalativ
Essen	8 intravenös 5 inhalativ/nasal
Wuppertal	5 intravenös 6 inhalativ
Düsseldorf	5 intravenös/nasal 3 inhalativ/nasal 2 flexible
Köln	3 flexible
Torisdorf	4 intravenös
Bonn	5 intravenös 3 inhalativ

Tabelle 2

Drogenkonsumraumbangebote in Nordrhein-Westfalen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.; Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 4, 26–45)

worden. In Nordrhein-Westfalen ist das Angebot über mehrere Städte verteilt, in denen größere oder kleinere Drogenkonsumräume mit unterschiedlichsten Öffnungszeiten eingerichtet worden sind. In Nordrhein-Westfalen sind die zehn Drogenkonsumräume summiert bis zu 457,75 Stunden in der Woche geöffnet.

Laut der länderspezifischen Verordnungen über den Betrieb von Drogenkonsumräumen sind die Einrichtungen zur Dokumentation verpflichtet. Die folgenden Vergleiche zwischen den Einrichtungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen beruhen auf diesen Ergebnissen. Hessen und Nordrhein-Westfalen nutzen zur Dokumentation unterschiedliche Erhebungssysteme. Während in Hessen mit dem System „Kontext“ gearbeitet wird und Nutzerdaten, Gesundheitsdaten und Konsumdaten anonymisiert erhoben werden (Stöver & Förster, 2019, S. 25), erfolgt die Dokumentation der Konsumräume in Nordrhein-Westfalen über eine Software der Landesstelle Sucht NRW und erfasst nur die auf die Konsumvorgänge bezogenen quantitativen Daten (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 2). Die hessischen Daten können über einen anonymisierten Code („HIV-Code“) Nutzer*innen zugeordnet werden (Stöver & Förster, 2019, S. 25). Den Daten aus Nordrhein-Westfalen dagegen (vgl. Landesstelle Sucht NRW, 2019) können keine Informationen über die Zuordnung der Konsumvorgänge zu den Nutzer*innen entnommen werden. Ein Vergleich der Konsumraumdokumentation beider Bundesländer kann daher nur auf konsumbezogene Daten angestellt werden.

Nutzung der Drogenkonsumräume

In den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen sind im Jahr 2018 insgesamt 460 942 Konsumvorgänge erfolgt. In den

vier Drogenkonsumräumen in Frankfurt am Main sind 2018 189 340 Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung erfasst worden. Täglich kommt es damit zu ca. 519 Konsumvorgängen. Die Erfassung eines Konsumvorgangs erfolgt mit dem Besuch des Drogenkonsumraums; hierbei gilt zu bedenken, dass bei einem Vorgang oft mehrere Einheiten konsumiert werden. Für Frankfurt am Main ist ein kleiner Rückgang um ein Prozent für die Anzahl der Konsumvorgänge im Vergleich zum Vorjahr (2017: 191 015) zu verzeichnen. 86,6 Prozent der Konsumvorgänge wurden von Männern und nur 13,4 Prozent der Konsumvorgänge wurden von Frauen in Konsumräumen durchgeführt (Stöver & Förster, 2019, S. 6 ff., 31 f.).

In Nordrhein-Westfalen sind 2018 271 602 Konsumvorgänge in den Drogenkonsumräumen festgehalten worden, dies entspricht ca. 596 täglichen Konsumvorgängen. Nur 12,5 Prozent der Konsumvorgänge sind durch Nutzerinnen erfolgt.

Nachdem von 2016 (211 730) zu 2017 (248 208) die Nutzung der Konsumräume bereits um 17 Prozent angestiegen ist, erhöht sich die Anzahl der Konsumvorgänge erneut um neun Prozent (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 7).

Abbildung 1 zeigt die Drogenkonsumraumnutzung beider Bundesländer im Kontext betrachtet. Über die Hälfte der ca. 461 000 Vorgänge werden von Männern in Nordrhein-Westfalen appliziert. Deutlich wird, dass nur ein Bruchteil – nur knapp 13 Prozent (60 547) der Konsumvorgänge aus den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen von Frauen durchgeführt werden. In beiden Bundesländern scheint das Angebot von weiblichen Konsumierenden schlechter angenommen zu werden.

Konsumierte Drogen

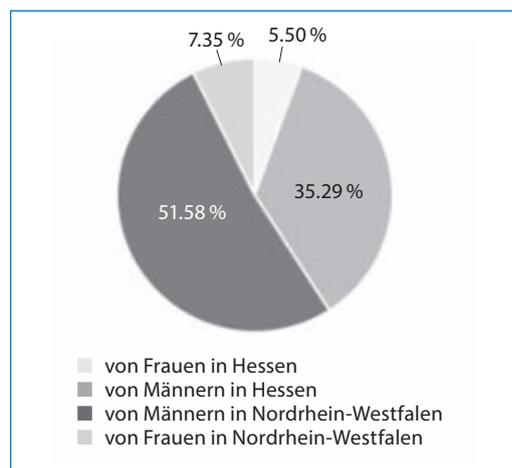
In über drei Viertel (77%) der Konsumvorgänge wird in Hessen Heroin verwendet. Crack wird in 45 Prozent der Vorgänge konsumiert. Kokain wird nur in ein Prozent und sonstige Substanzen in zwei Prozent der Konsumvorgänge gebraucht. Da es oft zur Nutzung mehrerer Substanzen in einem Konsumvorgang kommt, übersteigt die Summe der Angaben die 100 Prozent.

Abbildung 2 bietet einen Überblick der verwendeten Substanzen in Bezug auf die Häufigkeit der Verwendung in Konsumvorgängen und des Geschlechts des Konsumierenden.

In den meisten Konsumvorgängen erfolgt ein Monokonsum von Heroin (52%). Zum Monokonsum von Crack kommt es in Hessen in 20

Abbildung 1

Drogenkonsumvorgänge
2018 in Hessen und in NRW



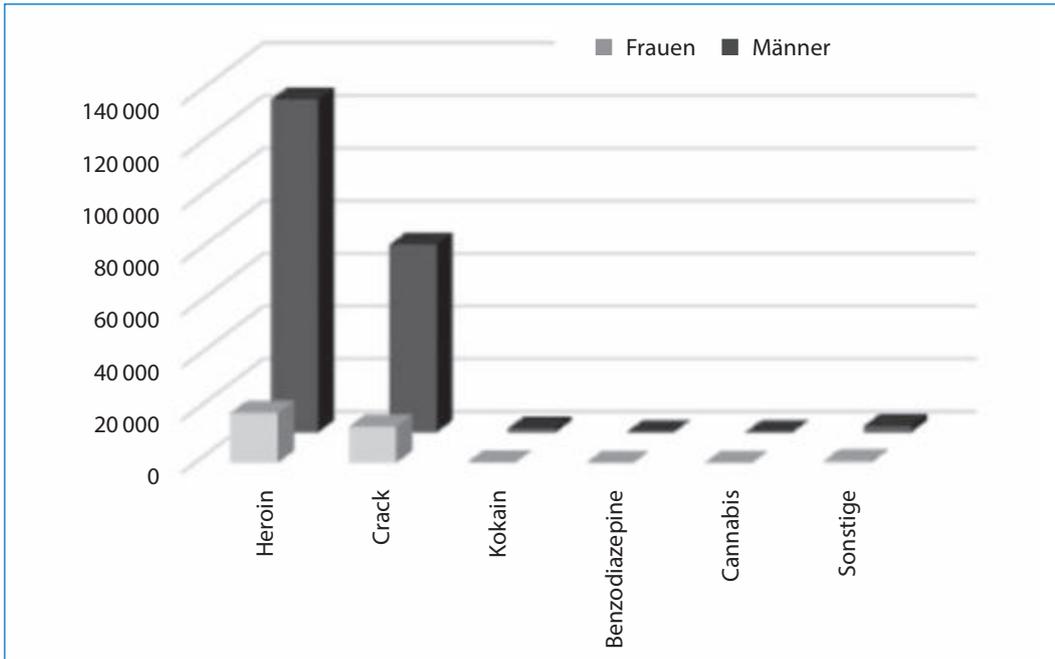


Abbildung 2

Konsumvorgänge nach Geschlecht und verwendeter Substanz in Hessen

Prozent der Konsumvorgänge. Der Mischkonsum von Heroin und Crack macht 25 Prozent der Konsumvorgänge aus.

Bezüglich der Konsummuster sind in Hessen geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Während Frauen öfter Heroin und Crack zusammen konsumieren als Männer (Frauen: 32%, Männer: 23%), konsumieren Männer deutlich häufiger Heroin allein (Frauen 43%, Männer: 54%; Stöver & Förster, 2019, S. 9 f., 46).

Nordrhein-Westfalen differenziert in den konsumierten Stoffen zwischen Opiaten, Kokain, einem Mischkonsum aus diesen beiden Stoffen sowie zwischen Amphetaminen und Benzodiazepinen. Crack gehört in Nordrhein-Westfalen im Gegensatz zu Frankfurt nicht zu den häufig konsumierten Substanzen.

