

# **Jahresbericht 2013**

## **Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) und Konsumraum**

Integrative Angebote niedrigschwelliger,  
szenenaher- und schadensminimierender Drogenhilfe

Konzeption, Leistungsbeschreibung, Nutzungserhebung und  
Dokumentation

**INDRO e.V.**  
**Münster, Februar 2014**

Drogentherapeutische  
Ambulanz (DTA)  
und  
Konsumraum

Jahresbericht 2013

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

## Konzeption, Zielbestimmung und Angebotsstruktur

Am 1.1.1999 wurde das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum beim INDRO e.V. um das Angebot einer Drogentherapeutischen Ambulanz als szenenahe medizinische Akutversorgung ergänzt. Nach den Umbauarbeiten erfolgte die offizielle Eröffnung am 16.4.1999. Am 10.4.01 konnte dann das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum mit dem ersten Drogenkonsumraum in NRW (offizielle Betriebserlaubnis) erweitert werden. Gefördert wird die gesamte Einrichtung vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes NRW und der Stadt Münster als Kooperationsprojekt im Rahmen der Vernetzungsstruktur der Drogenhilfe in Münster.

**Zielbestimmung** eines niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums ist es, die körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter psychoaktiv wirksamer Substanzen in der offenen Drogenszene ergeben können, zu minimieren und somit zu lindern sowie Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von drogenbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen unterstützend bereitzustellen. Medizinische Akutversorgungen, hygienisch-kontrollierte Konsummöglichkeiten und Gesundheitsprävention sowie integrative Versorgungsleistungen wie soziale Beratungen und psychosoziale Betreuungen sind hierbei die zentralen Bausteine.

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

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

In der Gesamtrahmung des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums des INDRO e.V. und in enger Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten und Versorgungsstrukturen der Stadt Münster soll der gesundheitlichen und sozialen Verelendung von Drogenabhängigen entgegengewirkt werden. Folgende Angebote des **niedrigschwelligen Hilfezentrums** werden vorgehalten:

- Niedrigschwellige Drogenberatung und Kontaktladen
- Drogenkonsumraum
- Spritzentausch

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

Nach dem dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.2000 (Kabinettsbeschluss vom 28.7.1999) ist durch die Einfügung des § 10 a ins Betäubungsmittelgesetz Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen hergestellt worden. Demnach muss eine länderspezifische Umsetzungsverordnung erlassen werden, nach der der Betrieb von Drogenkonsumräumen näher geregelt und per Antrag genehmigt werden kann. Zehn Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von mitgeführten Substanzen in Drogenkonsumräumen müssen dabei länderspezifisch im Rahmen einer Ermächtigungsverordnung festgelegt werden. Dies betrifft die räumliche Ausstattung, die medizinische Notfallversorgung, die Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote, Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten, die Vereinbarung mit zuständigen Behörden, die Zugangskriterien, die Dokumentation, die personelle Ausstattung und die Verantwortlichkeit (zur Übersicht vgl. DAH/akzept e.V. 2011).

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

„Der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll dazu beitragen,

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

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

- Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation von mitgeführten Drogen (Besitz zum Eigenverbrauch in geringer Menge: § 31a BtMG und § 6 Rechtsverordnung des Landes NRW);
- Reduzierung des Infektionsrisikos beim intravenösen Drogengebrauch;
- Sofortige Hilfe bei Überdosierungen und Drogennotfallsituationen;
- Vermittlungen von Techniken des Safer-Use;
- Medizinische Hilfe bei Wundinfektionen und Abszessen;
- Gesundheitspräventive Maßnahmen im Sinne der Reduzierung des Mortalitätsrisikos und der HIV- und Hepatitisinfizierungsmöglichkeit;
- Direktes Abrufen intermittierender Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) in Aushandlung mit verfügbaren Hilferessourcen (strukturiertes Case-Management);
- Sicherung des Überlebens von Drogenabhängigen;
- Einleitung des Einstiegs in den Ausstieg aus der Sucht;
- Vermittlung bei Nachfrage und auf Wunsch in weiterführende suchtherapeutische Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung als Hilfe „Just in Time“;
- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen).

## **Notfallplan und personale Sicherheitsregeln**

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei den „leichten“ Notfällen hat sich gezeigt, dass die Handlungsbedingungen (Personal, medizinische Ausstattung) zur Behandlung eines Drogennotfalls in der Einrichtung weiterhin sehr gut funktionieren. Durch rechtzeitiges Reagieren des Konsumraumpersonals konnte 2013 in 20 Fällen eine Notfallprävention durchgeführt werden - so wurden „schwere“ Notfälle präventiv verhindert.

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

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

# Drogennotfallmanagement (schwerer Notfall)

Helfer 1	Helfer 2	Helfer 3	Theke	Büro
Eigenschutz: Handschuhe, Kanüle	Eigenschutz: Handschuhe, Kanüle			
Bewusstseinskontrolle (Aas-Prinzip)	„Pulsoxi“ an Helfer 1 geben			
Puls-O2 Sättigungs-Kontrolle (Pulsoxi) Allgemeinzustand prüfen (blaue Lippen ?)	Allgemeinzustand prüfen (blaue Lippen ?)			
„Zustand bedenklich !“	Vorbereitung: Rote Rettungsdecke + Beatmungsbeutel + Sauerstoffflasche			
„Notruf absetzen !“	Alarmknopf für Helfer 3  Notrufübermittlung an Büro	Eigenschutz: Handschuhe Unterstützung für Helfer 1 + 2	Konsumraum schließen (Anmeldezettel wegräumen)	Notruf absetzen (112) Zeit dokumentieren
Transport in Vorraum	Transportunterstützung	Konsumraum räumen	Rettungsweg freihalten	Rettungsweg freihalten
Umlagerung	Umlagerung	„Feuer aus !“	Rettungsdienst einweisen auf der Straße	Rettungsdienst einweisen auf der Straße
Mundraumkontrolle	evtl. absaugen, Fremdkörper entfernen (Magil Zange, Blaue Tasche)	Pulsoxi anschließen		
Kopf überstrecken	Puls-O2 Sättigungs-Kontrolle	ggf. automatische Blutdruckmessung		
Guedeltubus <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisieren</li> <li>• abmessen</li> <li>• einlegen</li> </ul>	„Tubusalternative ?“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wendtubus aus Koffer</li> <li>• Silikonspray am Waschbecken</li> </ul>		Vorraum freihalten	
Beatmung (10-12 mal/min) Schwieriger Atemweg = Larynxtubus	<b>Kein Puls:</b> Herzdruckmassage: Beatmung (30:2 – 100x/min.)	Nach 2-3 min Wechsel		
erweitertes INDRO Atemwegsmanagement  Schwieriger Atemweg = Larynxtubus	Assistenz beim INDRO Atemwegsmanagement	Assistenz beim INDRO Atemwegsmanagement		
Bei Naloxongabe: Verantwortung verweigern → „Ärztliche Verantwortung !“ → auf Transport ins Krankenhaus bestehen	Namen des Notarztes notieren			
Dokumentation (Notfallprotokoll)	Aufräumen Einsatzbereitschaft herstellen (Material auffüllen)	Aufräumen	Aufräumen	

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

- Für sämtliche Notfallsituationen gilt: Eigenschutz vor Hilfeleistung!
- Hepatitisimpfschutz ist Pflicht. Keine Arbeitstätigkeiten im Konsumraum, bei dem kein ausreichender Impfschutz gewährleistet ist.
- Auch minimale Verletzungen bzw. Kontaminationen sind unbedingt ernst zu nehmen und angemessen zu versorgen.
- Das jederzeit mögliche Eintreten einer Atemdepression oder eines Atemstillstandes im Konsumraum kann einen schnellstmöglichen Einsatz von medizinischem Sauerstoff notwendig machen. Da hochkomprimierter medizinischer Sauerstoff explosiv ist, gilt grundsätzlich absolutes Rauch- und Feuerverbot in unmittelbarer Nähe der medizinischen Sauerstoffversorgung. Zudem gilt absolutes Rauch- und Feuerverbot im gesamten Konsumraum beim Einsatz von medizinischem Sauerstoff während einer Notfallsituation.
- Jeder unmittelbare Kontakt durch das Personal zu benutzten Injektionsspritzen oder -nadeln ist zu vermeiden. Aufgefundene Spritzen und Nadeln sollten mit Hilfe der dafür vorgesehenen Greifzangen in den nächstmöglichen Spritzenentsorgungsbehälter befördert werden.
- Das ständige Mitführen von Einmalhandschuhen aus Nitril (z. B. in der Hosentasche) wird empfohlen. Passgenaue Handschuhe tragen!
- Jeder Handgriff an nicht vollständig und gut einsehbare Stellen ist zu vermeiden oder nur unter größtmöglichen Sicherheitsvorkehrungen im Hinblick auf eine potentielle Gefährdung durch Stichverletzungen durchzuführen (z. B. Tragen von Einmalhandschuhen aus Nitril, Herstellung maximal möglicher Einsehbarkeit, langsame und vorsichtige Bewegungen). Die Einsehbarkeit kann dabei aufgrund räumlicher Gegebenheiten (z. B. unter Heizkörpern), aufgrund funktionaler Gegebenheiten (z. B. Mülleimer) oder aufgrund situationaler Gegebenheiten (z. B. Jacken- und Hosentaschen eines bewusstlosen Notfallpatienten) eingeschränkt sein.
- Empfohlen wird die regelmäßige Übung des genauen Ablaufs der im Konsumraum aushängenden Schritt-für-Schritt-Anleitung für adäquates Verhalten nach einer Stichverletzung bzw. Augenkontamination.
- Alle Spritzen und Nadeln sind unmittelbar nach dem Konsumvorgang durch den jeweiligen Konsumenten selbst in die am Konsumplatz bereitstehenden, durchstichsicheren Spritzenabwurfbehälter zu entsorgen.
- Jeder Konsument reinigt seinen Konsumplatz unmittelbar nach dem Konsumvorgang selbst. Dabei ist der Einsatz eines Schnelldesinfektionsmittels auf alkoholischer Basis empfehlenswert, um eine möglichst effektive und schnelle Desinfektion zu gewährleisten.



- Bei sämtlichen Reinigungsarbeiten im unmittelbaren Konsumbereich sind Einmalhandschuhe aus Nitril zu tragen.
- Die jeweiligen Gebrauchsanweisungen und Dosierungsanleitungen der eingesetzten Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind genauestens zu beachten. In Zweifelsfällen ist der an der Duschräumtür aushängende Hygieneplan zu Rate zu ziehen.
- Nach Notfall- und medizinischen Behandlungssituationen sowie nach Beendigung von Reinigungs- und Desinfektionstätigkeiten gilt: Hände gründlich mit geeigneten Reinigungs- und Hautdesinfektionsmitteln unter Berücksichtigung typischer Problemzonen (z. B. Fingerzwischenräume, Daumen, Handgelenke) reinigen und desinfizieren, Papierhandtücher und Hautschutzsalbe nutzen.
- Eine konstant hohe Desinfektionsmittelkonzentration in der Atemluft kann z. B. zu Augenreizungen und Atemproblemen führen. Regelmäßiges Durchlüften des Konsumraums verringert die Konzentration von Desinfektionsmitteldämpfen in der Atemluft. Zudem wird die Konzentration vorhandener Viren und Bakterien, die durch sog. `Tröpfcheninfektion´ über die Atemluft übertragen werden (z. B. Grippeviren, Tuberkulosebakterien), verringert und somit einer möglichen Infektionserkrankung bei Personal und Konsumenten vorgebeugt.
- Das Rotationsverfahren - regelmäßiger Personalwechsel - gewährleistet eine stabile Aufmerksamkeit und Konzentration auf Seiten des Personals, der der Sicherheit des Personals und der Konsumenten zugute kommt. Übermüdung durch Daueranspannung erhöht die Gefahr von Arbeitsunfällen. (z. B. Stichverletzungen - und verringert die Einsatzleistung im konkreten Drogennotfall). Das Rotationsverfahren (Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge) und die permanente Weiterbildung sorgen zudem für eine breite Personalkompetenz im Erkennen und Bewältigen von Drogennotfällen.

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

## Safer-Use

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

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

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

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

## Zugangskriterien, Hausordnung und Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten

Im Drogenkonsumraum dürfen Konsumentenschlossene nach Unterzeichnung der verbindlichen Vereinbarung über die Zugangsbedingungen sich selbst

- eine eigene Ration (illegalisierter Substanzen wie Opiate, Kokain, Amphetamin oder deren Derivate) intravenös, oral, nasal oder inhalativ
- in dem eigens dafür ausgestatteten Raum (Drogenkonsumraum) applizieren,
- wenn sie volljährig und drogenabhängig sind
- und erkennbar nicht mit Ersatzstoffen substituiert werden.

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

Nach Maßgabe der Rechtsverordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen des Landes NRW sind Verstöße gegen das BtMG, mit Ausnahme des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch - insbesondere Handel, Abgabe und Überlassung von Drogen -, verboten. Entsprechende Vorkommnisse werden von uns unverzüglich unterbunden und mit Hausverboten belegt. Regelmäßige Abstimmungsgespräche mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden im Rahmen der **Ordnungspartnerschaft „Drogen“** finden statt, um frühzeitig eventuelle Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und die Begehung von Straftaten im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums zu verhindern sowie den niedrigschwelligen Zugang zum Drogenkonsumraum zu sichern.

Die folgende mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden abgestimmte Hausordnung ist gut sichtbar im Drogenkonsumraum ausgehängt (auch in russischer Sprache):

- Der Handel, die Weitergabe und das Teilen von Drogen sind verboten
- Der Konsum von Drogen ist nur im Konsumraum erlaubt
- Keine Gewalt und Gewaltandrohung gegen Personen und Gegenstände
- Keine gemeinsame Verwendung einer Spritze
- Kein Teilen der Drogen von einem Löffel
- Keine Hehlerei
- Rauchen (außer „Folie rauchen“), Essen und Trinken ist verboten

Zuwerhandlungen werden mit Hausverboten bestraft. Jeder (e) Konsument(in) sorgt nach erfolgter Applikation für das Reinigen seines Platzes und für die Entsorgung der Gebrauchsutensilien. Injektionshilfen werden nicht geleistet. Ferner besteht ein Gebot des Eigenverbrauchs und der Nutzung bereitgestellter Utensilien. Werbung für den Drogenkonsumraum wird unterlassen und nur zielgruppenspezifisches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt (Safer-Use-Faltblätter).