74 Prozent der Konsumvorgänge der Männer bestehen aus Opiatkonsum und 19 Prozent aus dem Konsum von Kokain. Ein Mischkonsum dieser beiden Stoffe erfolgt in fünf Prozent

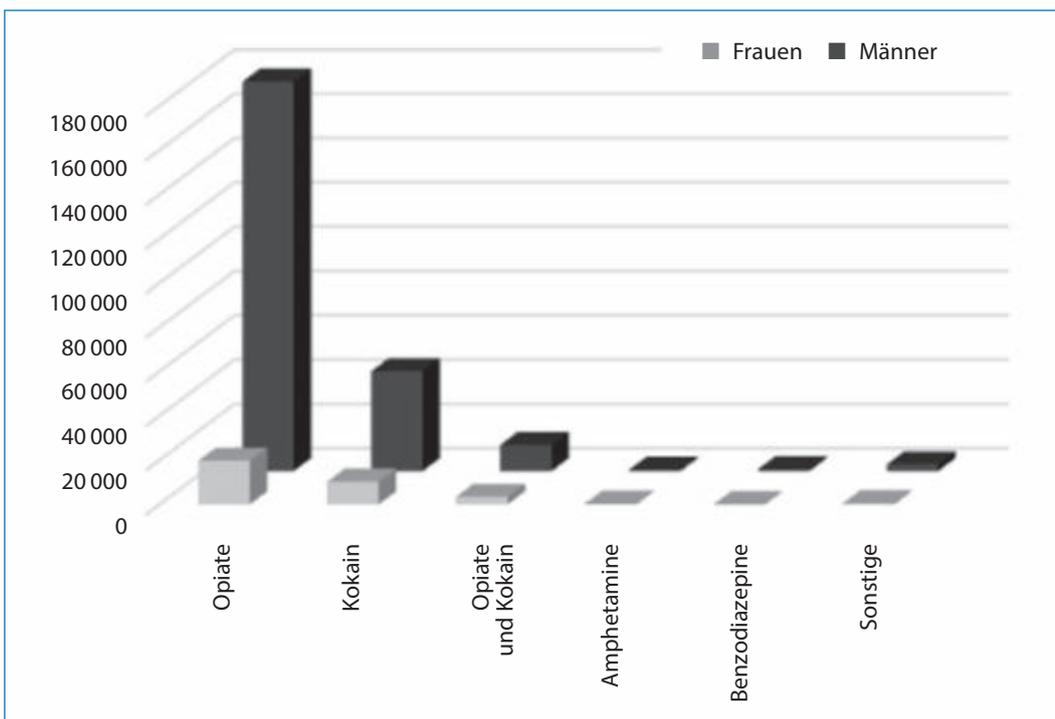


Abbildung 3

Konsumvorgänge nach Geschlecht und verwendeter Substanz in NRW

der Konsumvorgänge der männlichen Nutzer. In Nordrhein-Westfalen kommt es bei Frauen ähnlich wie in Hessen öfter zum Mischkonsum. In zehn Prozent der Konsumvorgänge der Nutzerinnen werden Opiate und Kokain verwendet. Der Monokonsum von Opiaten liegt bei den Frauen bei 58 Prozent, von Kokain bei 30 Prozent (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 8 f.)

Die Abbildung 3 veranschaulicht die verwendeten Substanzen in Abhängigkeit vom Geschlecht der Konsumierenden und der Anzahl der Konsumvorgänge in Nordrhein-Westfalen.

Applikationsformen

In hessischen Drogenkonsumräumen wird 2018 zu 79 Prozent intravenös konsumiert. Zehn Jahre zuvor wurde nur in vier Prozent der Konsumvorgänge nicht-intravenös appliziert. Heute wird die weniger schädliche Konsumart bereits in 21 Prozent der Konsumvorgänge genutzt. Stöver und Förster (2019, S. 11 f., 53) fassen zusammen, dass insbesondere Heroin zunehmend nasal oder inhalativ konsumiert wird. Frauen applizieren häufiger intravenös (84,4%) als Männer (78,0%; a.a.O., S. 11, 44 f.). In Nordrhein-Westfalen erfolgen bereits 52% der Konsumvorgänge inhalativ. Männer (53,2%) konsumieren auch hier häufiger inhalativ als Frauen (45,7%; Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 10).

Summiert werden von 460 942 Konsumvorgängen in Hessen und Nordrhein-Westfalen 188 227 inhalativ oder nasal appliziert, dies entspricht ca. 40,8 Prozent der Vorgänge. Abbildung 4 vergleicht die Applikationsformen in den Drogenkonsumräumen beider Bundesländer in Bezug auf das Geschlecht der Konsumierenden. Deutlich wird, dass in Nordrhein-Westfalen häufiger nicht-intravenös

konsumiert wird und dass nicht-intravenöse Konsumvorgänge öfter von Männern durchgeführt werden.

Drogennotfälle

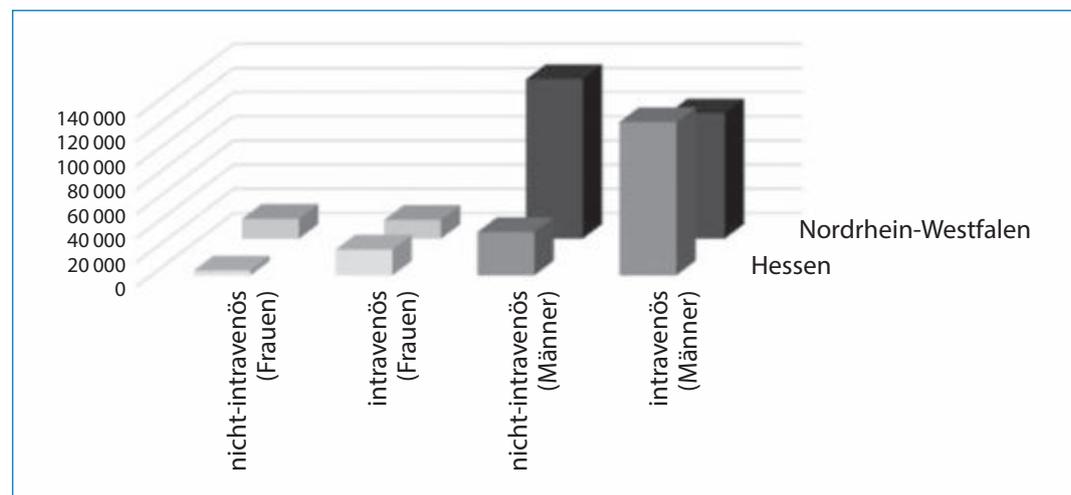
In Nordrhein-Westfalen sind 2018 358 drogenbezogene Notfälle in den zehn Konsumräumen dokumentiert worden. In Nordrhein-Westfalen werden Notfälle nur innerhalb der Einrichtung in der Drogenkonsumraumdokumentation erfasst. In sieben Fällen in Nordrhein-Westfalen (2%) musste reanimiert, in 164 Fällen (64%) ein Notarzt hinzugezogen und in 118 Fällen (33%) ein Transport ins Krankenhaus vorgenommen werden. 0,13 Prozent der Konsumvorgänge in Nordrhein-Westfalen führen zum Notfall (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 18).

In den vier Frankfurter Drogenkonsumräumen sind 385 Notfälle im Jahr 2018 dokumentiert worden. Im Vorjahr lag die Zahl noch bei 322 Notfällen (Zuwachs von 20%). Zu 314 Notfällen sind nähere Angaben vermerkt. 78,7 Prozent der Notfälle sind in den Injektionsräumen und nur 0,6 Prozent der Notfälle sind in den Inhalationsräumen der Einrichtungen erfolgt. In 15 Prozent geschahen die Unfälle vor den Einrichtungen auf der Straße und in 5,7 Prozent der Fälle an sonstigen Orten bzw. in anderen Räumen der Einrichtungen. In über 80 Prozent der Notfälle (312 Notfälle) musste der Rettungsdienst verständigt werden. Den Zahlen entsprechend sind 249 Notfälle 2018 innerhalb der Einrichtungen in Frankfurt am Main dokumentiert. Identisch wie in Nordrhein-Westfalen führen ca. 0,13 Prozent der Konsumvorgänge auch zu einem Notfall innerhalb der hessischen Räume (Stöver & Förster, 2019, S. 17, 125).

Zur Vermittlung ins Hilfesystem, zu der gesundheitlichen Situation und zur Altersstruktur

Abbildung 4

Konsumvorgänge
nach Geschlecht,
Applikationsform und
Bundesland



tur der Nutzenden der Konsumräume kann kein Vergleich gezogen werden, da die Berichte sich auf unterschiedliche Messeinheiten (Hessen: Anzahl Nutzende; Nordrhein-Westfalen: Anzahl Konsumvorgänge) beziehen.

6 Konsequenzen für Forschung und Praxis

Nur knapp 13 Prozent der Drogenkonsumvorgänge in den Einrichtungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen werden 2018 von Frauen in Konsumräumen durchgeführt. Opiate werden in beiden Bundesländern am häufigsten verwendet, wobei Frauen eher zum Mischkonsum mit Kokain/Crack neigen. In Nordrhein-Westfalen kommt es deutlich häufiger zum risikoärmeren nicht-intravenösen Konsum. Frauen applizieren in beiden Bundesländern prozentual häufiger intravenös.

Da bisher keine konkreten Gründe für die wenige Nutzung von weiblichen Konsumierenden kenntlich sind, sollten qualitativ-partizipative Untersuchungen angelegt werden. In den Untersuchungen sollten konsumierende Frauen befragt werden, warum sie das Angebot der Drogenkonsumräume nicht in Anspruch nehmen. Ebenso sollte eruiert werden, aus welchem Grund Frauen eher zum Mischkonsum und zur intravenösen Applikation neigen.

Die Erweiterung des Rauchraum-Angebots könnte die Risiken senken und zugunsten des nicht-intravenösen Konsums verschieben. Trotz der Tatsache, dass es in Nordrhein-Westfalen zu mehr nicht-intravenösen Konsumvorgängen kommt, stehen mehr intravenöse Konsumplätze zur Verfügung. Würde hier ein Aufbau an Rauchplätzen Wartezeiten an den Inhalationsplätzen reduzieren, würden wahrscheinlich noch mehr Konsumierende risikoärmer applizieren (vgl. auch Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 25). In Hessen wird deutlich häufiger intravenös konsumiert, ein Ausbau des Rauchraum-Angebots könnte auch hier die Anzahl des inhalativen Konsums erhöhen. Es sollte zudem untersucht werden, inwiefern Safer-Use-Beratung und Information in Nordrhein-Westfalen erfolgreicher in der Motivation zu risikoärmeren Konsumformen ist. Ergebnisse könnten Anwendung in der Safer-Use-Praxis anderer Bundesländer finden.

Im hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumraumangebot kommt es im Schnitt zu zwei Notfällen am Tag. Die Drogenkonsumräume sind aufgrund ihrer geschulten, für den Drogennotfall routinierten Mitarbeitenden und den vorstrukturierten Hilfemaß-

nahmen eine sichere Umgebung für den Drogennotfall.

Der Aufbau von weiteren Drogenkonsumräumen in Hessen könnte die Frankfurter Räume entlasten und ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen über eine größere räumliche Fläche mehr Konsumierende erreichen.

Als Resümee lässt sich festhalten: Hessen und Nordrhein-Westfalen bieten 157 Plätze zum risikominimierenden Konsum, die 2018 fast eine halbe Millionen Mal genutzt wurden. Hinzukommend werden die in den Räumen und ihrer Umgebung auftretenden Notfälle zeitnah und routiniert behandelt und so Drogentodesfälle verhindert. Trotz der unterschiedlich strukturellen und räumlichen Anlage des Konsumraumangebots in beiden Ländern kommt es zu einer jeweils hohen Inanspruchnahme. Nordrhein-Westfalen und Hessen können mit ihrer unterschiedlichen Drogenkonsumraum-Angebotsstruktur Vorbild für andere (Bundes-) Länder sein.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019). *Opiode*. Online verfügbar unter <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-suchtformen/illegale-drogen/opioide/opioide.html>, zuletzt geprüft am 09.08.2019
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (o.J.). *Drogenlexikon. Kokain*. Online verfügbar unter <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-k/kokain/> – zuletzt geprüft am 09.08.2019.
- Detmer, K. & Schneider, W. (2016). Drogenkonsumräume ... und der rechtliche Rahmen. In akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V. (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 56–62). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (o.J.). *Drogenkonsumraum. Standorte*. Online verfügbar unter <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte> – zuletzt geprüft am 03.08.2019.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt (2019). *Der Frankfurter Weg in der Drogenpolitik*. Online verfügbar unter <https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php/detail.php?id=3007> – zuletzt geprüft am 02.05.2019.
- Kamphausen, G., Werse, B., Klaus, L. & Sarvari, L. (2018). *MoSyD Jahresbericht 2017*. Online verfügbar unter <https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/MoSyD-Jahresbericht%202017%20endg.pdf> – zuletzt geprüft am 02.05.2019.
- Klee, J. (2011). Drogenkonsumräume: Verschaffen einer Gelegenheit zur Drogenhilfe. In

- D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch* (S. 173–190). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Landesstelle Sucht NRW (Hrsg.) (2019). *Jahresbericht 2018. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen*. Online verfügbar unter http://www.landestellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges*. Amsterdam: Regenboog Groep. Available at <https://idpc.net/publications/2014/12/drug-consumption-rooms-in-europe-models-best-practice-and-challenges> – zuletzt geprüft am 29.02.2020.
- Schneider W. (2004) Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen. In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik* (S. 11–28). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schneider, W. & Gerlach, R. (2004). Entwicklungsbegleitende und Praxisintegrative Qualitätssicherung (EPQ): Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien. In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik* (S. 271–304). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Stöver, H. (2002). Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In L. Böllinger & H. Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik, Bd. 12, 5., vollst. überarb. Aufl., S. 174–188). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. (2011). Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not. In: D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch* (S. 30–45). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Stöver, H. (2018). Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit. *rausch*, 7 (4), 303–312.

- Stöver, H. & Förster, S. (2019). *Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2018*. Dokumentationszeitraum 01.01–31.12. 2018. Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).



Viktoria Auth

M.A. – Psychosoziale Beratung und Recht
Arbeits- und Forschungsschwerpunkt:
Psychosoziale Beratung von Menschen mit
psychischer Erkrankung.
v.auth@gmx.net



Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.
Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstover@fb4.fra-uas.de; www.isff.info

Warum gibt es keine Drogenkonsumräume in Bayern?

Melanie Hofmann & Bertram Wehner

Zum Thema

Anfang der 1990er Jahre: eine Delegation aus Bayern besucht im Auftrag des für Drogenarbeit zuständigen Bayerischen Sozialministeriums die Schweizer Städte Zürich und Bern. Es war die Zeit der offenen Drogenszenen am Zürcher Platzspitz und im Berner Kocherpark. Die bayerische Delegation, bestehend aus Vertreter*innen von Politik, Ministerialverwaltung und Verbänden/Trägern, die in Bayern Einrichtungen der Drogenhilfe betreiben, wollte sich über die Ansätze der Schweizer Drogenhilfe informieren und sich mit der zugrundeliegenden Drogenpolitik auseinandersetzen. Die Schweiz galt damals wie heute in Sachen Drogenpolitik als fortschrittlich, Basis für ein pragmatisches und bedarfsorientiertes Drogenhilfesystem. Auch wenn in der praktischen Umsetzung anfangs das Prinzip „Trial and Error“ das Handeln beeinflusste, man denke nur an die etwas unkoordinierte und unzureichend vorbereitete Räumung des Platzspitzes, die letztendlich nur eine Verlagerung der Szene zum Bahnhof Letten bewirkte. Dennoch, Drogenpolitik und Drogenhilfe in der Schweiz waren und sind bestimmt durch humanes und rationales Handeln im Interesse aller Beteiligten, der Drogenkonsument*innen, der durch die offenen Szenen belasteten Bevölkerung, der Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden und nicht zuletzt auch der Gesamtgesellschaft.

Drogenkonsumräume, in denen Drogenabhängige ihren Stoff konsumieren konnten, gab es schon damals als Antwort auf die unhaltbaren Zustände in den offenen Drogenszenen der Großstädte in der deutschsprachigen Schweiz, Bern mit dem weltweit ersten Drogenkonsumraum 1986, Basel mit dem *Schwarzen Peter* und Zürich folgten. In Luzern wurde der Konsumraum sogar im Stadthaus untergebracht, „um damit zu dokumentieren, dass dieser Gesundheitsraum im öffentlichen Interesse aller Bürger liegt“ (Körner, 1993, S. 5).

War diese Reise ein Fingerzeig? Öffnete sich die bayerische Drogenpolitik für neue Wege,

bedarfsgerecht und der Situation von Drogenabhängigen insbesondere der offenen Szenen angemessen? Auch in Bayern wurde damals schon viel gestorben, die physische und psychische Verelendung der User*innen nahm an Fahrt auf. Repression und Strafverfolgung trugen ihren Teil dazu bei, dass neben illegalisierten Drogen immer mehr Ersatzmittel (z. B. Barbiturate, Codein, u. a.) konsumiert wurden. Polytoxikomane Konsummuster entstanden mit gravierenden Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Konsument*innen.

Das Jahr 2000 läutete in Deutschland eine Wende in Sachen Drogenkonsumraum ein. Während zuvor schon Konsumräume in Frankfurt am Main und Hamburg eher im Graubereich der Gesetzgebung betrieben wurden, öffneten in der Folge die ersten Konsumräume in Deutschland, rechtlich abgesichert durch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Allerdings nicht in Bayern. Die Bayerische Staatsregierung hielt weiterhin an ihren Grundsätzen der Drogenpolitik fest, die sie gerne als „Null-Toleranz-Politik“ bezeichnet, Null-Toleranz gegen Drogen, aber v. a. gegen Menschen, die illegale Drogen konsumieren. Der Abstinenzgedanke von illegalisierten Substanzen stand und steht im Mittelpunkt bayerischer Drogenpolitik, ohne Wenn und Aber, da stören damals wie jetzt Drogenkonsumräume das Bild einer drogenfreien Gesellschaft unter weiß-blauem Himmel.