## **Personal- und Öffnungszeiten**

Die Arbeit im Drogenkonsumraum erfordert von den Mitarbeiterinnen ein hohes Maß an Professionalität und setzt verschiedene Fähigkeiten voraus: Verständnis für die Lebenssituation der Drogenkonsumentinnen, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz, Kenntnisse der einzelnen Substanzen und deren Wirkweisen sowie Risiken, Fähigkeit zur Teamarbeit, Durchsetzungsvermögen, Autorität und Authentizität, die Fähigkeit, mit Stress-, Gewalt- und Notfallsituationen umgehen zu können und Flexibilität. Da die Arbeit im Drogenkonsumraum psychisch und auch physisch äußerst belastend ist, orientieren wir uns an die Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge (u.a. an das sog. Rotationsprinzip), d.h. alle Mitarbeiterinnen von INDRO e.V. werden flexibel und rotierend in die gesamten Arbeitszusammenhänge des INDRO e.V. einbezogen (vgl. ausführlich: unser entwicklungsbegleitendes und praxisintegratives Qualitäts-Sicherungs-Verfahren (EPQ), INDRO e.V. 2005). Im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz mit integriertem Konsumraum stehen uns z. Z. eine halbe Stelle Arzt, 2 Stellen Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, 10-Std. Krankenpflegerin sowie geringe Honorarmittel für den flexiblen Einsatz medizinisch geschulten Personals (eine Honorarstelle) zur Verfügung. Die ständige Anwesenheit von drei Mitarbeiterinnen im Drogenkonsumraum (Ausgabe-, Warte- und Konsumbereich) gemäß der Rechtsverordnung des Landes NRW ist gewährleistet. Im Drogenkonsumraum können - aufgrund der baulichen Enge und räumlichen Begrenztheit - vier Plätze (maximal sechs Plätze) zur intravenösen Applikation und ein Raucherplatz mit geschlossener Entlüftung zur Verfügung gestellt werden. Aus diesen Bedingungen und eingedenk der psychisch und physisch belastenden Arbeit sowie unserer begrenzten personellen und räumlichen Ausstattung werden – als zur Zeit nur mögliches Maximalkonzept - folgende Öffnungszeiten der Drogentherapeutischen Ambulanz mit integriertem Drogenkonsumraum vorgehalten:

### **Montag:**

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

### **Dienstag:**

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

11.00 -17.00 Uhr (Konsumraum)

### **Mittwoch:**

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

10.00 - 13.00 Uhr (Frauenfrühstück mit Kinderbetreuung)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

**Donnerstag:**

09.00 - 17.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

10.00 – 13.00 Uhr (Frühstücksangebot)

11.00 - 17.00 Uhr (Konsumraum)

**Freitag:**

09.00 - 16.00 Uhr (Spritzentausch/DTA)

11.00 - 16.00 Uhr (Konsumraum)

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

**Qualitätssicherung**

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

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

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

**Flexibilisierung der Arbeitsvollzüge** heißt, dass alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in alle Arbeitsbereiche einbezogen werden, so dass es keine Arbeitsabgrenzung und Isolierung gibt. Dies hat zu einer Minimierung der psychischen und physischen Belastung geführt und die Arbeitszufriedenheit wesentlich erhöht (geringe Mitarbeiterinnenfluktuation). Wichtiger Nebeneffekt einer Arbeitsflexibilisierung: Es gibt keine Wartezeiten für drogengebrauchende Menschen, die kontaktorientierte, situationsbezogene und sofortige Hilfe und Unterstützung benötigen. Unser qualitativ und unmittelbar praxisbezogenes Qualitätssicherungsverfahren wird abgerundet durch wöchentliche Team- und Organisationsbesprechungen, interne und externe Praxisreflexionen, Weiterbildungsangebote u.a. durch **regelmäßige Deeskalations- und Drogenotfallstrainings** und durch das monatlich tagende Gremium der sog. „Projektsicherungsgruppe“. Das externe Controlling wird regelmäßig durch die Bezirksregierung und das Gesundheitsamt der Stadt Münster durchgeführt.

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

Ende 2013 wurde routinemäßig eine **Erhebung zur Erfassung der Zufriedenheit Nutzerinnen und Nutzer** des Drogenkonsumraums durchgeführt. Ziel der regelmäßigen Erhebungen ist es insbesondere herauszufinden, wie drogenabhängige Menschen das Angebot von Konsummöglichkeiten unter hygienisch, medizinisch kontrollierten Bedingungen und ohne Verfolgungsstress beurteilen und die Option einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Unterstützungshilfen bewerten. Die Ergebnisse dienen dazu, die Prozess- und Leistungsqualität des Drogenkonsumraums stetig zu verbessern.

Die **Ergebnisse der Befragung** zeigen, dass der Konsumraum weiterhin hauptsächlich auch von älteren und langjährigen Drogenabhängigen (zwischen 25- über40 Jahre) mit 5 – 20-jähriger „Drogenkarriere“ und vor allem von Heroinkonsumenten genutzt wird. Die Mehrheit der Befragten (N= 28) bewerten die Hygiene („Außerdem ist es hygienischer als in irgendwelchen WC`s“), die Notfallversorgung/Hilfe bei Überdosierungen („Im Notfall landet man zum Glück im Krankenhaus“), die entspannte Atmosphäre im Konsumraum („Außerdem finde ich es gut, dass es diese Möglichkeit gibt und hier ein freundlicher Umgangston herrscht“), Anonymität und Diskretion („Keine Polizei oder dumme Blicke von Leuten“), den geringen polizeilichen Verfolgungsdruck („Weil hier keine Polizei ist“), die Schutzraumfunktion („warm und kein Wind“; „Man hat Ruhe, muss nicht Angst haben, das man überrascht wird, wie auf öffentlichen Toiletten“) sowie die medizinische und soziale Unterstützung im

Konsumraum („Weil man in Krisensituationen Ansprechpartner oder eine Anlaufstelle hat“) als sehr positiv.

Die Erreichbarkeit des Drogenkonsumraums (Nähe zur Drogenszene) wird von vielen Interviewten als besonders vorteilhaft beurteilt und selbst die Hausregeln (kein Drogenhandel, kein Drogen-Teilen, keine Gewalt, kein Austausch gebrauchter Spritzen etc.) werden von der Mehrheit als notwendig und sinnvoll bewertet. Einige weisen jedoch darauf hin, dass die Zugangsregelung, „erkannte Substituierte“ von der Konsumraumnutzung auszuschließen, geändert werden müsste, ein zweiter Raucherraum installiert werden sollte sowie die Öffnungszeiten erweitert werden sollten (Wochenendöffnung).

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

#### **Sauberkeit/Hygiene im Konsumraum**

1	2	3	4	5
11	13	2		

#### **Medizinische Unterstützung im Konsumraum**

1	2	3	4	5
15	8	1	2	

#### **Soziale Unterstützung im Konsumraum**

1	2	3	4	5
10	9	3	2	

#### **Öffnungszeiten des Konsumraums**

1	2	3	4	5
1	6	6	7	6

#### **Hausregeln im Konsumraum**

1	2	3	4	5
8	11	5	1	

#### **Erreichbarkeit des Konsumraums**

1	2	3	4	5
9	9	5		1

(N= 28; fehlende Personen = keine Angaben)

An Angeboten, die neben dem Konsumraum intensiv genutzt werden, wurden Spritzentausch (19 Befragte), Kontaktladen (22 Befragte) Beratung und Vermittlung in andere städtische Versorgungssysteme (16 Befragte), medizinische Versorgung (10 Befragte) und Körper- und Waschhygiene (6 Befragte) genannt. Dies zeigt deutlich,

die Notwendigkeit integrativer Vernetzung eines Drogenkonsumraums mit medizinischer Akutversorgung und niedrigschwelliger Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Hinsichtlich der Fragestellung, ob sich das **Konsumverhalten** durch die Nutzung des Drogenkonsumraums verändert habe, gaben die meisten Interviewten an, inzwischen mehr auf Sauberkeit/Hygiene zu achten (19 Interviewte), mehr über Infektionsprophylaxe nachzudenken und auch diesbezügliche Vermeidungsstrategien zu entwickeln (14 Interviewte), sich mehr Zeit beim Konsum zu lassen (19 Interviewte), achtsamer mit Blut umzugehen (14 Interviewte), im Konsumraum und nicht auf der Straße zu konsumieren (11 Interviewte), die Wunden/Abszesse früher behandeln zu lassen (13 Interviewte), häufiger Spritzen zu tauschen als früher (12 Interviewte). Exemplarische Kommentare: „Ich benutze keine Nadel mehr mehrmals“, „Rauche und spritze weniger als früher“, „Bin froh, einen solchen Ruheraum zu haben“, „Konsumiere nur, weil ich selber es möchte“, „Ich lasse meine Abszesse und Wunden früher behandeln“. Auf die Frage, ob sie durch den Konsumraum mehr konsumieren als früher, antworteten 25 Befragte mit Nein. Dies zeigt, dass ein Konsumraum nicht zu der häufig befürchteten Zunahme des Konsums führt. Im Gegenteil!

Hinsichtlich der Frage, an welchen Orten sie außerhalb des Konsumraums Drogen konsumieren, antworteten 23 Interviewte mit „zu Hause“, 14 Befragte „bei Freunden/Bekanntem“, 8 Interviewte „in der Öffentlichkeit“ und 3 Befragte „öffentliche WC's“.

Da der Konsumraum eine besondere Bedeutung für **Infektionsprophylaxe und Gesundheitsprävention** hat, wurde auch danach gefragt, wie häufig die Konsumierenden in den letzten 30 Tagen Spritzen oder Spritzenutensilien wie Löffel, Filter, Wasser mit anderen gemeinsam benutzt haben. Ein Interviewter gab an, eine Spritze gemeinsam benutzt zu haben. Löffel wurden von zwei Befragten, Filter von keinem Interviewten, Wasser von 4 und Ascorbin von 2 Befragten gemeinsam genutzt. 21 Interviewte erklärten, gar keine Gebrauchsutensilien gemeinsam zu benutzen.

Bei der Frage, wie häufig in den letzten 30 Tagen Drogen-Teilen aus einer Spritze praktiziert wurde, antworteten 27 Interviewte mit „Gar nicht“. Aber hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung der eigenen Spritze, erklärten 9 Befragte, diese grundsätzlich nur einmal zu nutzen. 7 Interviewte antworteten „Manchmal zwei oder drei Mal“. 2 Interviewte gaben an, dass sie manchmal eine Spritze mehrfach benutzten.

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

In einer ergänzenden Erhebung zur Nutzung des **Spritzentauschangebotes** im Monat November 2013 konnte festgestellt werden, dass in der Stichprobenwoche ca. 1.500 gebrauchte Spritzen und Kanülen getauscht und somit auch sachgerecht entsorgt wurden. Die Spritzen finden sich somit nicht im Umfeld der Einrichtung wider.



Der öffentliche Raum wird dadurch weiter wesentlich entlastet (weniger Spritzenfunde, weniger offenes Konsumgeschehen etc.). Auch hier erweist sich das vorgehaltene Angebot als äußerst wirksam im Hinblick auf beobachtbare Effekte der Maßnahme.

Beide Erhebungen zeigen, dass die integrativen Angebote des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums die langjährigen Drogenabhängigen erreicht, in ihrer Vernetzung greifen und die mit den Leistungsangeboten **intendierten Effekte** eingetreten sind. Diese qualitätssichernden Erhebungen zur Überprüfung und Steuerung der Wirksamkeit des Drogenkonsumraums aus der Sicht der Nutzerinnen werden weiterhin regelmäßig durchgeführt.

## **Dokumentation und Ergebnissicherung**

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

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

Darüber hinaus wird täglich ein Info-Buch geführt, in dem alle Vorkommnisse, Besonderheiten insbesondere Drogennotfälle, Mitarbeiterinnenerfahrungen protokolliert festgehalten werden. Dieses Info-Buch dient neben der teambezogenen Aufarbeitung von Alltagserfahrungen (Praxisreflexion) auch dazu, bestimmte (mögliche) Auswirkungen auf das soziale Umfeld unserer Einrichtung sowie besondere Vorkommnisse zu dokumentieren (Beeinträchtigungen Dritter, Szenebildung vor dem Eingangsbereich, Störung der öffentlichen Ordnung im Umfeld der Einrichtung etc.).

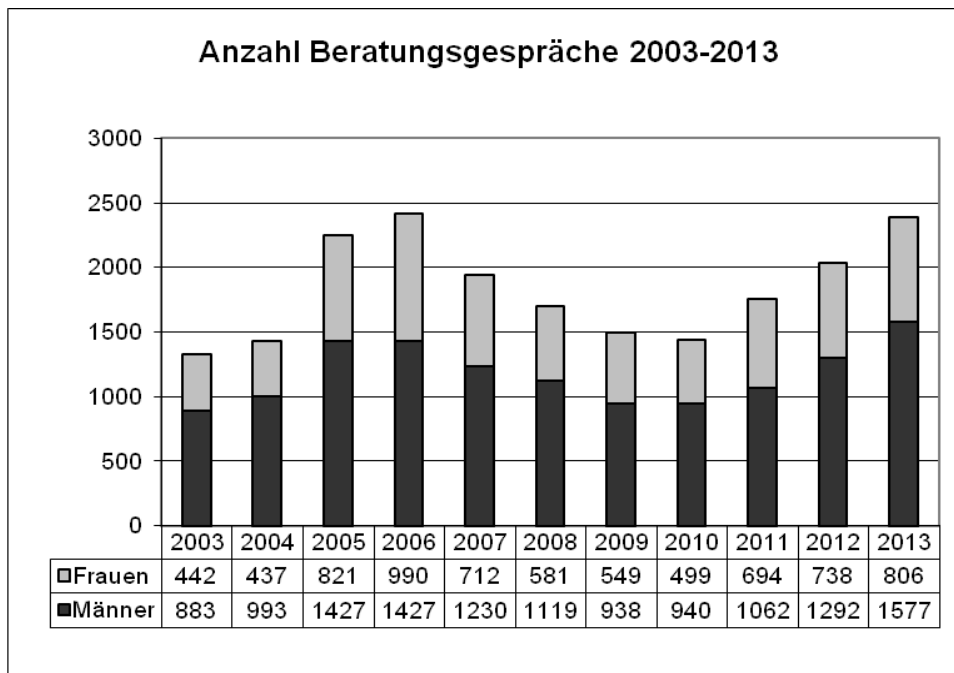
Die hier nun wiedergegebene statistische Aufbereitung der Angebotsnutzung bezieht sich auf die Konsumraumerhebung und auf unsere eigene, tägliche Datenerhebung zur Nutzung der Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA) nach folgenden Kriterien:

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

Die folgende Datenpräsentation zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz beinhaltet eine „längsschnittliche“ Perspektive und wird in deskriptiv-vergleichender Darstellung über elf Jahre (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013) aufgearbeitet.