Seitdem sind annähernd 20 Jahre vergangen. Weite Teile der Fachwelt in Bayern, Verbände, Vertreter*innen aus Politik und Gesellschaft, auch der CSU, treten zwischenzeitlich für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Bayern ein – bisher leider immer noch ohne durchschlagenden Erfolg.

Wie ist der aktuelle Stand, was ist bisher geschehen, warum gibt es immer noch keine Drogenkonsumräume in Bayern? Auf diese Fragen wollen wir eingehen und Hintergründe beleuchten.

Status Quo

Es gibt Drogenkonsumräume – wie eben schon angeführt – bereits seit über 30 Jahren, zweckmäßig ausgestattete Räumlichkeiten, in denen Konsument*innen von illegalisierten Substanzen die Gelegenheit erhalten, die von ihnen mitgebrachten Drogen unter risikoärmeren und hygienischen Bedingungen in einer stressfreien Atmosphäre zu konsumieren. Mit Stand April 2018 gab es insgesamt 78 offizielle Drogenkonsumräume in den Niederlanden, Deutschland, Dänemark, Spanien, Norwegen, Frankreich, Luxemburg und der Schweiz (EMCDDA, 2018, S. 3). Daneben befanden sich weitere Einrichtungen in Irland und Portugal in der Umsetzung, in Belgien in der Diskussion.

Drogenkonsumräume in Deutschland

Aufgrund eskalierender Drogenproblematiken im öffentlichen Raum entstanden auch in Deutschland Drogenkonsumraum-Angebote. So wurden 1994 erste Drogenkonsumräume in Deutschland offiziell in Hamburg und Frankfurt am Main auf kommunaler Ebene erlaubt, wenn diese auch mangels einer bundesgesetzlichen Grundlage in einem rechtlichen Graubereich betrieben wurden (Deutsche Aidshilfe & akzept e.V., 2011, S. 5).

Erst durch das 2. Betäubungsmittel-Änderungsgesetz vom 01.04.2000 wurde auch in Deutschland der Betrieb von Drogenkonsumräumen gesetzlich legitimiert. In dem damals neu eingefügten § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurden vom Bundesgesetzgeber zehn Mindeststandards formuliert, die für die Einrichtung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen erfüllt werden müssen, wie beispielsweise eine zweckdienliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die Gewährleistung einer medizinischen Notfallversorgung oder Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten in Drogenkonsumräumen. Daneben können die Landesregierungen im Rahmen der Länderkompetenz weitere Anforderungen formulieren (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, 2010).

Die Eröffnung eines Drogenkonsumraums im jeweiligen Bundesland setzt zudem den Erlass einer Rechtsverordnung auf Landesebene zum Betrieb von Drogenkonsumräumen voraus. Eine solche Rechtsverordnung gibt es bisher in sieben Bundesländern: Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland. In diesen Ländern existieren insgesamt 25 Drogenkon-

sumräume, in Berlin, Frankfurt am Main und Hamburg werden mehrere Räume betrieben (Deutsche Aidshilfe & akzept e.V., 2011). In Berlin sind zudem zwei Drogenkonsummobile im Einsatz, die ein mobiles Angebot an verschiedenen Szenetreffpunkten ermöglichen. Die bestehenden Drogenkonsumräume basieren auf unterschiedlichen Konzepten je nach Ausgestaltung der jeweiligen Landesverordnung.

In Baden-Württemberg wurde zum 01.04.2019 eine Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen, allerdings begrenzt auf Städte mit mehr als 300 000 Einwohner*innen und auf drei Jahre befristet (Südwestrundfunk, 2019). Auf Grundlage dieser Verordnung wurde ein Drogenkonsumraum in Karlsruhe eröffnet.

In Bayern wird sich bereits seit Jahren von Seiten der Drogenhilfe vor allem in den Städten Augsburg, München und Nürnberg für den Erlass einer Rechtsverordnung eingesetzt. Inzwischen haben sich die Stadträte der Städte München und Nürnberg, die Bezirkstage Mittelfranken und Oberbayern und der Bayerische Bezirkstag für die Realisierung von Drogenkonsumräumen ausgesprochen (vgl. Bayerischer Bezirkstag, 2016, S. 8). Da jedoch die Staatsregierung den Erlass der notwendigen Verordnung weiterhin ablehnt, gibt es derzeit in Bayern keine Möglichkeit zum Betrieb eines solchen Raumes.

Was ist bisher in Bayern passiert?

Stellungnahmen, Positionsbeschreibungen, fachpolitische Debatten, Runde Tische, Ausschusssitzungen, Anträge, Studien und Erhebungen – vieles wurde gesagt, getan, erhoben, diskutiert, gefordert und immer wieder aufs Neue von der Bayerischen Staatsregierung verworfen. Quasi reflexartig ablehnend reagieren die Verantwortlichen der Staatsregierung, sobald das Thema Drogenkonsumräume irgendwo im Lande auf der Tagesordnung steht oder in den Medien eine Meldung dazu erscheint.

Vielschichtig und breit aufgestellt sind zwischenzeitlich die Befürworter*innen von Drogenkonsumräumen in Bayern, aus der Fachwelt der Drogenhilfe und der Suchtmedizin, aber auch aus der Politik, in der sich neben Vertreter*innen der eher linken, ökologischen und liberalen Parteien nun auch Politiker*innen aus dem konservativen Parteienspektrum der Forderung nach Drogenkonsumräumen angeschlossen haben.

Studien und Befragungen

Im Jahr 2008 führte die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Kontaktläden eine bayernweite Befragung von Besucher*innen von Kontaktläden durch. 394 Drogenkonsument*innen wurden zu ihren Konsumgewohnheiten befragt, was sie von Drogenkonsumräumen halten und ob sie diese nutzen würden. Über 90 Prozent der Befragten erklärten einen Bedarf an ihrem Wohnort (Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., 2010, S. 6).

Der Paritätische in Bayern veranstaltete am 27.01.2009 einen Fachtag in München, an dem die Ergebnisse der Befragung vorgestellt wurden, und eröffnete damit eine landesweite Diskussion. Ein Positionspapier des Paritätischen Bayern zur Einführung von Drogenkonsumräumen in Bayern unterstützte die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema, in dem es die wichtigsten Fakten und Hintergründe zum Thema kompakt zusammenfasste, verknüpft mit der Forderung, dass die bayerische Staatsregierung eine Rechtsverordnung entsprechend § 10a BtMG erlässt, die es ermöglicht, Drogenkonsumräume einzurichten.

2017 folgte eine weitere Studie, durchgeführt von der mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. (mudra) in Kooperation mit Condrops e.V. In München, Nürnberg und Ingolstadt wurden 268 Drogenkonsument*innen nach ihren Konsumgewohnheiten und konsumierten Substanzen, zum allgemeinen Bedarf an einem Drogenkonsumraum, zum potenziellen Nutzungsverhalten, aber auch zu dessen Lage, Öffnungszeiten und ergänzenden Angeboten befragt. Auch in dieser Erhebung wurde deutlich, dass sich der weitaus größte Teil (88% sowohl in Nürnberg als auch in München/Ingolstadt) der Drogenkonsument*innen einen Drogenkonsumraum wünscht und diesen auch nutzen würde, 73 Prozent der befragten Nürnberger*innen und 62 Prozent der Münchner*innen sogar täglich (mudra, 2017, S. 11).

Am 25.09.2018 äußerte sich der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising zur Drogenproblematik in München und unterstützte die Forderung der Münchner CSU nach Drogenkonsumräumen in der Stadt (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., 2018).

Politische Debatten

Die Politik reagierte in den letzten Jahren zunehmend unterstützend und nahm sich des Themas an. Anträge verschiedener Parteien auf

kommunaler, Bezirks- und Landesebene beförderten die politische Diskussion.

Die Mitglieder der Sozial- und Gesundheitsausschüsse der Stadt Nürnberg informierten sich in einer gemeinsamen Anhörung am 07.05.2010. Expert*innen aus verschiedenen Bundesländern berichteten über Erfahrungen aus der täglichen Praxis von Drogenkonsumräumen aus Sicht der Konsumraumbetreiber sowie der Strafverfolgungsbehörden. Daraufhin fassten die Ausschüsse in einer weiteren gemeinsamen Sitzung am 15.07.2010 den Beschluss, dass sich die Stadt Nürnberg für die Eröffnung eines Drogenkonsumraums in der Stadt einsetzen und die Bayerische Staatsregierung zum Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung auffordern soll (Ratsinformationssystem der Stadt Nürnberg, Gesundheitsausschuss der Stadt Nürnberg, Sitzung vom 15.07.2010, sowie Beschluss des Sozialausschusses der Stadt Nürnberg vom 15.07.2010). In weiteren Gesprächen mit Fachleuten aus Drogenhilfe, Medizin, Wissenschaft und Forschung, aber auch aus Polizei und Justiz, wie z. B. am Runden Tisch am 04.12.2015, war die Einrichtung eines Drogenkonsumraums immer wieder Thema.

Der Münchner Stadtrat und sein Gesundheitsausschuss befassten sich in den letzten Jahren ebenfalls mehrfach mit dem Thema Drogenkonsumraum in der Landeshauptstadt. Auch hier wurden Anträge von Stadtratsfraktionen auf Einrichtung eines Drogenkonsumraumes gestellt. In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 21.10.2010 wurde das Thema diskutiert und beschlossen, dass sich die Stadt auf Bezirks- und Landesebene für den Erlass einer Rechtsverordnung einsetzt sowie den bayerischen Städtetag einbezieht, der in Fachausschüssen und der Vollversammlung den Antrag unterstützte (Ratsinformationssystem der Stadt München, Beschluss des Gesundheitsausschusses der Stadt München vom 21.10.2010 zu Antrag Nr. 08-14/A 01773 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 05.08.2010).

Im Juni 2018 stellten zwei CSU-Stadträte den Antrag, im Rahmen eines dreijährigen Modellprojektes eine medizinische Ambulanz mit Möglichkeit zum individuellen Drogenkonsum in München einzurichten und dabei auch das Konsumverhalten der Nutzerinnen und Nutzer zu untersuchen. Die CSU-geführte Staatsregierung soll aufgefordert werden, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen (Ratsinformationssystem der Stadt München, 2018). Diesem Antrag wurde von der Vollversammlung des Stadtrates zugestimmt. Die psychiatrische Universitätsklinik der Ludwig-

Maximilian-Universität München, die auch eine Ambulanz für diamorphingestützte Behandlung unterhält, zeigt Interesse, eine solche Ambulanz zu betreiben. Da die Staatsregierung zum Erlass einer Rechtsverordnung bisher nicht bereit war und damit auch wesentliche Vorgaben nicht bekannt sind, wurde das Ambulanzkonzept bisher nicht weiter ausdifferenziert.

Augsburg als weitere bayerische Großstadt hatte das Thema in seinen kommunalen Gremien ebenfalls schon auf der Tagesordnung. Grundsätzlich steht man in Augsburg dem Vorhaben für einen Drogenkonsumraum eher positiv gegenüber, eine klare Aussage liegt jedoch bisher nicht vor. Zumindest hat Augsburg im Jahre 2018 eine Suchthilfeeinrichtung eröffnet, in der Alkoholkonsum erlaubt ist. Fachleute der Augsburger Sucht- und Drogenhilfe bewerten dies als einen ersten Schritt, dem gegebenenfalls weitere in Bezug auf den erlaubten Konsum illegalisierter Drogen folgen könnten.

Der Vorstand des Bayerischen Städtetages beauftragte den damaligen Vorsitzenden des Städtetages, den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, das Anliegen, Drogenkonsumräume in Bayern zu ermöglichen, bei der Bayerischen Staatsregierung vorzubringen. Das Interesse des Bayerischen Städtetages verwundert nicht, denn insbesondere die Großstädte mit ihren Bürger*innen spüren die Negativfolgen bayerischer Drogenpolitik mit Drogenszenen insbesondere im öffentlichen Raum.

Auf Ebene der bayerischen Bezirke wurde das Thema Drogenkonsumräume auch über Jahre hin behandelt, in erster Linie in den Bezirkstagen von Mittelfranken, Oberbayern und Schwaben, in denen sich die drei größten bayerischen Städte Augsburg, München und Nürnberg befinden. Unterstützende Beschlüsse der Bezirkstage für Drogenkonsumräume wurden gefasst (Bezirk Mittelfranken, 2012). Der Bayerische Bezirkstag fasste nach einer fachpolitischen Debatte am 14.07.2015 den Beschluss, die Staatsregierung aufzufordern, endlich die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen für Drogenkonsumräume in Bayern zu schaffen (Bayerischer Bezirkstag, 2016, S. 8). Dies ist umso bemerkenswerter, als dass der damalige Präsident des Bayerischen Bezirkstages, Josef Mederer, aus den Reihen der CSU kommt und mit Schreiben vom 15.03.2016 seinen Parteifreund, den damaligen Ministerpräsidenten Horst Seehofer, freundlich aber bestimmt darauf hinweist, dass die Staatsregierung in der Pflicht steht, endlich Konsumräume zu ermöglichen. Diese klare Position bestätigte Josef Mederer wiederholt im Rahmen fachpolitischer Debatten, z. B. auf einer Tagung von akzept e.V.

und Condrops e.V. zum Thema Naloxon am 20.06.2017 in München.

Der Bayerische Landtag befasste sich aufgrund von Anträgen von Abgeordneten und Fraktionen mit dem Thema. Vor allem aus den Reihen der Grünen und der SPD wurde das Thema verfolgt, ein Fortschritt scheiterte aber regelmäßig an der unnachgiebigen Haltung der CSU-geführten Bayerischen Staatsregierung (vgl. Bayerischer Landtag, 2010). Auch in Zeiten einer Koalition der CSU mit der FDP fand die Forderung nach Erlass einer Rechtsverordnung kein Gehör, obwohl der Juniorpartner in der Staatsregierung in den Reihen seines Parteinachwuchses sowie in der Kommunalpolitik sachkundige und vehemente Befürworter*innen für eine liberale Drogenpolitik und auch für Drogenkonsumräume hatte. Die aktuelle Koalition in der Bayerischen Staatsregierung aus CSU und Freien Wählern sieht offensichtlich ebenfalls keinen Bedarf für den Erlass einer Rechtsverordnung und greift das Thema nicht auf.

Der Einfluss der Bundesregierung auf die Situation in Bayern ist gering bis gar nicht vorhanden. Nun war die Position der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in den letzten Jahren mit Frau Marlene Mortler (CSU) besetzt, einer Politikerin aus bayerischen Landen. Sie bemühte sich allerdings um den Spagat zwischen einer drogenpolitischen Linie der Bundesregierung, die Drogenkonsumräume zulässt, und der eher repressiven Haltung ihrer Partei in ihrem Bundesland.

Weitere Aktionen

Am 14.07.2015 fuhren 18 Nürnberger Drogenkonsument*innen nach München, trafen dort mit Münchner User*innen zusammen und veranstalteten eine Art Mahnwache vor dem Maximilianeum, dem Sitz des Bayerischen Landtags. Im Vordergrund der Mahnwache stand die Forderung nach Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Bayern. Anlass für diese Aktion war die im Maximilianeum an diesem Tag stattfindende Fachdebatte zum Thema Drogenkonsumräume des Bayerischen Bezirkstages. Mit Plakaten und Transparenten proklamierten die Teilnehmer*innen ihre Rechte, basierend auf dem Artikel 1 Grundgesetz „Auch wir haben Würde und ein Recht auf Gesundheit!“ – eine auch in den Medien beachtete Aktion von betroffenen Menschen, die sich für ihre Rechte einsetzen.

Im Juli 2012 fand in der Nürnberger Innenstadt im öffentlichen Raum die Eröffnung eines Drogenkonsumraums statt. Virtuell und

als Kunstprojekt von Studierenden der Akademie für bildende Künste in Kooperation mit der mudra inszeniert, erregte diese Aktion viel Aufsehen.

Konzept für einen Drogenkonsumraum in Bayern eingereicht

Im Juli 2018 reichte die mudra ein Konzept einschließlich Personal- und Kostenplanung für den Betrieb eines Drogenkonsumraums in Nürnberg beim Bayerischen Gesundheitsministerium ein. Auch die Stadt Nürnberg und der Bezirk Mittelfranken erhielten das Konzept. Eine Antwort aus dem Ministerium steht nach wie vor aus.

Die wichtigsten Gründe für die ablehnende Haltung der Bayerischen Staatsregierung

Die Bayerische Staatsregierung beharrt auf ihrer eher repressiv und abstinenzorientierten Drogenpolitik – zuletzt manifestiert und immer noch aktuell in den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen aus dem Jahr 2007. Hier wird ausgeführt, dass „im Bereich der illegalen Suchtmittel (...) die Repression ihre zentrale Bedeutung bei der Suchtbekämpfung bei[behält], sowohl durch Maßnahmen von Politik, Polizei und Justiz zur Verminderung von Nachfrage und Angebot als auch durch konsequente Anwendung des Jugendschutzgesetzes. (...) Die bayerische Staatsregierung wendet sich konsequent gegen einen falsch verstandenen Liberalismus im Umgang mit Suchtmitteln, gegen die Aufweichung von rechtlichen Schutzwällen und Nachgiebigkeit gegenüber modischen, gesellschaftlichen Trends. Dies gilt beispielsweise (...) gegenüber vermeintlichen Hilfeangeboten für Betroffene, wenn diesen jeglicher Anreiz für einen eigenverantwortlichen suchtmittelfreien Lebensstil fehlt“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 2 f.). Daneben wurden vom Freistaat Bayern in den oben zitierten Grundsätzen zehn übergeordnete und langfristige suchtpolitische Ziele festgelegt. Neben Zielen wie „keine Verharmlosung des Konsums illegaler Suchtmittel (Drogen)“ oder „Vorrang der Abstinenz als Therapieziel bei Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln (Drogen)“ ist hier formuliert, dass sich die bayerische Staatsregierung weiterhin zu Zielen wie „keine Pseudo-Überlebenshilfe“ oder „keine rechtsfreien Räume“ in Bayern bekennt und deshalb ein klares „Nein“

zu Drogenkonsumräumen vertritt (a.a.O., S. 4).