# Daten zur Nutzung der Drogentherapeutischen Ambulanz

**Graphik 1: Beratungsgespräche 2003 – 2013**



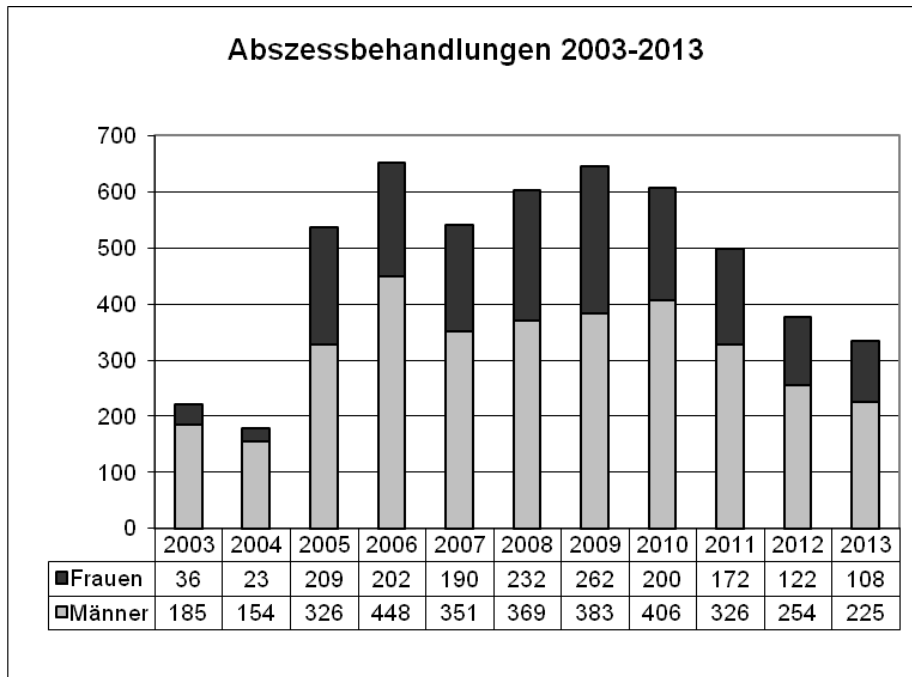
Graphik 1 zeigt die Anzahl der durchgeführten medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche im Vergleich der Jahre 2003 – 2013. Die Gesprächskontakte sind 2013 im Vergleich zu 2011 und 2012 wieder deutlich angestiegen. Insgesamt wurden 2013 2.383 (2003: 1.325; 2004: 1.430; 2005: 2.248; 2006: 2.417; 2007: 1.942; 2008 1.700; 2009 1.487; 2010 1.439; 2011 1.756; 2012 2030) Beratungsgespräche durchgeführt. Das niedrigschwellige Drogenhilfzentrum wird also über die Jahre gesehen permanent stark in Anspruch genommen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Vertrauen der Besucher zum Arzt, zum Pflege- und zum sozialpädagogischen Betreuungspersonal stetig gewachsen ist.

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

- Soziale Probleme
- Safer Use
- Hautprobleme
- Wundbehandlungen
- Blutdruck/Kreislauf
- Hepatitis und HIV
- Abszessbehandlung und –beratung

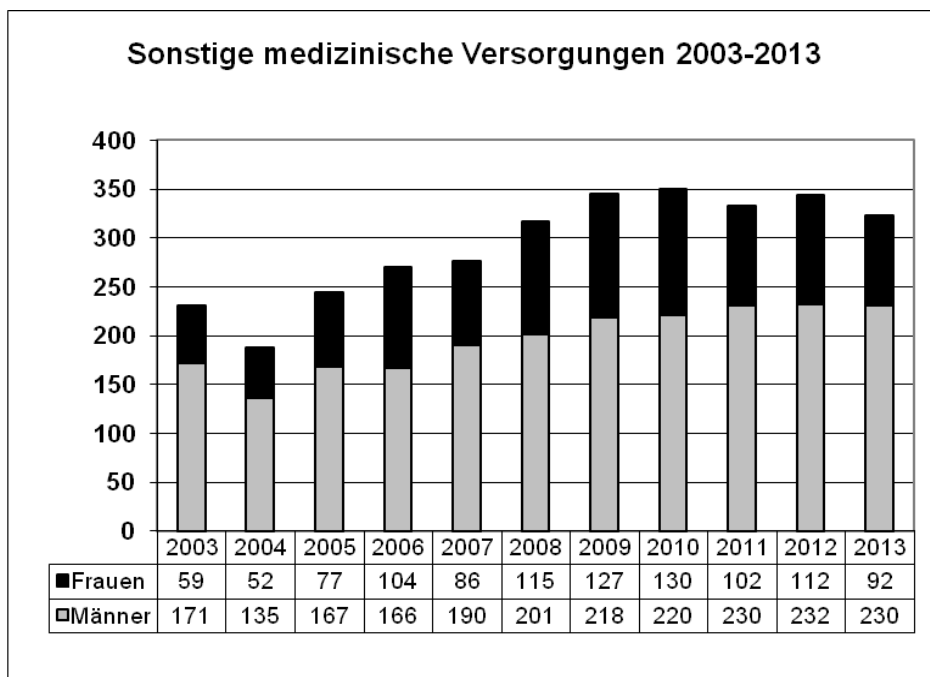
- Venenpflege
- Kopfschmerzen
- Magenprobleme
- Gynäkologische Probleme (Pilzkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft etc.)

**Graphik 2: Abszessbehandlungen 2003 - 2013**



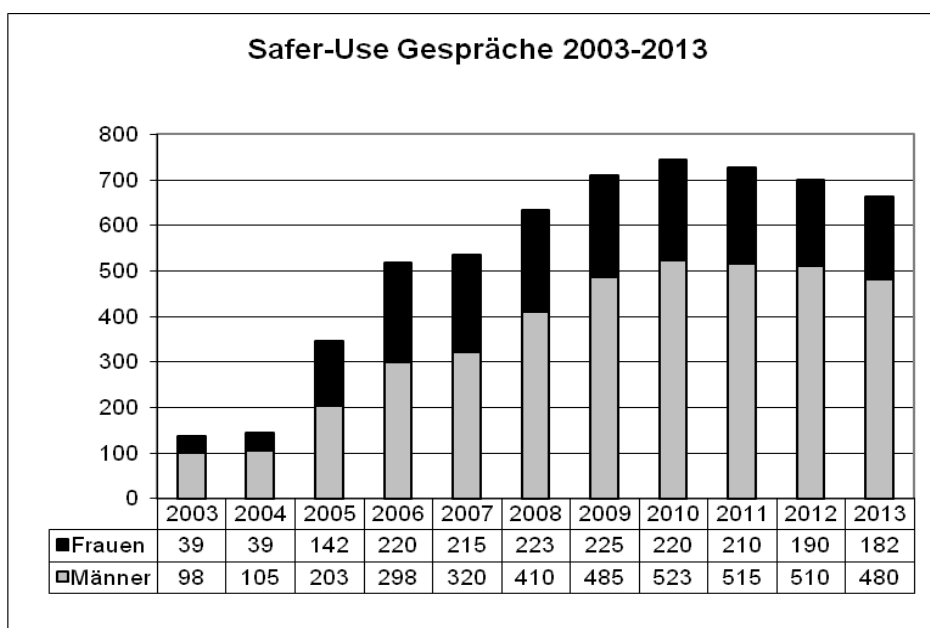
Graphik 2 verdeutlicht die medizinische Inanspruchnahme im Hinblick auf Abszessbehandlungen im Vergleich der Jahre 2003 – 2013. Insgesamt wurden 2013 333 Abszessbehandlungen (2005 535; 2006 650; 2007 541; 2008 601; 2009 645; 2010 606; 2011 498; 2012 376 Behandlungen) im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz durchgeführt (bei 108 Frauen und 225 Männern). Im Vergleich zu 2012 ist erneut eine Abnahme der Abszessbehandlungen vor Ort in der DTA festzustellen. Dies deutet auf die zunehmende Berücksichtigung hygienischer Konsumbedingungen durch die Konsumierenden im Sinne der persönlichen Umsetzung von Safer-Use-Strategien hin sowie die inzwischen große Akzeptanz der Einrichtung bei drogenabhängigen Menschen hinsichtlich der Nutzung medizinischer Akutversorgungen.

**Graphik 3: Sonstige medizinische Versorgungungen 2003 -2013**



Graphik 3 gibt nun die sonstigen medizinischen Behandlungen der Jahre 2003 bis 2013 wieder. Wie aus der Graphik ersichtlich, wurden in 2013 insgesamt 322mal medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen (2012 344 Behandlungen) und dies bei 92 Frauen und 230 Männern. Bei den medizinischen Versorgungsleistungen dominieren leichtere Hauterkrankungen, kleinere Wundbehandlungen und Blutdruck- und Kreislaufprobleme. Insgesamt ist somit eine insgesamt hohe Nutzung dieser kostenlosen medizinischen Versorgungsleistungen festzustellen, was wieder für das integrative, niedrigschwellige Versorgungsmodell spricht.

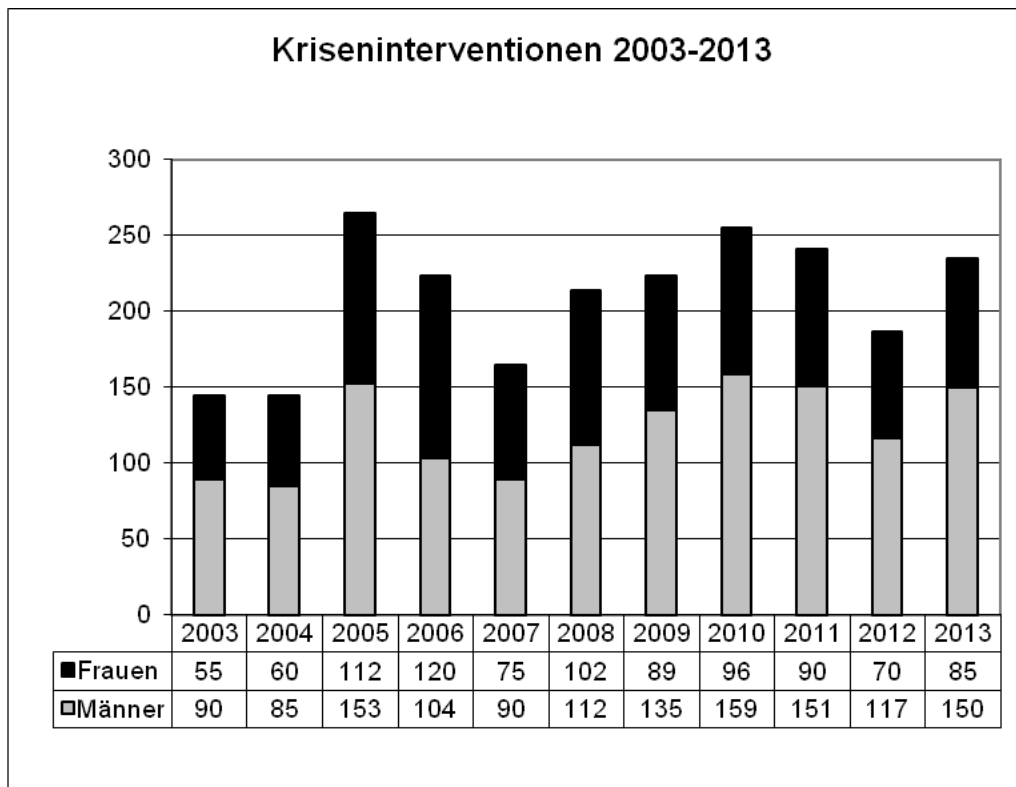
**Graphik 4: Safer-Use- Gespräche 2003 - 2013**



Graphik 4 verschafft einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten Safer-Use-Gespräche im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz. In 2013 wurden 662 Safer-Use-Gespräche dokumentiert (in 2012 700 Gespräche) mit insgesamt 182 Frauen und 480 Männern. Themenschwerpunkte der Gespräche sind: Aufklärung über die richtige Anwendung von Gebrauchsutensilien (u.a. Needle Sharing, polyvalentes Drogengebrauchsverhalten (Heroin, Benzodiazepingebrauch, Alkohol, Koka-in), vorsichtige Dosisantestung aufgrund des schwankenden Reinheitsgehaltes und diverser Beimengungen bei Straßendrogen, Aufklärung über die Anwendung von Filtern (Vermeidung von Filteraufkochen), Aufklärung über die Gefahren beim „Drogen-Teilen“ aus einer Spritze (im Drogenkonsumraum nicht erlaubt), Hinweise zur Beachtung der Sicherheitsreihenfolge bei der intravenösen Applikation, allgemeine Aufklärung über risikoärmere Gebrauchspraktiken, Venenpflege, Infektionsprophylaxe (insbesondere Vermittlung von Vermeidungsstrategien hinsichtlich der Infizierungsmöglichkeit mit Hepatitis B und C sowie HIV und Überdosierungen) und Informationen zur Beigegebrauchsproblematik und des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln und zu Risiken des intravenösen Tablettenkonsums. Ferner gehörten folgende Themenfelder dazu: Was tun im Drogennotfall? Gibt es alternative Konsumformen? Aufklärung zum Thema „Mythos Kochsalzlösung“ und zu Vorichtsmaßnahmen beim Konsum unter unhygienischen Bedingungen.

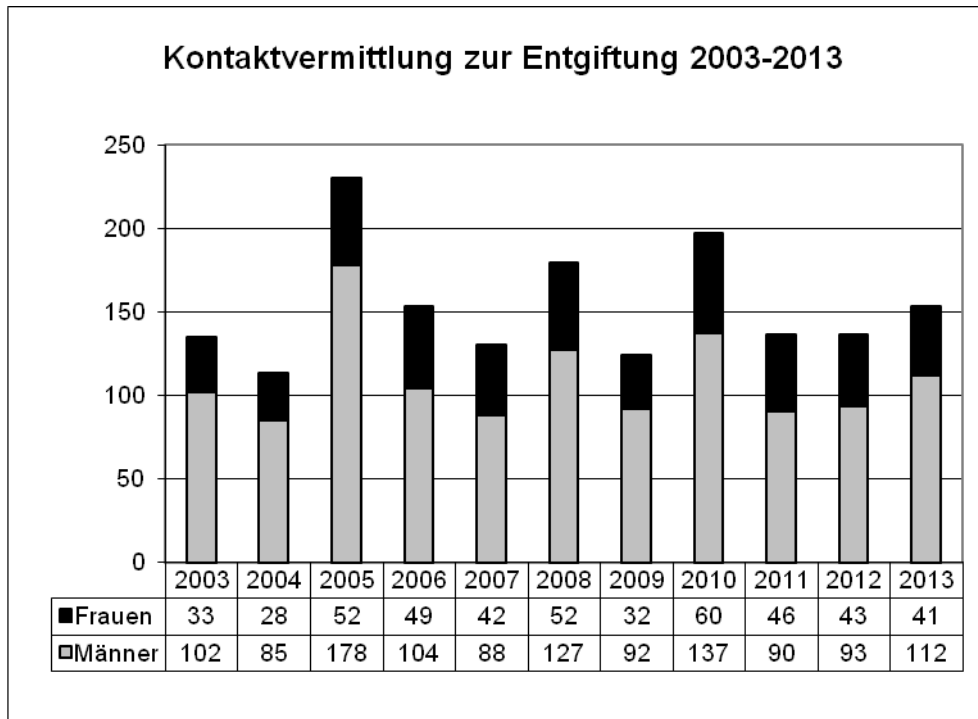
Es kann eine deutliche Stabilisierung der Safer-Use-Gespräche in den letzten Jahren konstatiert werden. Die ab 2006 eingeleitete Intensivierung der pädagogisch-sozialen Maßnahmen zur Hepatitisprävention, zur Aufklärung hinsichtlich polyvalenter Drogengebrauchsmuster und bezüglich der Problematik des intravenösen Gebrauchs von Substitutionsmitteln spiegelt sich in dieser statistischen Gesamtschau der Jahre 2006 - 2013. Infektionspräventive Botschaften werden verbal und medial (über entsprechende Faltblätter, sog. Gesundheitstage und sog. „Hand-Outs“) vermittelt und auch wirksamkeitsbezogen genutzt. Im November 2013 wurde zudem wieder ein Aktionstag zur Infektionsprophylaxe mit dem Angebot eines anonymen Bluttests (HIV, HEP, Syphilis) in Kooperation mit dem städtischen Gesundheitsamt, der AIDS-Hilfe und der städtischen Drogenhilfe erfolgreich durchgeführt. Ferner wurde - wie jedes Jahr – ein Drogennotfalltraining für Drogenabhängige aus der Drogenszene angeboten. Ziel des Trainings war das überlebenswichtige Erkennen einer Drogenüberdosis und die Einübung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen. In diesem Jahr standen besonders die Risiken des Drogenmischkonsums im Fokus. Eingeübt wurden darüber hinaus die notwendigen Schritte einer sofortigen Hilfe in Drogennotfallsituationen. Weiteres wichtiges Ziel ist es insofern, dass sich die teilnehmenden Konsumentinnen als Multiplikatoren in der Drogenszene betätigen und so möglicherweise Leben retten.

**Graphik 5: Kriseninterventionen 2003 - 2013**



Im Erhebungszeitraum 01.01.2013 – 31.12.2013 wurden insgesamt 235 (2012 187) Kriseninterventionen mit 85 Frauen und 150 Männern) durchgeführt. In 2013 ist wieder eine Zunahme der direkten Interventionen bei psychischen und sozialen Krisen dokumentiert. Häufig geht es hierbei um psychische und soziale Ausnahmesituationen, die ein sofortiges, einzelfallbezogenes Krisen- und manchmal auch ein intensives Casemanagement erforderlich machen: Haftproblematik, Depressionen, Wohnungsnot, Arztkonflikte, Sozialamts- und/oder Hartz IV-Probleme, Beziehungsprobleme, bevorstehende Gerichtsverhandlung, Verschuldung, Räumungsklage, Vormundschaftsprobleme, Abgabe eines Kindes, Prostitution, Schwangerschaftskonflikte etc.

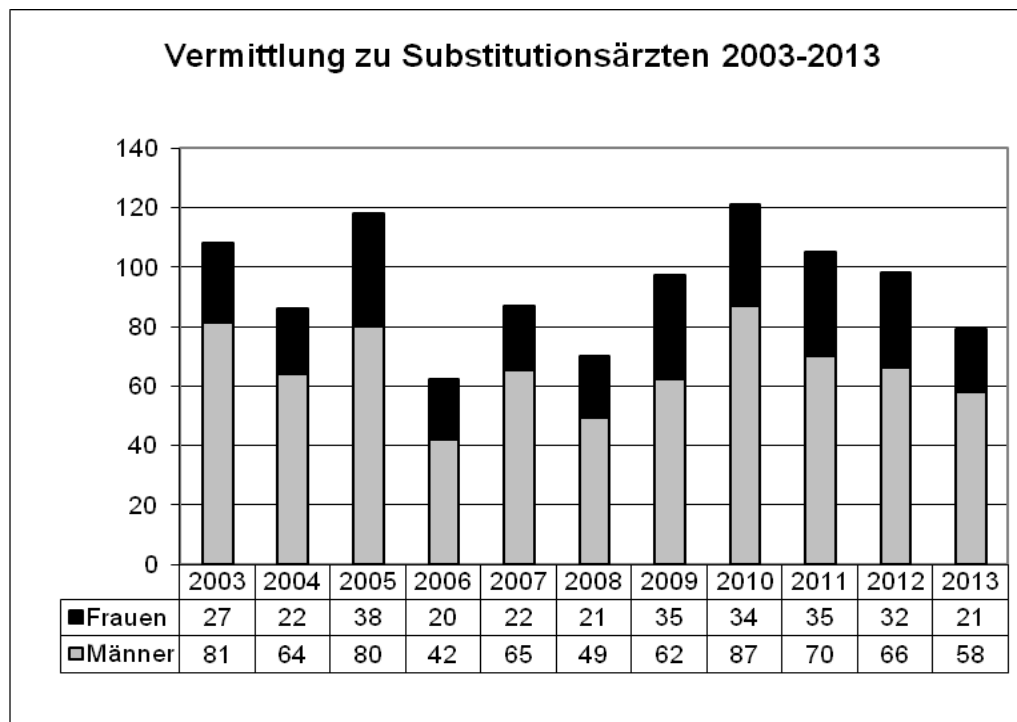
## Graphik 6: Kontaktvermittlung zur Entgiftung 2003 - 2013



Graphik 6 zeigt die Kontaktvermittlungen zur Entgiftung im Arbeitsbereich der Drogen-therapeutischen Ambulanz. In 2013 konnten insgesamt für 153 Menschen (41 Frauen und 112 Männer) Entzugskontakte hergestellt werden (in 2012 136 Personen).



## Graphik 7: Vermittlungen zu Substitutionsärzten 2003 – 2013



In Graphik 7 wird die Vermittlungsanzahl von Personen wiedergegeben, die eine Substitutionsbehandlung aufnehmen wollten. In 2013 konnten insgesamt 79 Menschen (21 Frauen und 58 Männer) im Vergleich zu 98 Personen in 2012 in eine Substitutionsbehandlung (niedergelassene Ärzte, Methadonschwerpunktpraxen, Methadonambulanz) weitervermittelt werden. Dies bedeutet eine leichte Abnahme der Vermittlungszahlen. Insgesamt können wir in Münster von einer guten Versorgungssituation im Bereich der Substitutionsbehandlungen ausgehen: ca. 800 Menschen werden inzwischen mit Methadon, Buprenorphin (Subutex) und anderen Mitteln in Münster substituiert.

## **Fazit**

Die vorgehaltenen integrativen Versorgungsangebote des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums wie Substitutions- und Entzugvermittlungen, ärztliche Akutversorgung, niedrigschwellige Sofort-Hilfe und Unterstützung, Infektionsprophylaxe, Gesundheitsprävention, Safer-Use-Maßnahmen etc. werden intensiv genutzt und zeigen deutliche Auswirkungen hinsichtlich **gesundheitlicher und psychosozialer Stabilisierung und Minimierung von Gebrauchsrisiken bei Drogenabhängigen**.

Die Zielgruppe der Drogenkonsumentinnen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene wird weiterhin deutlich erreicht. Der Elfjahresvergleich zeigt, dass die gesundheitspräventiven Angebote der Drogentherapeutischen Ambulanz in der Gesamtrahmung des niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums fest verankert sind. Hier greift denn auch die integrative Vernetzung mit städtischen und anderen Versorgungssystemen. Unsere erneute Erhebung zur Nutzerinnenzufriedenheit zeigt darü-

ber hinaus, dass die niedrigschwelligen Angebote positiv bewertet werden und wirksam im Hinblick auf die selbsttätige Gesundheitsvorbeugung und die Entwicklung risikobewusster Gebrauchsmuster sind (insbesondere Spritzenhygiene, Safer Sniefen, Blutaufmerksamkeit). Besonders vorteilhaft erweist sich weiterhin das von uns vorgehaltene Konzept des Ineinandergreifens von verbindlichen und unverbindlichen Hilfsangeboten zur Schadensminimierung, die Verbindung von zugangsoffenen und anforderungsarmen medizinischen und niedrigschwelligen Versorgungsmöglichkeiten. Es ist offensichtlich: Das Eine (DTA/Konsumraum) ist ohne das Andere (Niedrigschwelligkeit) nicht sinnvoll.

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

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

# Daten zur Konsumraumnutzung

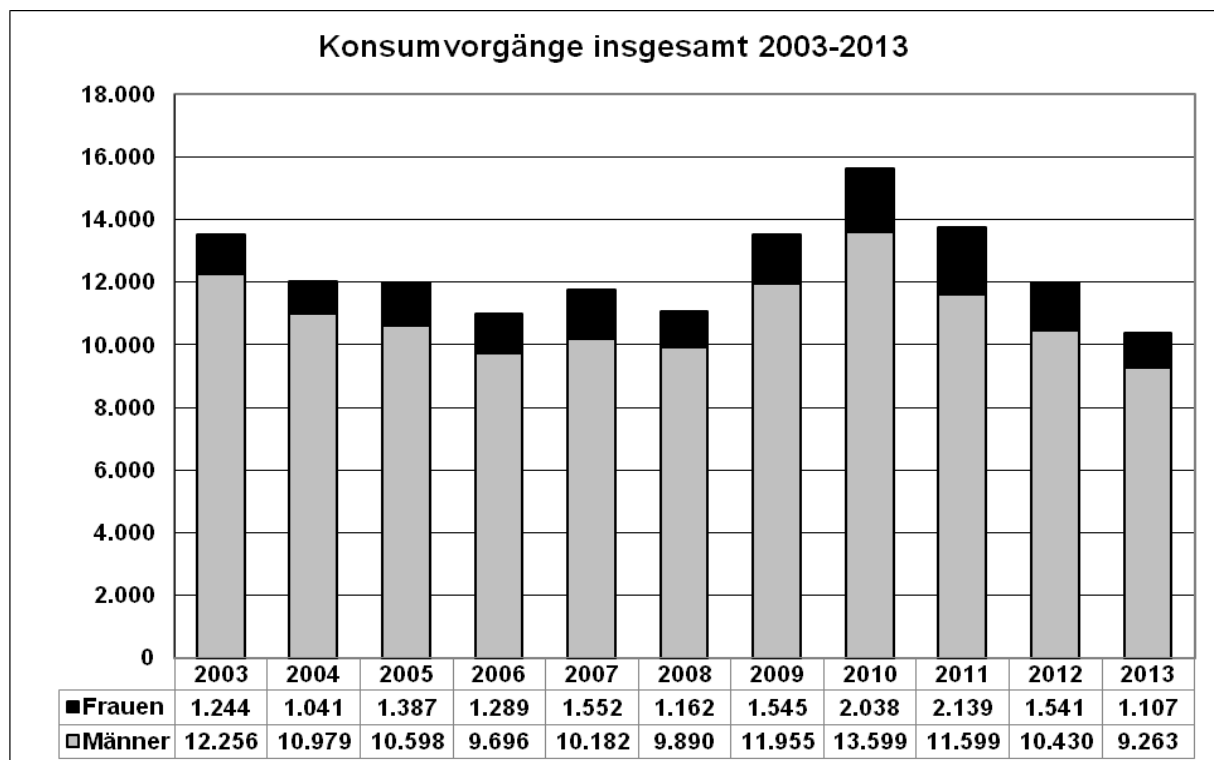
Die nun folgende statistische Auswertung hinsichtlich der Nutzung des Drogenkonsumraums in den Jahren 2003 - 2013 bezieht sich auf die Datenerfassung für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (durchgeführt von der Landeskoordination Integration in Köln), die von uns täglich erhoben und wöchentlich an die Landeskoordination geschickt werden muss. Ab 2014 erfolgt die Datenerhebung durch die landesstelle Sucht NRW in Köln. Die statistische Erhebung umfasst folgende Kriterien:

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

Der Drogenkonsumraum war in den Jahren 2002 – 2013 an 2.954 Tagen mit insgesamt 17.067 Zeitstunden geöffnet (2013: 227 Tage mit 1.436 Zeitstunden).

## Konsumvorgänge

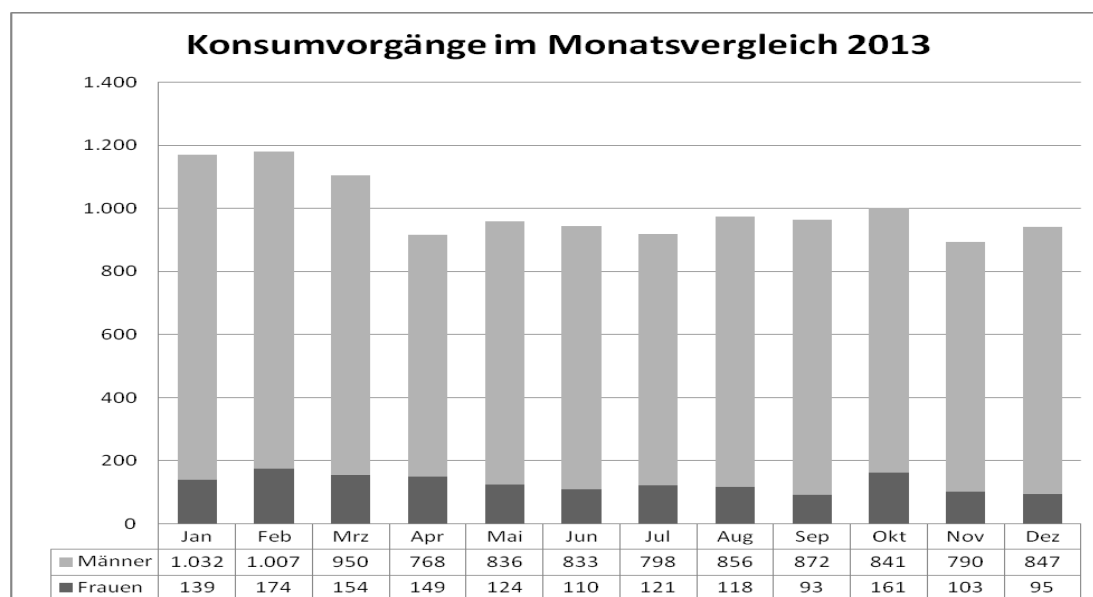
**Graphik 8: Konsumvorgänge 2003 - 2013**



Unter einem Konsumvorgang verstehen wir den intravenösen, inhalativen, nasalen und/oder oralen Gebrauch von in der Rechtsverordnung des Landes NRW festgelegten Substanzen durch eine Person in einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort (Konsumraum) mit entsprechenden Gebrauchsutensilien. Bei der Erfassung von Konsumvorgängen gilt das „Lichtschrankenprinzip“: Jeder der den Konsumraum nach Anmeldung, Unterzeichnung der Nutzungsvereinbarung und Kurzbefragung für die Konsumraumstatistik mit den entsprechenden Gebrauchsutensilien (Spritzenet, Folie, Röhrchen) betritt und einen Konsumplatz einnimmt, geht in die Zählung ein und wird als Konsumvorgang festgehalten. Bei Nutzung einer zweiten Spritze/Folie/Röhrchen wird dies als weiterer Konsumvorgang gezählt. Drogen-Teilen und Austausch der Gebrauchsutensilien z.B. auch Löffel ist im Konsumraum aus infektionsprophylaktischen Gründen nicht erlaubt.