Keine Pseudo-„Überlebenshilfe“

Die Drogen- und Suchtpolitik der deutschen Bundesregierung steht auf den „Vier Säulen“:

1. Prävention,
2. Beratung, Behandlung, Rehabilitation,
3. Überlebenshilfe und Schadensreduzierung und
4. Repression und Angebotsreduzierung (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Drogen und Sucht, 2005, S. 5).

Drogenkonsumräume zielen durch das Bereitstellen von hygienischen Konsumbedingungen, ständiger (medizinischer) Überwachung der Konsumvorgänge, Versorgung in Notfällen und bei Überdosierungen (Stöver, 2002, S. 175) und der Vermittlung von Safer-Use-Strategien in erster Linie auf Überlebenshilfe, Gesundheitsförderung/-prophylaxe und Schadensminimierung bei Drogenkonsument*innen ab und knüpfen somit an die dritte Säule „Überlebenshilfe und Schadensreduzierung“ der deutschen Drogen- und Suchtpolitik an.

Der AK-Konsumraum der Deutschen Aids-Hilfe und akzept e.V. geht davon aus, dass der Freistaat Bayern auf die Nennung der dritten Säule „Schadensminderung und Überlebenshilfe“ verzichtet und seine Drogenpolitik einseitig auf Repression und Verfolgung ausrichtet (Deutsche Aids-Hilfe & akzept e.V., 2011, S. 12). Bayern konstatiert dagegen, dass hierdurch „die vielschichtigen präventiven Anstrengungen von Staat, Gesellschaft und Familie (...) ad absurdum geführt [werden], weshalb Bayern diesem Ansinnen auch künftig entgegen tritt“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 4). Repression sei zur Eindämmung der Betäubungsmittelkriminalität unverzichtbar (a.a.O., S. 38). Ebenso deutlich äußerte sich die CSU in ihrem Grundsatzprogramm aus dem Jahr 2007, in dem sie auf den „politischen Dreiklang“ der Säulen Prävention, Repression und Hilfe, Beratung, Therapie, Nachsorge setzt, während Drogen geächtet werden müssten und ihre Verharmlosung nicht toleriert werden dürfe (CSU-Landesleitung, 2007, S. 111). Im aktuellen CSU-Grundsatzprogramm aus dem Jahr 2016 wird der Bereich der Drogen- und Suchtpolitik komplett ausgespart (CSU-Landesleitung, 2016).

Keine rechtsfreien Räume

In den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen steht, dass in Bayern keine rechtsfreien Räume geduldet würden und sich die Staatsregierung deshalb mit einem kompromisslosen Nein zu Drogenkonsumräumen positioniere, denn nur eine umfassende Repression sei auf Dauer glaubwürdig und gewährleiste Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit für alle Bürgerinnen und Bürger (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 4).

Legalitätsprinzip

Die strikte Ablehnung von Drogenkonsumräumen begründet die Bayerische Staatsregierung auch damit, dass ein erfolgreicher Betrieb von Drogenkonsumräumen nur durch einen Verzicht der Polizei auf Maßnahmen gegen Konsumraumbesucher*innen unter Missachtung des Legalitätsprinzips möglich sei (a.a.O., S. 38).

Unter dem Legalitätsprinzip versteht man die Verpflichtung der Staatsanwaltschaft (gemäß § 152 Abs. 2 Strafprozessordnung [StPO] i.v.m. § 160 Abs. 1 StPO) bzw. der Polizei (gemäß § 152 Abs. 2 StPO i.v.m. § 163 Abs. 1 S. 1 StPO), ein Ermittlungsverfahren einzuleiten bzw. selbstständig einzuschreiten, sofern der/die Beamte/Beamtin während der Ausübung des Dienstes Kenntnis vom Verdacht einer Straftat erlangt hat. Der Anfangsverdacht einer Straftat ist hierfür ausreichend (Graf, 2012, § 163 StPO, Rn. 4).

Verhinderung offener Drogenszenen

Ein weiteres Argument der Bayerischen Staatsregierung für die Ablehnung von Drogenkonsumräumen ist die Verhinderung offener Drogenszenen. So habe die staatliche Untätigkeit in Großstädten anderer Bundesländer nach Ansicht der Bayerischen Staatsregierung zu unerträglichen Zuständen geführt, woraufhin zur Lösung der dortigen Drogenprobleme Drogenkonsumräume eingerichtet worden seien, während in Bayern der öffentliche Konsum illegalisierter Drogen in offenen Drogenszenen vor allem durch polizeiliche Aktivitäten hätte verhindert werden können (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 38 f.).

Sogwirkung auf Dealer und Jugendliche

Drogenkonsumräume üben auf Dealer eine Sogwirkung aus, die die Lebensqualität der Bevölkerung im Umfeld eines Konsumraumes zu Gunsten einer Minderheit ganz erheblich beeinträchtigt, so die Bayerische Staatsregierung. Ferner seien offene Drogenszenen für die Bevölkerung im Allgemeinen und für Familien im Speziellen ebenso wie für die betroffene Geschäftswelt unzumutbar (a.a.O., S. 38). Aus diesen Gründen behalte die Repression bei der Drogenbekämpfung in Bayern ihre zentrale Stellung, denn eine erfolgreiche Repression bedeute, dass auf allen Ebenen des Handels mit illegalen Suchtmitteln ebenso wie bei allen Akteuren des Geschehens eingegriffen werde und dass vor Ort entschieden gegen Kleinhandel und dealende Konsument*innen vorgegangen werde (a.a.O., S. 4). Hierdurch sei die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel eingeschränkt. Die Maßnahmen von Polizei und Justiz erschwerten den Zugang zu Drogen, um insbesondere jungen Menschen keinen Kontakt mit illegalen Drogen und der Drogenszene zu ermöglichen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Sucht und Abhängigkeit, 2007).

Fazit

Man muss eingestehen, dass die Bayerische Staatsregierung in den letzten Jahren die Bemühungen verstärkt hat, der Sucht- und Drogenproblematik im Lande entgegenzutreten. Maßnahmen im Bereich der Prävention wurden verstärkt, ein Modellversuch zum Einsatz von nasal zu applizierendem Naloxon bei Atemstillständen nach Opioidkonsum wurde gestartet, Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Substituierten, auch in Justizvollzugsanstalten, fanden statt und anderes mehr. Dennoch gibt es dringenden Handlungsbedarf, denn Bayern gehört seit Jahren zu den Bundesländern in Deutschland, in denen die Problematik ausufert und ansteigt. Die Zahl der Drogentoten im Freistaat ist enorm, die üblichen Schwankungen berücksichtigend, zählen die bayerischen Städte bundesweit mit die höchsten Belastungsziffern in Bezug auf Drogentote je 100 000 Einwohner*innen, zeitweise sogar als absolute Spitzenreiter in Deutschland. Im Jahr 2019 steigen die Zahlen der drogenbedingten Todesfälle verglichen mit dem Vorjahr. In Nürnberg fällt auf, dass von 20 Drogentoten mit Stand 22.09.2019 (Vergleichszeitraum Vorjahr: 10) elf im öffentlichen Raum verstorben sind bzw. aufgefunden wurden. München zählte zum Stichtag 06.09.2019 schon 29 Drogentote

(Vergleichszeitraum Vorjahr: 17). Offene Szenen gibt es in allen größeren bayerischen Städten, in schöner Regelmäßigkeit durch Polizeieinsätze durcheinandergewirbelt, letztendlich aber nur verdrängt und ohne nachhaltigen Effekt auf Auflösung.