Aus der vorstehenden Graphik 8 geht nun hervor, dass in 2013 insgesamt 10.370 Konsumvorgänge (2012 11.971) dokumentiert werden konnten (1.107 Frauen und 9.263 Männer). Somit fanden täglich im Durchschnitt etwa 45 Konsumvorgänge - bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von ca. 10 Minuten bei intravenösem und ca. 15 bis 20 Minuten bei inhalativem Gebrauch - statt. Dies sind 10.370 Konsumvorgänge in 2013, die **nicht** im öffentlichen Raum praktiziert wurden: Insgesamt fanden in den Jahren 2002 – 2013 151.867 Konsumvorgänge nicht in öffentlichen Bereichen statt. Das Verhältnis Männer - Frauen beträgt in 2013 ca. 10:1. Im Vergleich zu den in 2012 praktizierten Konsumvorgängen (11.971) ist ein weiterer Rückgang der Konsumvorgänge in 2013 festzustellen (in 2002: 15.375; 2003: 13.500; 2004: 12.020; 2005: 11.985; 2006: 10.985; 2007: 11.734; 2008: 11.052; 2009: 13.500; 2010: 15.637; 2011: 13.738 Konsumvorgänge). Dies hat mit dem weiteren Rückgang von Frauen bei der Nutzung des Drogenkonsumraums und insbesondere mit der stabilen Substitutionslage in Münster, sprich der stetigen Vermittlung in Substitutionsbehandlungen zu tun. Erkannte Substituierte dürfen bekanntlich – laut Rechtsverordnung des Landes NRW – einen Konsumraum nicht nutzen.

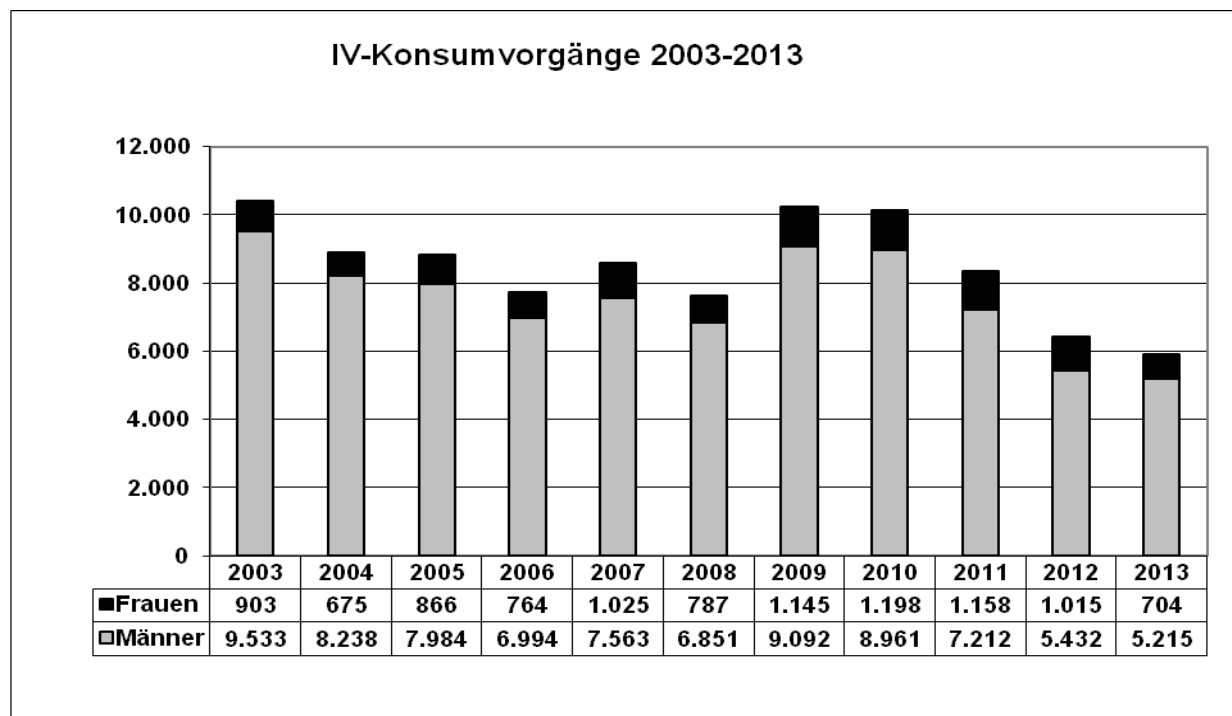
**Graphik 9: Konsumvorgänge im Monatsvergleich 2013**



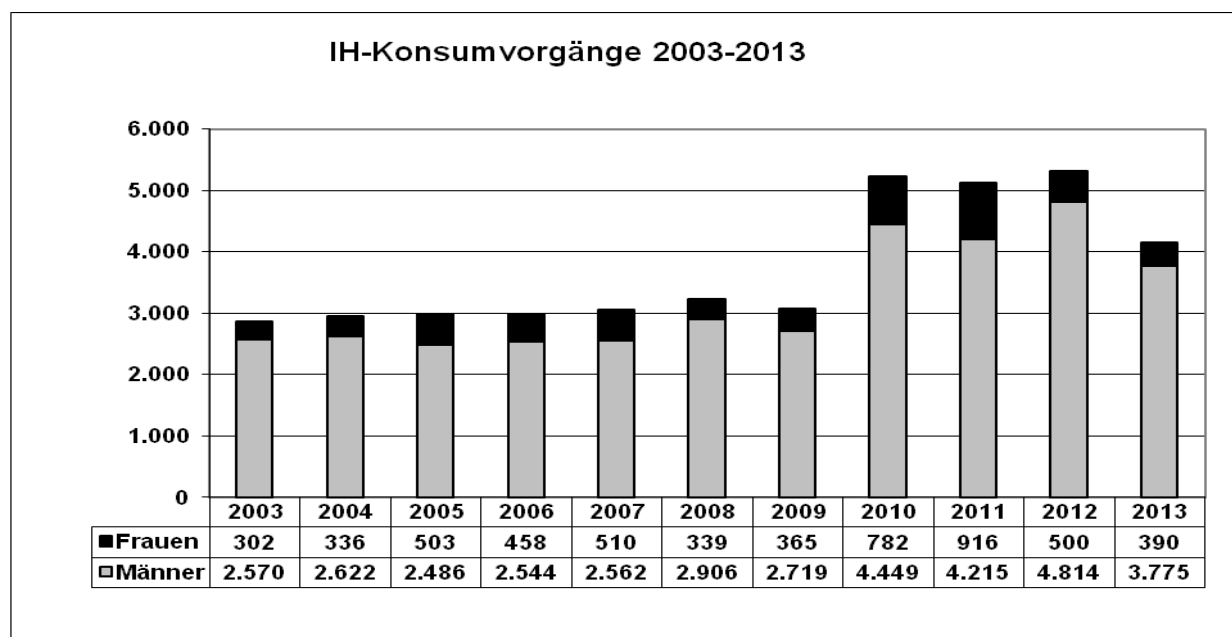
Die Graphik 9 zeigt nun den monatlichen Verlauf der Konsumvorgänge in 2013. In den Wintermonaten (Januar, Februar, März) steigen auch aufgrund der Wetterbedingungen die Konsumvorgänge an, um in den Sommermonaten etwas zurückzugehen und im Herbst wieder zuzunehmen. Diese Erfahrungen wurden in allen Jahren der Konsumraumöffnung gemacht.

## Konsumformen

**Graphik 10: IV-Konsumvorgänge 2003 - 2013**



**Graphik 11: IH-Konsumvorgänge 2003 - 2013**



Die Graphiken 10 und 11 verweisen auf die Anzahl der intravenösen (IV) und inhalativen (IH) Konsumformen, die im Konsumraum praktiziert wurden. Wie aus den Graphiken ersichtlich wird, dominiert bei den Männern weiterhin das Drogengebrauchsmuster der intravenösen Applikation (in 2013 5.215 intravenöse Anwendungen). Bei den Frauen konnten in 2013 704 intravenöse Applikationen ermittelt werden. Der inhalative Gebrauch wurde im Untersuchungszeitraum 4.165mal dokumentiert (390 Frauen und 3.775 Männer). Auch hinsichtlich eines Vergleichs mit den Erhebungen von 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 und 2012 bleibt das intravenöse Gebrauchsmuster insbesondere bei den Männern dominant. 2002 – 2013 wurden also insgesamt 105.032 intravenöse Applikationen und 44.522 inhalative Anwendungen dokumentiert.

Bezüglich der Gesamtzahl inhalativer Gebrauchsformen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die Installation eines „Raucherraums“ eindeutig bewährt hat, wobei die Einrichtung eines zweiten Raucherraums aufgrund der großen Nutzungsnachfrage dringend notwendig erscheint. Die Zunahme der inhalativen Gebrauchsformen (2010 – 2013) weist auch darauf hin, dass die Intensivierung der Maßnahmen zur Vermittlung risikobewusster Applikationsweisen im Sinne von Safer Use inzwischen greifen (Safer Sniefen).

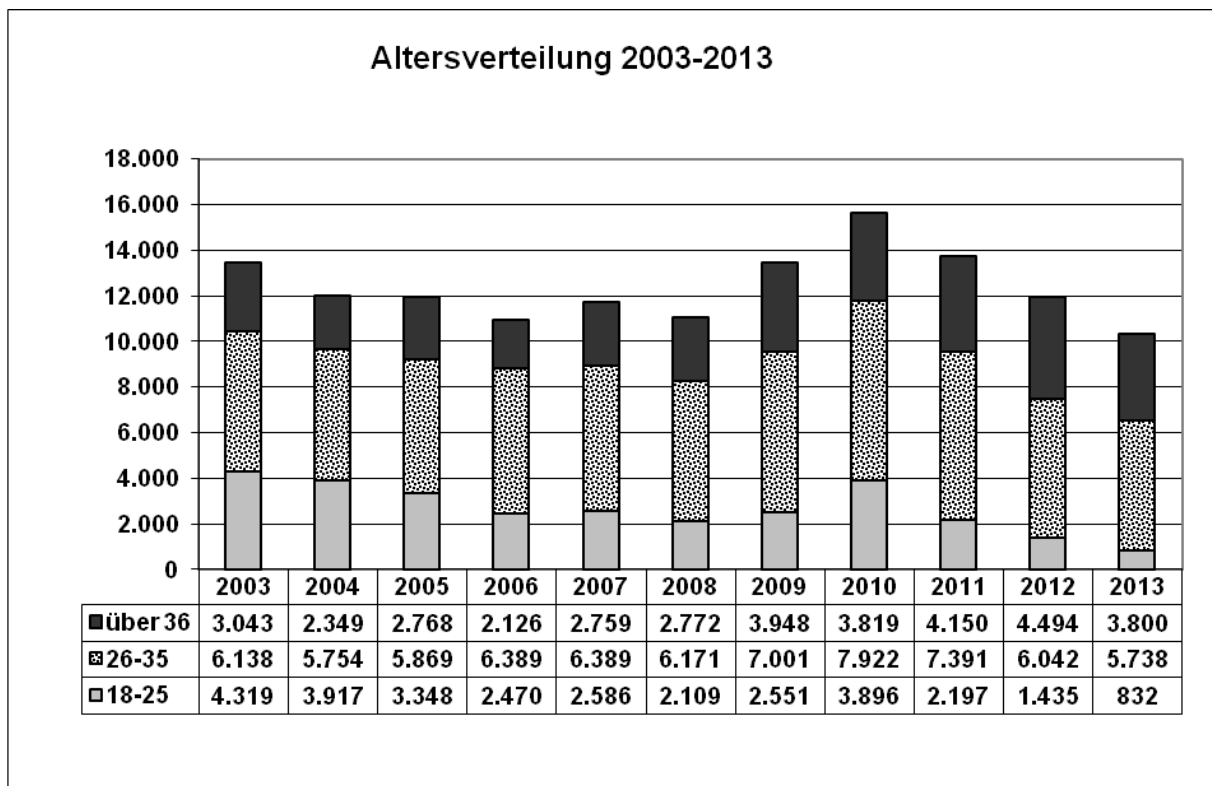
In 2013 wurden darüber hinaus auch 287 (2012:209) nasale Applikationsvorgänge dokumentiert. Eine deutliche Steigerung der risikobewussten Applikationsform „nasaler Gebrauch“.

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

Jedoch hat sich die schon in 2002 festgestellte hohe Konsumraumnutzung durch Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten und andere Migranten auf hohem Niveau stabilisiert. Inzwischen erreichen wir viele Migranten mit unseren niedrigschwelligen Angeboten. Das beim INDRO e.V. angesiedelte und von der Stadt Münster geförderte Projekt **„Aufsuchende, stadtteilorientierte, psychosoziale Begleitung und Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsumenten“** hat dazu beigetragen, russlanddeutsche Drogenkonsumentinnen und andere Konsumentinnen mit Migrationsvorgeschichte in den Stadtteilen und der öffentlichen Szene zu erreichen und sie an das vorhandene Hilfs- und Versorgungssystem anzubinden. Nach mehreren internen, statistischen Momenterhebungen (letzte Erhebung im November 2013) ohne Repräsentativitätsanspruch liegt inzwischen die Konsumraumnutzung durch Drogenkonsumentinnen mit Migrationsvordergrund (dominante Herkunft inzwischen: Russland, Kasachstan) bei 34% (im November 2003 lag die Nutzungsfrequenz bei ca. 25%; im November 2004 bei ca. 38%, November 2005 bei ca. 40%, November 2006 bei 53%, November 2007 44%, November 2008 48%; November 2009 31%, November 2010 33, November 2011 29%; November 2012 35%).

## Altersverteilung

**Graphik 12: Altersverteilung 2003 - 2013**



Graphik 12 präsentiert die Altersgruppenverteilungen der Konsumraumnutzerinnen im Elfjahresvergleich. Die Altersgruppe der 18- 25-Jährigen konnte in 2013 832 erfasst werden. In der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen wurden insgesamt 5.738 Personen dokumentiert. Die über 36-Jährigen wurden mit 3.800 Personen erfasst. Von 2003 bis 2013 konnten somit in der Altersgruppe der 18 – 25-Jährigen 33.974 in der Altersgruppe der 26 – 35-Jährigen 77.631 und in der Altersgruppe der über 36-Jährigen 40.262 Personen ermittelt werden. Dies zeigt deutlich, dass über die Jahre 2003 – 2013 der Konsumraumöffnung insbesondere auch die älteren und langjährig drogenkonsumierende Menschen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene erreicht werden.

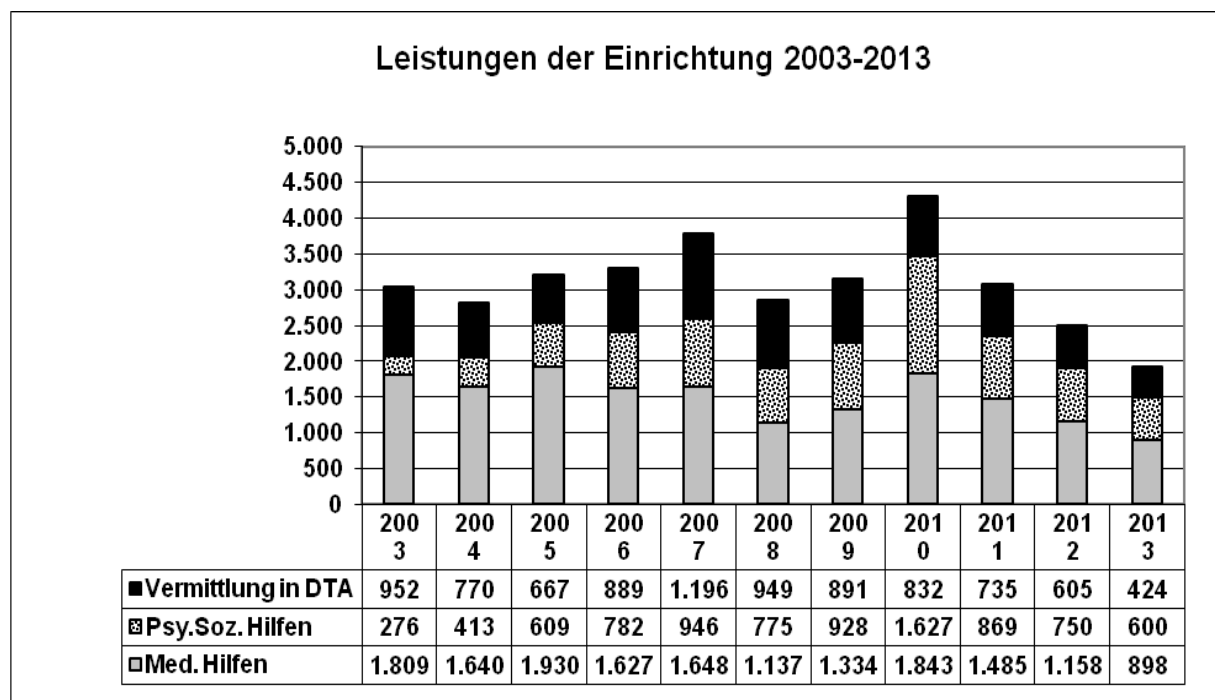
## Abgewiesene Personen

Hinsichtlich der gesetzten Zugangskriterien durch die Rechtsverordnung des Landes NRW mussten wir in 2013 insgesamt 33 Besucherinnen als „erkannte Substituierte“ einen Zugang zum Konsumraum verwehren. Im Vergleich dazu: 2002 99, 2003 157, 2004 162, 2005 231, 2006 196, 2007 130, 2008 94, 2009 142, 2010 55, 2011 32, 2012 34 „erkannte Substituierte“. Zusammengefasst sind also 1.365 Menschen im Zeitraum 2002 – 2013 von der Nutzung des Drogenkonsumraums ausgeschlossen worden. Obwohl die Zahlen aufgrund der permanenten Aufklärung weiterhin rückläufig sind, ist und bleibt folgendes Problem bestehen: Abgelehnte Substituierte mit Mehrfachkonsum lassen sich durch ein Zugangsverbot nicht vom Konsum abhalten. Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf

der Straße. Die ordnungspolitischen Konsequenzen dürften bekannt sein: offenes, sprich öffentlich sichtbares Konsumgeschehen und vermehrte Spritzenfunde. Ferner musste in 2013 2 offensichtlich intoxikierte Menschen eine Erlaubnis zur Nutzung des Drogenkonsumraums verweigert werden (2002 11; 2003 20; 2004 11; 2005 9; 2006 18; 2007 9; 2008 4; 2009 9; 2010 4; 2011 10; 2012 10) offensichtlich intoxikierte Personen).

## Leistungen der Einrichtung

**Graphik 13: Leistungen der Einrichtung 2003 - 2013**



Die hier in der Graphik 13 wiedergegebenen Leistungen der Einrichtung beziehen sich ausschließlich auf den Konsumraum, d.h. nur Leistungen **innerhalb** des Drogenkonsumraums wurden hier erhoben. Die Weitervermittlungstätigkeiten im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz sind weiter oben bereits ausführlich dokumentiert.

Wie ersichtlich umfassen die Leistungen innerhalb des Drogenkonsumraums 2013 in 898 Fällen akute **medizinische Hilfen** wie kleinere Wundversorgungen und problemlose Erste Hilfe Maßnahmen (in 2003 1.809; 2004 1.640; 2005 1.930; 2006 1.627; 2007 1.648; 2008 1.137; 2009 1.334; 2010 1.843; 2011 1.485; 2012 1.158 medizinische Hilfen). Die insgesamt weiterhin relativ hohe Nachfrage im Verhältnis zu den Konsumvorgängen nach medizinischer Unterstützung in den elf Jahren verdeutlicht die intensive und effektive Nutzung dieses integrativen Angebotes.

2013 wurden darüber hinaus in 600 Fällen **psychosoziale Beratungen/Unterstützungen** durchgeführt (in 2002 282; 2003 276; 2004 413; 2005 609; 2006 782; 2007 964; 2008 775; 2009 928; 2010 1.627; 2011 869; 2012 750 psychosoziale Hilfen), die in 50 Fällen (in 2012 51) als Kontaktvermittlungen zur Entgiftung, in 43 Fällen als Kontakte zu Substitutionsärzten (2002 21; 2003 56; 2004 43; 2005



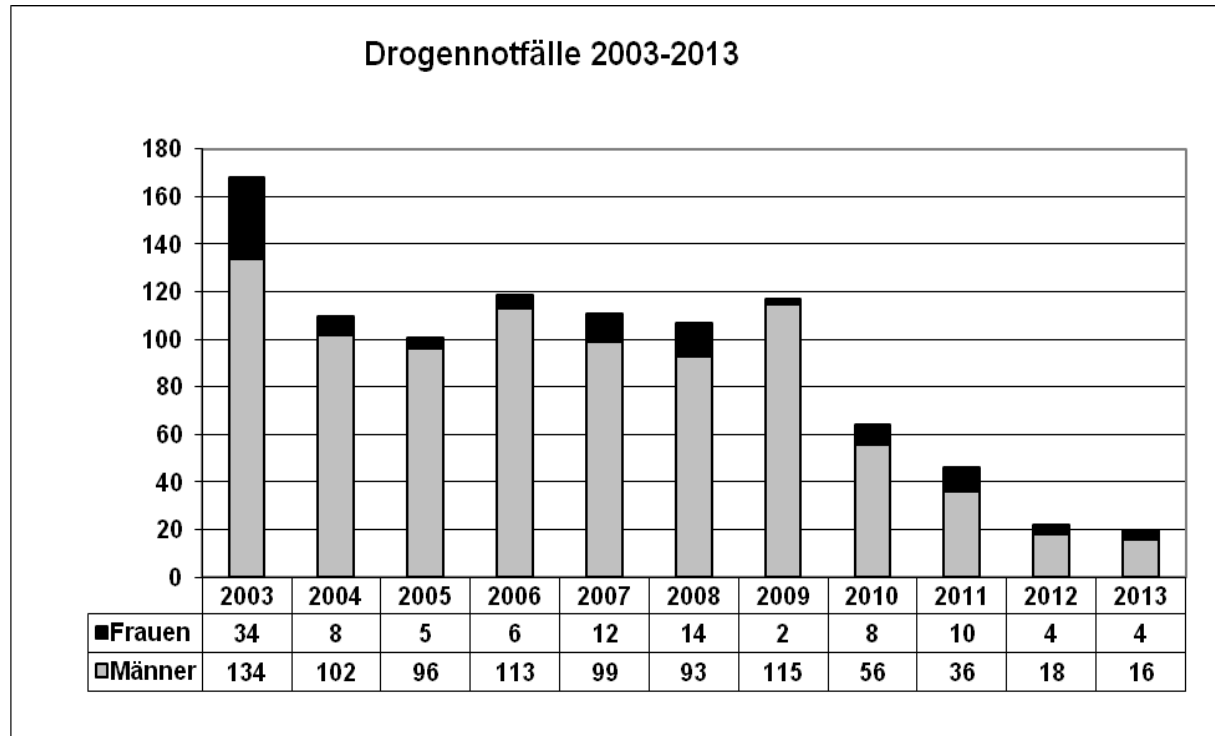
35; 2006 45; 2007 36; 2008 60; 2009 83; 2010 88; 2011 58; 2012 45 Kontaktvermittlungen) mündeten. Darüber hinaus wurden 105 Personen (2012 118) in andere ärztliche Hilfen, 397 Personen (2012 568) in weiterführende soziale Hilfen, 22 Personen (2012 30) zur städtischen Drogenhilfe weitervermittelt. 424 Vermittlungen erfolgten aus dem Konsumraum in die Drogentherapeutische Ambulanz (2004 770; 2005 667; 2006 889; 2007 1.196; 2008 949; 2009 891; 2010 832; 2011 735; 2012 605). Insgesamt kann festgehalten werden: Die Zielbestimmung „Behandlungsbereitschaft zu wecken, den Einstieg in den möglichen Ausstieg einzuleiten“ wird durch gezielte Hilfen und Weitervermittlungen effektiv erfüllt.

## Hausverbote

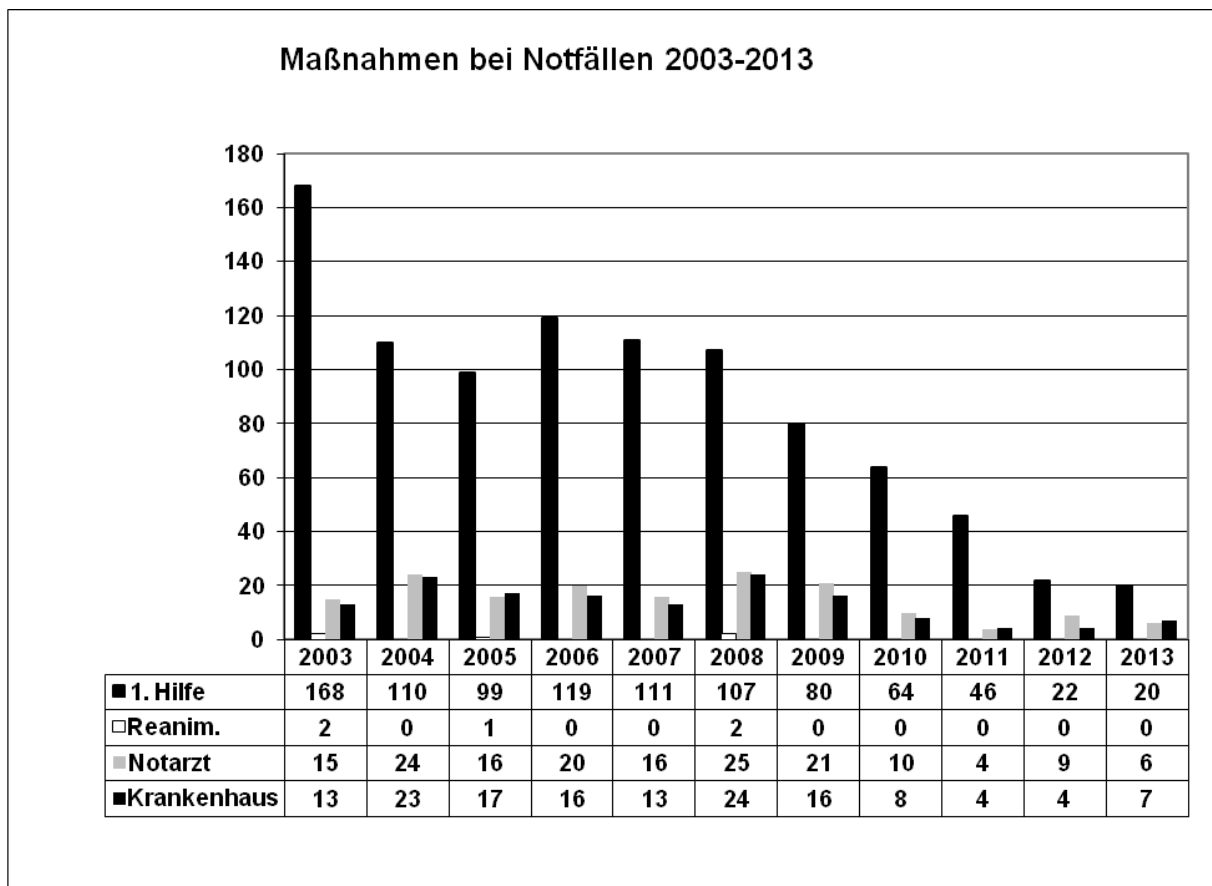
Insgesamt wurden im Jahr 2013 12 Hausverbote (2002 64; 2003 51; 2004 34; 2005 35; 2006 22; 2007 16; 2008 9; 2009 10; 2010 20; 2011 23; 2012 14 Hausverbote) erteilt. Die 14 Hausverbote erfolgten aufgrund gesundheitsgefährdender Konsumvorgänge (Drogen-Teilen), der Weitergabe einer Konsumration, gemeinsamen Konsums aus einer Spritze oder aggressiven Verhaltens gegenüber dem Personal.