Die Hoffnung einiger Idealisten aus der Drogenhilfe damals in den 1990er Jahren, dass sich Bayern für eine pragmatische, humane und zum Nutzen aller Beteiligten ausgerichteten Drogenpolitik öffnet, hat sich über die Jahre hin nur in geringem Umfang erfüllt. Ja, es gibt eine Substitutionsbehandlung, ein diarmorphingestütztes Angebot, wenn auch nur ein einziges in der Landeshauptstadt. Es gibt Spritzenautomaten und anderes mehr, alles in den 1990ern noch undenkbar für Bayern, aber über den Schatten zu springen und auch Drogenkonsumräume zuzulassen, das schaffte die Bayerische Staatsregierung bisher nicht, ungeachtet der empirisch belegten praktischen Erfahrungen anderer Bundesländer und wissenschaftlicher Studien zum Nutzen, aber auch zu Risiken und möglichen Negativeffekten von Drogenkonsumräumen ebenso wie strafrechtlichen Gutachten. Stattdessen werden weiterhin Horrorszenarien in der Folge eines solchen Angebots entwickelt, Katastrophengemälde gezeichnet, fernab jeglicher Realität. So ist beispielsweise das seitens der Bayerischen Staatsregierung oft verwendete Argument der Abkehr vom Legalitätsprinzip ein schwaches Argument, wie Dr. Körner, ehemaliger Oberstaatsanwalt bei der Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main, in seinem strafrechtlichen Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen bereits 1993 feststellte, denn grundsätzlich müssten die Strafverfolgungsbehörden selbstverständlich jeglichem Tatverdacht nachgehen. Laut Körner sei es jedoch auch möglich, dort nicht nach Verdachtsmomenten zu suchen, wo Strafverfolgung nicht im öffentlichen Interesse liege, das Verschulden gering sei und der Gesetzgeber ein Absehen von Strafverfolgung vorgesehen habe (Körner, 1993, S. 16). Demnach gibt es verschiedene Handlungsspielräume, die man nutzen könnte, sofern eine Bereitschaft dazu bestünde, wie der Umgang anderer Bundesländer mit Drogenkonsumräumen belegt. Dort haben die Akteure bereits vor mehr als 30 Jahren erkannt, dass alternative Unterstützungsmöglichkeiten gefunden werden müssen und der Weg einer repressiv-prohibitionistischen Drogenpolitik als gescheitert angesehen werden muss (Schmidt-Semisch, 1990, S. 163, zit. in Wierling, 2002, S. 29). Nur so konnten viele niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Angebote, orientiert an den Bedürfnissen der Betroffenen, wie die Substitutionsbehandlung,

die Spritzenvergabe, aber auch Drogenkonsumräume, geschaffen werden, die wiederum durchaus zu einer Verringerung der Morbidität und Mortalität von Drogenkonsument*innen sorgen (Ebert & Sturm, 2009, S. 56).

Dass die aktuellen Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen aus dem Jahre 2007 datieren, spricht für sich. Interesse an einer wirkungsvollen und effektiven Drogenpolitik sieht anders aus.

Doch die Hoffnung stirbt zuletzt. Die Zahl der Befürworter*innen und Unterstützer*innen für Drogenkonsumräume in Bayern aus Fachwelt und Politik nimmt zu. Im zuständigen Bayerischen Gesundheitsministerium wurde in der verantwortlichen Position ein personeller Wechsel vollzogen, die politischen Mehrheitsverhältnisse im Landtag könnten sich bei der nächsten Wahl weiter verschieben. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Literatur

- Bayerischer Bezirkstag (2016). *Bezirkstag.info, Ausgabe 1/2016*. Online verfügbar unter https://www.bay-bezirke.de/data/pdf/_bezirkstag.info_1_2016.pdf – zuletzt geprüft am 05.09.2019.
- Bayerischer Landtag (2010). *16. Wahlperiode, Antrag Drs. 16/4995*. Online verfügbar unter <https://www.bayern.landtag.de/webangebot2/webangebot/vorgangsanzeige;jsessionid=3AC31A3B139244C02A2CE8259E043377?execution=e1s1> – zuletzt geprüft am 05.09.2019.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Sucht und Abhängigkeit (2007). *Vorbeugen, schützen, helfen*. Online verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/sucht/> – zuletzt geprüft am 29.09.2010.
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. *Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen*. Beschluss der Bayerischen Staatsregierung vom 12. Juni 2007.
- Bezirk Mittelfranken (2012). *Resolution Drogenkonsumräume 2012*. Online verfügbar unter https://www.gew-ansbach.de/data/2012/02/Fraktionsuebergreifende_Resolution_Drogenkonsumraeume_Antrag.pdf – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Böllinger, L. & Stöver, H. (Hrsg.) (2002). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Drogen und Sucht (2005). *Ein Plan in Aktion*. Online verfügbar unter https://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmgsa600.pdf

- Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. (2018). *Pressemitteilung „Wir brauchen Drogenkonsumräume!“*. 25.09.2018. Online verfügbar unter <https://www.caritas-nah-am-naechsten.de/news-detail/5742/--wir-brauchen-drogenkonsumraeume> – zuletzt geprüft am 18.09.2019.
- CSU-Landesleitung (2007). *Chancen für alle! In Freiheit und Verantwortung gemeinsam Zukunft gestalten*. Grundsatzprogramm vom 29.09.2007.
- CSU-Landesleitung (2016). *Die Ordnung – Das Grundsatzprogramm der Christlich-Sozialen Union*.
- Deutsche Aidshilfe & akzept e.V. (2011). *Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums*. Online verfügbar unter <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte> – zuletzt geprüft am 02.09.2019.
- Ebert, K. & Sturm, S. (2009). „Alte Hasen – neue Hilfen“ – Was muss die Drogenhilfe für alternde Konsumenten tun? In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *Drogenhilfe und Drogenpolitik – Kritische Gegenwartsdiagnosen* (S. 55-74). Berlin: VWB.
- EMCDDA (2018). *Drogenperspektiven, Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten*, 07.06.2018. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Online verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_DE.pdf
- Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main (2010). *Der Generalstaatsanwalt – Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB). Schreiben an die Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, Rechtliche Situation der Drogenkonsumräume, Geschäftszeichen 406/5 E 1/10*, 08.04.2010.
- Graf, J. (2012). *Strafprozessordnung. Mit Gerichtsverfassungsgesetz und Nebengesetzen. Kommentar* (2. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Körner, H. H. (1993). *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen*.
- mudra (2017). *Drogenkonsumraum aus Sicht der NutzerInnen. KonsumentInnenbefragung in Nürnberg und München 2017*. mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. Online verfügbar unter <https://www.mudra-online.de/downloads.html> – zuletzt geprüft am 29.09.2019.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V. (2010). *Sozialpolitische Positionen, Diskussionspapier zur Einführung von Drogenkonsumräumen in Bayern*. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DPW%20Bayern_Positionspapier_DKR%202010.pdf
- Ratsinformationssystem der Stadt Nürnberg. *Gesundheitsausschuss der Stadt Nürnberg. Sitzung vom 15.07.2010*. Online verfügbar unter https://online-service2.nuernberg.de/buergerinfo/si0056.asp?_ksinr=12208 – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Ratsinformationssystem der Stadt München. *Beschluss des Gesundheitsausschusses der Stadt München vom 21.10.2010 zu Antrag Nr. 08-14/A 01773 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 05.08.2010*. Online verfügbar unter <https://www.muenchen-transparent.de/dokumente/2124752> – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Ratsinformationssystem der Stadt München (2018). *CSU-Fraktion im Münchner Stadtrat, Antrag Nr. 14-20/A 04136 von Herrn StR Prof. Dr. Theiss, Herrn StR Manuel Pretzl, „Drogenkonsumraum in München als Modellprojekt“ vom 01.06.2018 zur Vollversammlung des Münchner Stadtrates am 04.10.2018*. Online verfügbar unter <https://www.muenchen-transparent.de/dokumente/5086146> – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Südwestrundfunk (2019). *Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen*. Online verfügbar unter <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/karlsruhe/Drogenkonsumraum-kann-kommen-Landesverordnung-ermoglicht-sogenannte-Fixerstube-in-Karlsruhe,drogenkonsumraum-karlsruhe-100.html> – zuletzt geprüft am 03.09.2019
- Wierling, M. (2002). *Fixerstuben, Druckräume, Konsumräume – Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit*. Münster: INDRO e.V.



Bertram Wehner

Diplom-Sozialpädagoge (FH),
Sozialbetriebswirt, Organisationsberater, bis
2019 Geschäftsführer der mudra-Drogenhilfe
Nürnberg, Lehrbeauftragter an der
Evangelischen Hochschule Nürnberg
und an der Technischen Hochschule
Georg Simon Ohm Nürnberg.
wehner.bertram@web.de

Melanie Hofmann

Diplom-Sozialjuristin (FH),
Fachberatung Behindertenhilfe, Psychiatrie,
Sucht beim Paritätischen Wohlfahrtsverband,
Landesverband Bayern, Bezirksverband
Mittelfranken, Vorstand der Psychosozialen
Arbeitsgemeinschaft Nürnberg e.V.
melanie.hofmann@paritaet-bayern.de



Bonn



Bonn



Bonn



Bonn



Frankfurt am Main



Sala Baluard, Barcelona



Sala Baluard, Barcelona

Ist Naloxon die Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen?

Kerstin Dettmer

Der Titel mag irritieren, provozieren oder einfach nur völlig abwegig erscheinen – aber wie oft in der Drogenpolitik gibt es eben diese Realitäten, die genau das sind: irritierend, provozierend oder einfach nur völlig abwegig.

Drogenkonsumräume

Drogenkonsumräume sind ein wichtiger Baustein der niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Drogenhilfe. Sie bieten eine ganze Palette von Angeboten, die Risiken des Konsums illegalisierter Substanzen zu verringern und damit ein möglichst gesundes Leben bzw. Überleben zu ermöglichen. Das Überleben der drogenkonsumierenden Menschen zu sichern, ist sicherlich das vorrangigste Ziel von Drogenkonsumräumen, aber sie dienen eben auch der Reduzierung des Infektionsrisikos beim Drogenkonsum, der Vermittlung von Safer Use-Techniken, der medizinischen Beratung und (Wund-)Versorgung, der bedarfsorientierten Hilfe durch Sozialarbeiter*innen etc... Politisch sind Drogenkonsumräume oftmals erst umsetzbar, wenn der Druck durch Drogenkonsum im öffentlichen Raum steigt und übliche ordnungspolitische Maßnahmen nicht den erhofften Erfolg bringen oder die Zahl derer steigt, die durch den Konsum illegalisierter Substanzen versterben.

Damit Politik die Implementierung von Drogenkonsumräumen ermöglicht, also in Deutschland eine entsprechende Rechtsverordnung auf Länderebene erlässt und notwendige Gelder zur Verfügung stellt, müssen, wie sich in der Vergangenheit immer wieder zeigte, aber nicht nur obengenannten Probleme auftreten. Es muss schlichtweg der politische Wille vorhanden sein!

Kann nun Politik, trotz vorhandener Drogenproblematik und fachlicher Sinnhaftigkeit, sich nicht für die Implementierung von Drogenkonsumräumen entscheiden, werden ggf. andere Möglichkeiten gesucht, um unerwünschte Folgen des Drogenkonsums zu redu-

zieren. Eine hohe Anzahl an Drogentoten übt hierbei sicherlich einen ganz besonderen moralischen Handlungsdruck auf politische Entscheidungsträger aus.

Naloxon

Die Verschreibung von Naloxon (= Opioidantagonist, der in kürzester Zeit opioidbedingte Überdosierungen aufheben kann) an opioidgebrauchende Menschen im Rahmen von Drogennotfalltrainings, hat in Deutschland bereits eine gewisse Tradition. Schon 1998 wurden bei *Fixpunkt e.V.* in Berlin erste Drogennotfalltrainings mit Naloxonverschreibung im Rahmen eines Modellprojekts durchgeführt. Nach Beendigung des Modellprojekts, das international eine gewisse Aufmerksamkeit erhielt, passierte in Deutschland bzgl. der Drogennotfallprävention durch Verschreibung von Naloxon jahrelang nichts Neues: nur in Berlin wurde auf niedrigem Niveau bei *Fixpunkt e.V.* die Naloxonverschreibung fortgeführt.

International tat sich hingegen einiges: es entstanden diverse Projekte, die nun „Naloxon-Take-Home“-Projekte genannt wurden. Aber erfreulicherweise geschah dann schließlich doch noch etwas in Deutschland: in den letzten Jahren wurden in verschiedenen Städten entsprechende Angebote implementiert – auch hier ist die steigende Zahl von Drogentoten meist ein wesentlicher Faktor für die Entstehung neuer Projekte. Fast immer waren es engagierte Träger der Drogenhilfe, die oftmals gegen politische Widerstände oder auch Bedenkenträger*innen aus der Drogenhilfe selbst ein solches Angebot ermöglichten. Durch die Verfügbarkeit und Verschreibungsfähigkeit von Naloxon-Nasenspray seit Herbst 2018 hat die Akzeptanz bei Politik und Fachöffentlichkeit dann nochmal einen deutlichen Schub erhalten.

Es drängt sich allerdings beim Thema „Naloxonverschreibung an opioidgebrauchende Drogengebraucher*innen“ schon die Frage

auf, warum Ärzt*innen, die im suchtmmedizinischen Bereich tätig sind, immer noch sehr zurückhaltend agieren und Naloxon selten ihren Patient*innen verschreiben.

Mit dem Naloxon-Nasenspray steht jetzt ein verschreibungsfähiges Notfallmedikament zur Verfügung, das explizit auch für die Laienanwendung zugelassen wurde. Es ist doch eigentlich ein medizinischer Standard, dass gefährdeten Menschen ein für sie lebensrettendes Notfallmedikament verschrieben wird – warum gilt dieser Standard nicht selbstverständlich auch bzgl. der Naloxonverschreibung? Die Verfügbarkeit von Naloxon wäre dann wenigstens für krankenversicherte Drogengebraucher*innen, die eine Arztpraxis aufsuchen (können), völlig unabhängig von drogenpolitischen Gegebenheiten gesichert. Drogennotfalltrainings, wie sie in den meisten Naloxon-Take-Home-Projekten angeboten werden, sind sicherlich sinnvolle Maßnahmen – Voraussetzung für die Verschreibung von Naloxon sind sie nicht. Naloxon verschreibende Ärzt*innen müssen lediglich, wie bei allen anderen Verschreibungen auch, ihrer Aufklärungspflicht Genüge tun.

Überdosierungen

Überdosierungen gehören zum Lebensalltag von Menschen, die illegalisierte Drogen konsumieren: die richtige Dosierung zu finden ist immer wieder eine heikle Angelegenheit. Am Beispiel intravenös konsumierten Heroins zeigt sich deutlich, welche Faktoren u. a. eine letale Überdosis begünstigen können:

Der Wirkstoffgehalt des Schwarzmarktheroins schwankt erheblich. Auch der Toleranzzustand der Konsumierenden unterliegt Schwankungen, wenn nicht täglich die gewohnte Menge konsumiert wird/werden kann. Ebenso die aktuelle physische und psychische Verfassung können Einfluss auf den Toleranzzustand haben, und schließlich erhöht Misch- bzw. Beikonsum das Risiko, die Kontrolle über den Drogenkonsum zu verlieren.

Eine klassische Heroinüberdosierung führt zur Bewusstlosigkeit, eine Atemdepression setzt ein, die zu einem Atemstillstand führen kann. In dieser Situation können Erste Hilfe-Maßnahmen fast immer lebensrettend eingesetzt werden – vorausgesetzt ein potenzieller Ersthelfer ist anwesend und verfügt über das notwendige Knowhow, eine effektive Notfallkette in Gang zu setzen: Notruf absetzen und Erste Hilfe-Maßnahmen beginnen. Im Idealfall verfügt der Ersthelfer auch noch über Naloxon und weiß, wie dieses anzuwenden ist.

Drogentote

Das Beklagen der Drogentoten, die durch den Konsum illegalisierter Substanzen verstorben sind, ist ein Ritual, das sich jedes Jahr leider aufs Neue wiederholt, als handele es sich um eine unabwendbare Tragödie. Dabei gibt es effektive Maßnahmen, Überdosierungen oder wenigstens deren letalen Ausgang zu verhindern.

Neben einer regulierten Abgabe bzw. einer geregelten Legalisierung, die sicherlich die weitreichendsten positiven Auswirkungen für das Leben und Überleben der drogenkonsumierenden Menschen hätte, können u. a. Originalstoffvergabe/Substitution, die Implementierung von Drogenkonsumräumen und die Vergabe von Naloxon an opioidgebrauchende Menschen und potenzielle Ersthelfer*innen Leben retten.

Um die Anzahl der Drogentoten zu verringern, gibt es nicht nur diverse effektive Maßnahmen, es bedarf auch meistens mehrerer Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen, da die Ursachen/Rahmenbedingen für tödliche Überdosierungen sehr unterschiedlich sind.

Naloxon statt Drogenkonsumräume?

Naloxon-Take-Home-Programme und Drogenkonsumräume sind schadensmindernde Maßnahmen die, je nach politischen Gegebenheiten, mitunter nur nach „zähem Ringen“ oder gar nicht durchsetzbar sind.

Beide Maßnahmen können jedoch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Zahl der Drogentoten zu reduzieren, und ergänzen sich aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Ansätze vortrefflich.

Während die Naloxonvergabe die Befähigung zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt stellt, weit in den privaten Bereich von drogengebrauchenden Menschen hineinwirkt, allerdings nur bei einer opioidbedingten Überdosis Wirkung zeigen kann, sind Drogenkonsumräume, je nach konzeptioneller Ausrichtung, viel breiter aufgestellt (s. o.). Überleben zu sichern ist eine der Kernaufgaben von Drogenkonsumräumen und es werden Überdosierungen in der Einrichtung und ggf. auch im unmittelbaren Umfeld fachgerecht versorgt. Meistens handelt es sich um Überdosierungen, an denen Opioide maßgeblich beteiligt sind, lebensbedrohliche Komplikationen nach Konsum anderer Drogen nehmen aktuell jedoch zu. Dafür Strategien zu entwickeln, die ein Überleben auch außerhalb

der Drogenkonsumräume ermöglichen (analog den Naloxon-Take-Home-Projekten), wäre ein weitere wichtige Maßnahme.

Das Fazit kann also nur lauten:

Naloxon ist *keine* Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen.



Kerstin Dettmer

Ärztin in Berlin

20 Jahre in der akzeptierenden Drogenarbeit tätig. Verantwortlich für Drogenkonsumräume, Drogennotfalltrainings und Naloxonverschreibungen, Test- und Impfprojekte. Aktuell tätig im HIV/STI-Bereich im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Außerdem Trainerin u. a. für die Deutsche Aidshilfe.

kerstin.dettmer@gmx.de