## Drogennotfälle

**Graphik 14: Drogennotfälle 2003 – 2013**



## Graphik 15: Maßnahmen bei Notfällen 2003 - 2013



Die Graphiken 14 und 15 verweisen auf die im Elfjahresverlauf dokumentierten Drogennotfallsituationen und die eingesetzten Maßnahmen. Drogennotfälle werden differenziert nach leichten und schweren Drogennotfällen. Neben der Erfassung von Alter, Geschlecht, konsumierte Substanzen gelten bei der Zuordnung **leichte Drogennotfallsituationen** folgende Kriterien: Kreislauf- und Blutdruckprobleme, Erste Hilfe durch Personal der Einrichtung, Überwachung der Vitalfunktionen, Sauerstoff- und Zuckergabe. Bei der Erfassung **schwerer Drogennotfallsituationen** gelten neben Feststellung von Alter, Geschlecht, konsumierten Substanzen folgende Zuordnungskriterien: Atemstillstand, Atemdepression, Kreislaufzusammenbruch, Schock, Krampfanfall, Sauerstoffsättigung im Blut unter 80%, epileptischer Anfall, Erste Hilfe und/oder Reanimation durch Personal der Einrichtung, Benachrichtigung von Notarzt/RTW, Transport ins Krankenhaus.

Insgesamt wurden in 2013 20 Drogennotfallsituationen notiert (16 Männer und 4 Frauen). Von diesen 20 Drogennotfallsituationen (2002 105; 2003 168; 2004 110; 2005 101; 2006 118; 2007 111; 2008 107; 2009 117; 2010 64; 2011 46; 2012 22 Drogennotfallsituationen) sind 7 als schwere Drogennotfälle dokumentiert, die durch lebensbedrohliche Atemdepression oder Atemstillstand sowie Herz/Kreislaufprobleme infolge von Heroinüberdosierungen und/oder Mischkonsum gekennzeichnet waren. Diese Personen konnten durch sofortige Einleitung von fachkundiger Erster Hilfe (u.a. Beatmung, Sauerstoffgabe, Vitalfunktionskontrolle) und durch die schnelle Benachrichtigung des Notarztes/Rettungswagens (in allen Fällen in ca. 5 - 10 Minuten vor Ort) gerettet werden (in 2002 13; 2003 15; 2004 24; 2005

16; 2006 20; 2007 16; 2008 25; 2009 21; 2010 10; 2011 4; 2012 9 Personen). Insgesamt gesehen wurden in den Jahren 2003 – 2013 180 lebensbedrohliche Drogennotfallsituationen erfolgreich behandelt (158 Personen wurden vom RTW ins Krankenhaus transportiert).

Bei 13 Drogennotfallsituationen in 2013 handelte es sich um leichte Drogenotfälle (größtenteils Kreislaufprobleme) die durch Einleitung von Erste-Hilfe-Maßnahmen (u.a. Vitalfunktionskontrolle, Sauerstoffgabe, Traubenzuckergabe) ohne Inanspruchnahme des Notarztes/Rettungsdienstes sofort behoben werden konnten. Dieser deutliche Rückgang von leichten und schweren Drogennotfallsituationen beginnend mit 2010 verdeutlicht, dass der Reinheitsgehalt des Straßenheroins keine große Schwankungen aufweist (maximal 10% Heroinanteil) und die gesundheitspräventiven Maßnahmen zum risikobewussten und hygienischen Konsum sowie zur Drogennotfallprophylaxe inzwischen nachhaltig erfolgreich sind.

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

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

## **Besondere Vorkommnisse**

Im Auswertungszeitraum konnte keine Szenebildung vor unserer Einrichtung oder größere Störungen der öffentlichen Ordnung im unmittelbaren Umfeld festgestellt werden, die ursächlich auf den Betrieb des Drogenkonsumraums zurückzuführen gewesen wären. Weiterhin konnte keine Sogwirkung auf Konsumentinnen, die nicht aus Münster kommen, beobachtet und dokumentiert werden. Jedoch erfolgten im letzten Jahr wieder häufig Polizeiaktionen in unmittelbarer Nähe der Einrichtung, was an diesen Tagen zu einer geringeren Nutzung des Drogenkonsumraums und zum vermehrten Konsum im öffentlichen Raum führte. Mehrmals im Jahr 2013 wur-

den wir auch zu Drogennotfällen außerhalb des Konsumraums gerufen. Da diese Notfälle nicht unmittelbar im Konsumraum stattfanden, sind sie auch nicht in die Konsumraumstatistik eingeflossen. Diese zum Teil schweren Drogennotfälle im Umfeld der Einrichtung und im Kontaktladen werden im Rahmen der statistischen Dokumentation der Landeskoordination Integration NRW als besondere Vorkommnisse erfasst. 6 mehr oder weniger schwere Drogennotfälle außerhalb des Drogenkonsumraums konnten 2013 (2012 5) erfolgreich behandelt werden (Erste Hilfe, Notarzt, Transport ins Krankenhaus).

## Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die von der Konzeption anvisierte Zielgruppe der langfristig konsumierenden Drogenabhängigen aus der öffentlich sichtbaren Drogenszene weiterhin erreicht wird. Die präsentierten Ergebnisse im Vergleich der Jahre 2003 - 2013 zeigen, dass die Leistungen, die in den Zielbestimmungen genannt sind, weiterhin deutlich erfüllt werden konnten: Neben der Ermöglichung einer hygienisch-kontrollierten Applikation konnten durch die vorgehaltenen Leistungsangebote Infektionsrisiken beim intravenösem Gebrauch reduziert, risikobewusste Gebrauchsmuster durch vielfältige Safer-Use-Maßnahmen bewirkt, sofortige Hilfe in leichten und schweren Drogennotfallsituationen gewährleistet werden. 7 mögliche Todesfälle wurden in 2013 unmittelbar im Konsumraum verhindert und somit das Überleben gesichert. Ferner konnten medizinische Hilfen bei kleineren Wundversorgungen durchgeführt, allgemeine gesundheitspräventive Maßnahmen eingeleitet, intermittierende Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) angeboten und in weiterführende suchtherapeutische Hilfen vermittelt werden. Somit wurde ein Einstieg in den möglichen Ausstieg aus der Sucht initiiert und eine Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (achtloses Wegwerfen gebrauchter Spritzen und anderer Gebrauchsutensilien, öffentliches Konsumgeschehen) bewirkt.

Seit 2010 nehmen die Konsumvorgänge kontinuierlich ab. Im Gegensatz dazu die Betreuungsleistungen und Beratungsgespräche zu. Immer weniger Frauen nutzen den Drogenkonsumraum (es befinden sich auch immer weniger Frauen in der öffentlichen Drogenszene) und viele unserer Besucherinnen wurden in den letzten Jahren in Substitution vermittelt. In Münster werden z. Z. ca. 800 Personen über Substitutionsambulanzen, Schwerpunktpraxen und niedergelassenen Ärzten substituiert. Substituierte mit Mehrfachgebrauch sind jedoch von der Nutzung eines Drogenkonsumraums ausgeschlossen, wenn sie denn als Substituierte erkannt werden. Die erfolgreiche Vermittlung in Substitution hat natürlich auch zur Folge, dass die Nutzung des Drogenkonsumraums abnimmt. Realität ist, dass viele Drogenabhängige polyvalent psychoaktiv wirksame Substanzen konsumieren und dies – zumindest in der Anfangsphase einer Substitution – auch weiterhin praktizieren. Beispielsweise zeigt die PREMOS-Studie (2012), dass bei vielen Substituierten das jeweilige Substitutionsmittel sehr niedrig dosiert ist sowie im langfristigen Verlauf die empfohlene Erhaltungsdosis unterschritten wird. Ein Bei- oder Zugebrauch (z.B. auch in akuten Krisensituationen) sollte nicht als ein Ausschlusskriterium verstanden werden. Jeder Bei- und Zugebrauch hat eine subjektspezifische, psychosoziale Bedeutung, die es jenseits moralischer Diktionen gilt, gemeinsam im moderierenden Unterstützungs-

prozess aufzuarbeiten. Und dies ist nur möglich, wenn ein Kontakt hergestellt werden kann. Erfahrung ist, dass Methadon oder andere Substitutionsmittel Medikamente sind und eigentlich keine Ersatzstoffe für Heroin, da sie Heroin aufgrund fehlender Euphorieerzeugung subjektiv nicht ersetzen können. Jedenfalls lassen sich abgelehnte Substituierte und auch intravenös Heroin - Benzodiazepin - Konsumierende (weiteres Ausschlusskriterium) nicht vom Konsum abhalten: Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risikoreichen Bedingungen auf der Straße. Die Konsequenzen sind bekannt: vermehrter öffentlich sichtbarer Drogenkonsum, Zunahme von Spritzenfunden, öffentliche Drogennotfallsituationen. Hier kann der in der Rechtsverordnung gesetzte Anspruch eines Drogenkonsumraums, Gesundheitsgefahren zu senken und Überlebenshilfe zu sichern, aufgrund der festgelegten Zugangskriterien nicht erfüllt werden. Die Zugangskriterien sollten diesbezüglich überarbeitet werden.

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

Die mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen verbundenen Ziele wie **„Senkung der Gesundheitsgefahren und Überlebenshilfe“**, **„Behandlungsbereitschaft wecken – Einstieg in den Ausstieg einleiten“** und **„die Inanspruchnahme weiterführender insbesondere suchttherapeutischer Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern“** (Rechtsverordnung des Landes NRW) werden also deutlich wirkungsbezogen erreicht.

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

Erfreulich sind auch die seit 2009 zurückgehenden Drogennotfallsituationen, die 2013 nun den Tiefststand erreicht haben (20 Drogennotfallsituationen, davon 7 schwere Drogennotfälle). Dies kann einerseits auf einen stabilen Reinheitsgehalt des Straßenheroins hindeuten, andererseits zeigt sich hier auch ein Erfolg der schadensminimierenden und gesundheitspräventiven Maßnahmen (Safer-Use-Strategien, Hygienemaßnahmen) im integrativen Zusammenhang der gesamten niedrigschwelligen Unterstützungsangebote. Beispielsweise sei darauf verwiesen, dass der inhalative (Folierauchen), aber auch der nasale Drogengebrauch als risikominimierende Gebrauchsform seit 2010 kontinuierlich zunimmt und von uns auch durch unterschiedliche Angebote beispielsweise durch Gesundheitstage, Hand-Outs und Safer-Use-Gespräche gefördert wird. Eine aktuelle Studie der FHS Frankfurt „Smoke It“ verdeutlicht, das gemessen an den Indikatoren Überdosierung und

virale Infektionen der inhalative Konsum deutlich weniger riskant ist (vgl. [www.drogenkonsumraum.net](http://www.drogenkonsumraum.net)).

Die befürchteten Auswirkungen wie Szenebildung vor dem Eingangsbereich, Störung und Belastung der Öffentlichkeit im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung, Drogenhandel im Konsumraum, Sogwirkung sind aufgrund der fachlichen Arbeit und Kontrolldichte bisher weiterhin nicht eingetreten. Es lässt sich zudem resümierend feststellen, dass die Kooperation mit den Gesundheits-, Ordnungs- und Sicherheitsbehörden im Rahmen der Ordnungspartnerschaft „Drogen“ der Stadt Münster - festgelegt in einer gemeinsamen Vereinbarung - weiterhin bestens funktioniert.

**Das niedrighschwellige Drogenhilfezentrum** dient als Schutz- und Ruheraum abseits der Szenezusammenhänge und als Kommunikations- und Versorgungsort insbesondere auch zur Vermittlung von Safer-Use-Botschaften, Unterstützung der Alltagshygiene, gesunder Ernährung, Infektionsprophylaxe und medizinischer Akutversorgung. Im Drogenkonsumraum werden darüber hinaus die Konsumbedingungen relativ sicher und hygienisch-kontrolliert gestaltet, somit die Rettungswahrscheinlichkeit bei Überdosierungen und Mischintoxikationen erhöht und Mortalitäts- und Infektionsprophylaxe ermöglicht. Der Erfolg dieser gebündelten Maßnahmen und Angebote zeigt sich deutlich und nachhaltig am Rückgang von Drogennotfallsituationen und schweren Drogennotfällen und der Zunahme risikominimierender Konsumformen in den letzten vier Jahren.

Eine Problemmassierung in der Öffentlichkeit (offenes Konsumgeschehen, Spritzenfunde) konnte ferner wirksam gemindert werden. Die Spritzentauschsituation (umfassendes Spritzentauschprogramm, Spritzenautomaten am Bremer Platz und in Kinderhaus, Konsumraumnutzung und mobile Spritzenentsorgung sowie Aufklärungsarbeit im öffentlichen Raum) hat sich weiterhin auf hohem Niveau stabilisiert. Nach eigener Erhebung wurden in einer Woche im November 2013 ca. 1.500 gebrauchte Spritzen getauscht und sachgerecht entsorgt. Hochgerechnet wären dies im Jahr ca. 81.000 gebrauchte Spritzen, die sich **nicht** im öffentlichen Raum wiederfinden.

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

Anzumerken bleibt jedoch, dass der Arbeits- und Kontrollaufwand neben der psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter enorm hoch ist. **Personelle Engpässe** bei unseren täglichen Öffnungszeiten zeigen sich insbesondere in Krankheits- und Urlaubszeiten.

Durch das niedrighschwellige Drogenhilfezentrum wird insgesamt gesehen eine wesentliche Verminderung der Folgeprobleme des zwanghaften Drogenkonsums insbesondere im öffentlichen Raum erreicht. Eine Entlastung der Öffentlichkeit von Spritzenfunden und offenem Konsumgeschehen konnte so über die Jahre hinweg bewirkt werden. Darüber hinaus erreichen Konsumraumangebote eine Senkung der

Mortalitätsraten durch die Erhöhung der Rettungswahrscheinlichkeit bei Drogennotfällen. Sie ermöglichen weiterhin unmittelbare Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen. Jedoch muss auch deutlich hervorgehoben werden, dass das gesellschaftlich produzierte „Drogenproblem“ durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen nicht gelöst werden kann. Weder kann ein Drogentod aufgrund der Illegalität der Drogenbeschaffung (Verpanschung, Verstreckung der Substanzen, unhygienische Lebenszusammenhänge) vermieden, die öffentlich sichtbare Drogenszene zum Verschwinden gebracht, noch die Beschaffungskriminalität eingedämmt werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es auch mit einer Ausweitung der Konsumraumnutzungsmöglichkeit im Sinne einer „Rund-Um-Betreuung“ nicht gelingen kann, alle öffentlich konsumierenden Drogenabhängigen jederzeit zu erreichen. Konsumräume sind ein freiwillig zu nutzendes Angebot. Sie stellen nur einen (jedoch wesentlichen) Baustein im Rahmen umfassender und differenzierter Hilfeangebote zur Gesundheitsprävention, Überlebenshilfe und Schadensminimierung dar.

## **Literatur:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vogt,G./Schmidt,C.: Der Konsumraum als Ort der Prävention von Drogennotfällen und Drogentodesfällen – Ein Beispiel aus Münster. In: Schneider,W./Gerlach,R.Hg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik. Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin 2009  
Wittchen,H.-J. et al: Effekte langfristiger Substitution Opiatabhängiger: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Premos-Studie. Dresden 2012

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

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

Unter Mitarbeit von:  
Stefan Engemann, Dipl. Päd.  
Ulrich Dove, Dipl. Päd.

Eine ausführliche Dokumentation der Presseberichterstattung zum Drogenkonsumraum ist im INDRO - Gesamtjahresbericht 2012/2013 erschienen.



## Ein Tag im Konsumraum

### **10:30 Uhr:**

Vorbereiten des Konsumraums: steriles Injektionsbesteck (Spritzen und Kanülen) und Zubehör (Löffel, Ascorbinsäure, Tupfer, etc.) auffüllen, Nutzervereinbarungen bereitlegen in deutscher und russischer Sprache. Checken des Notfallequipments (Beatmungsbeutel, Sauerstoffflasche, etc.).

### **10:45 Uhr:**

Reflexion mit den Kollegen (zwei im Konsumraum und einer in Rufnähe) über Auffälligkeiten des Vortags wie z.B. potentiell gefährdete Personen, Besonderheiten, Notfallsituationen, etc. Außerdem die Aufteilung der Arbeitsbereiche.

### **11:00 Uhr:**

Vier Besucher, Alex, Murat, Sonja und Steve, warten schon auf die Öffnung des Konsumraums. Die Nutzervereinbarung haben sie bereits gelesen und ausgefüllt, sie nutzen den Konsumraum regelmäßig. Jeder hat sich an der Spritzentauschtheke ein „Set“ zum Selbstkostenpreis geholt (Spritze, Kanüle, Safer Use Filter, Ascorbinsäure, steriles Wasser, Tupfer & Alkoholtupfer, sowie Pfännchen oder Löffel).

Während die Vier den Konsumraum betreten, fällt uns auf, dass Sonja ein Brillenhämatom aufweist. Auf Nachfrage reagiert Sonja zunächst sehr abweisend. Sie geht direkt in den Raucherraum um ihr Blech Heroin zu rauchen. Wir bringen ihr ein Coolpack für ihre Augen und lassen sie erst mal in Ruhe konsumieren.

Steve und Alex möchten sich einen Cocktail spritzen, also ein Gemisch aus Heroin und Kokain. Bei der Sichtkontrolle des Stoffs stellen wir jedoch fest, dass sie die Substanzen noch nicht aufgeteilt haben. Da das Aufteilen von BTMs auch im Konsumraum rechtlich nicht erlaubt ist, müssen wir die Zwei zunächst nochmal nach draußen schicken. Etwa 10 Minuten später treffen sie erneut im Konsumraum ein und jeder zeigt seinen eigenen Stoff vor.

Murat möchte, wie üblich, Heroin konsumieren. Nachdem er die Substanz aufgekocht hat, will er sie, ohne zu filtern, in die Spritze aufziehen. Wir legen ihm einen grünen „Safer Use Filter“ auf den Tisch und erklären ihm, dass er damit aus dem massiv verunreinigten Straßenheroin alle nicht wasserlöslichen Streckmittel herausfiltern und somit die Gefahr für einen „Shake“ (allergische Reaktion des Körpers auf verunreinigte Substanzen) deutlich verringern kann. Er ist sehr interessiert und gibt an, erst vor kurzen einen Shake gehabt zu haben und erzählt uns davon, wie unangenehm sich das angefühlt hat. Er probiert den Safer Use Filter aus, muss dann aber feststellen, dass dieser schnell verstopft. Wir erklären ihm, dass das passieren kann, wenn der Stoff massiv verunreinigt ist und raten ihm, den Rest sowohl durch den üblichen weißen, als auch durch den grünen Safer Use Filter aufzuziehen. Er folgt unserem Rat.

### **11:30 Uhr:**

Sonjas Raucherzeit ist um und da andere Konsumenten bereits warten, bitten wir sie herauszukommen. Ich hole sie in die Ambulanz und frage sie zunächst nach ihren Blessuren und inwieweit sie medizinisch versorgt werden muss, bzw. will. Die Pupillenreaktion ist unauffällig. Während der medizinischen Versorgung erzählt mir Sonja, dass ihr Partner sie zu Hause verprügelt habe. Er meine das eigentlich gar nicht so, aber er sei halt betrunken gewesen. Er sei immer so aggressiv wenn er trinke,

hinterher tue es ihm immer furchtbar leid und er entschuldige sich dann auch bei ihr. Im Verlauf des Gesprächs erzählt sie mir auch, dass sie bereits zweimal im Frauenhaus gewesen sei, sie habe ihm dann aber auch immer wieder verziehen, weil sie irgendwie auch nicht ohne ihn könne, sie liebe ihn halt. Ich vermittele sie weiter in ärztliche Behandlung, da der Verdacht auf eine Fraktur besteht. Außerdem biete ich ihr weiterführende Beratung und Begleitung an und gebe ihr noch einige Flyer von spezifischen Beratungs- und Frauenschutzstellen mit. Sie will später nochmal ins Indro kommen.

#### **12:05 Uhr:**

Bisher 14 Konsumvorgänge (sechsmal Heroin i.v., einmal Kokain i.v., einmal „Cocktail“ – Heroin & Kokain gemischt, fünfmal Heroin inhalativ und einmal Kokainbase inhalativ). Neben einer Wundversorgung und Vermittlung in ärztliche Hilfen (Sonja) wurden vier Gespräche über risikominimierende Injektionstechniken und alternative Konsumvarianten geführt, mehrere kleinere medizinische Versorgung (Pflaster, Salbe zur Venenpflege) fanden statt, und zwei Besucher wurden ins Büro vermittelt für soziale Hilfen.

#### **12:45 Uhr:**

Markus, ein Besucher, der uns schon länger bekannt ist, klagt nach dem Konsumvorgang über Schmerzen an der Einstichstelle. Im angrenzenden Behandlungsraum wird ihm ein „heparinhaltiger“ Salbenverband angelegt und der Hinweis gegeben, diese Stelle in den nächsten Tagen mit Injektionsversuchen zu meiden. Da Markus bei seinem letzten Besuch erzählt hatte, er strebe eine Suchttherapie an, fragen wir ihn nach dem Stand der Dinge. Er erzählt, er sei bereits für den Sozialbericht bei der Drogenberatungsstelle gewesen und sei gerade dabei die erforderlichen Unterlagen zusammen zu tragen. Als wir fragen, in welcher Klinik er entgiften möchte, gibt er an, noch unentschlossen zu sein. Vitali und Sergej, die auch im Konsumraum sind, erzählen von ihren Erfahrungen mit verschiedenen Kliniken und es ergibt sich eine angeregte Diskussion zwischen den dreien. Da aber noch weitere Besucher auf einen Konsumplatz warten, bitten wir sie, sich oben im Café zusammen zu setzen und geben Markus eine Liste mit den Kliniken in der Umgebung mit. Darüber hinaus unterbreiten wir ihm das Angebot vom Büro aus dort anrufen zu können.

Marco kommt in den Konsumraum. Er ist schon eine ganze Weile bei uns angebunden und war unlängst 18 Monate inhaftiert. Diese Zeit hat er positiv für sich nutzen können, um seinen Konsum einzustellen und einen Realschulabschluss zu machen. Nun ist er seit vier Monaten wieder frei und schafft es bislang nur alle zwei bis drei Wochen mal zu konsumieren. Derzeit arbeitet er an seinem Abitur im Rahmen der Abendschule und jobbt nebenbei regelmäßig. Er erzählt uns, dass er insgesamt zwar ganz gut klar komme ohne regelmäßig zu konsumieren, dass er aber dennoch deutlich merke, dass er zusätzliche Unterstützung benötigt, wenn er das langfristig schaffen will. Marco gibt an, sich nach verschiedenen Selbsthilfegruppen umzusehen. Wir erzählen ihm von diversen sowohl abstinenz- als auch akzeptanzorientierten Möglichkeiten (KiSS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum, NA – Narcoti Anonymus, Cleangruppe, etc.)

### **13:20 Uhr:**

Eine uns unbekannte 37-jährige Frau betritt den Konsumraum, sie wirkt sehr gestresst und hat eine Reisetasche bei sich. Im Rahmen des Erstgesprächs fragen wir nach, woher sie gerade kommt und wie lang der letzte Konsum zurückliegt. Jutta gibt an, gerade in der Entgiftung disziplinarisch entlassen worden zu sein, und dass sie vor 10 Tagen das letzte Mal konsumiert habe. Sie hat es sehr eilig im Gespräch und möchte schnell konsumieren. Zudem nehme sie immer nur „Braunes“, sie sei seit mittlerweile 15 Jahren auf Heroin und wisse wohl wie das geht und worauf sie achten müsse.

Wir weisen dennoch darauf hin, dass ihre Opiattoleranz nach zehn Tagen deutlich gesunken sei und empfehlen ihr daher, den Stoff auf zwei Konsumvorgänge aufzuteilen. Wir legen ihr die dafür erforderlichen Utensilien auf den Tisch. Sie befolgt unseren Rat und nimmt erst mal nur die Hälfte ihres „Bubbels“. Nach dem Konsum stellt sie fest, dass sie schon ganz schön „breit“ ist und verzichtet auf einen weiteren Konsum.

### **14:00 Uhr**

Nun betritt Alfons den Konsumraum. Er ist uns auch schon bekannt, auch aufgrund von Notfallsituationen in der Vergangenheit. Alfons ist wohnungslos und hat neben seiner Opiatsucht auch massive Alkoholprobleme. Zurzeit macht er auf uns einen relativ nüchternen Eindruck. Nach eigenen Angaben hat er heute erst drei Bier getrunken. Trotzdem rufen wir einen weiteren Mitarbeiter dazu, um ihn besonders beobachten zu können. Nach Beendigung seines Konsums zeigt er typische Anzeichen einer Überdosierung (flache Atmung, Blaufärbung der Lippen, eingetrübtes Bewusstsein). Die Mitarbeiter legen Alfons ein Pulsoximeter an mit dem man die Sauerstoffsättigung im Blut messen kann. Dieser zeigt uns eine Sättigung von 69% an, Tendenz fallend. (Der Normalwert liegt zwischen 96-100). Das Mitarbeiterteam beschließt, Alfons an das Sauerstoffgerät anzuschließen. Die Sättigung verbessert sich durch die Gabe von Sauerstoff nicht, im Gegenteil: Es ist keine Atembewegung mehr erkennbar. Alfons befindet sich in einem komatösen Zustand. Daher beschließt das Team, ihn direkt auf den Boden zu legen und mithilfe eines Beatmungsbeutels zu beatmen. Als Beatmungshilfe wird zusätzlich ein Guedeltubus verwendet. Dies ist für uns eine schwere Notfallsituation, daher wird der Konsumraum bis auf weiteres geschlossen. Da noch zwei andere Besucher im Konsumraum sind, werden diese gebeten, eine Kappe auf ihre Spritze zu machen und kurz mit ihrem Konsumvorgang zu warten. Die Spritze von Alfons wird von uns entsorgt, damit sie keine Gefahr mehr darstellt. Inzwischen hat ein Mitarbeiter das Büro angewiesen, den Rettungsdienst zu bestellen (NOTRUF 112). Durch die eingeleiteten Maßnahmen erreichen wir eine Stabilisierung Alfons. Seine Sauerstoffsättigung liegt nun bei 97%. Nach ca. fünf Minuten treffen der Rettungswagen und Notarzt ein. Nun wird eine Übergabe an den Rettungsdienst und an den Notarzt gemacht (Name des Patienten, konsumierter „Stoff“ und unsere Vermutung seines parallelen Alkoholkonsums). Der Notarzt beschließt, ihn mit ins Krankenhaus zu nehmen. Nachdem der Rettungsdienst Alfons mitgenommen hat, schreiben wir ein Notfallprotokoll, räumen auf und desinfizieren die Notfallstelle.

### **14:45 Uhr**

Wiedereröffnung des Konsumraumes. Dimitri betritt den Konsumraum und möchte Heroin konsumieren. Ein Mitarbeiter des Konsumraumes weiß aus einem Beratungsgespräch mit Dimitri, dass er sich in einer Substitutionsbehandlung befindet.

Daher müssen wir ihm den Zutritt zum Konsumraum leider verwehren. Auf Grund der Rechtsverordnung des Landes NRW ist Substitutionspatienten der Zutritt nicht erlaubt.

#### **15:15 Uhr**

Ein uns bisher unbekannter Besucher (Heinz) fragt uns nachdem er seinen Konsumvorgang beendet hat, welche Wohnungsmöglichkeiten es in Münster für ihn gibt, da er vorhat hier in Münster zu bleiben. Kurzfristig sehen wir nur die Möglichkeit: Das Haus der Wohnungslosen. Wir verweisen ihn aber auch ins Büro, wo er von einem weiteren Mitarbeiter empfangen wird, der ihm zusätzliche Möglichkeiten aufzeigt (Adressen von Vermietern und Wohnungsbaugesellschaften).

#### **15:35 Uhr**

Bei Hanna kommt es nach einem Heroinkonsum zu einer leichten Atemdepression, die durch Sauerstoffgabe schnell behoben werden kann. Sie war jederzeit ansprechbar und reagierte auf die Mitarbeiter.

#### **16:04 Uhr**

Peter kommt seit einer Woche regelmäßig zum Verbandwechsel und zur Wundreinigung, da er sich vor einiger Zeit einen durch unhygienisches Spritzen verursachten Abszess zugezogen hat. Unseren dringenden Rat ins Krankenhaus zu gehen, kommt er leider nicht nach.

#### **16:04-16:30 Uhr**

In der folgenden Zeit gab es keine besonderen Vorkommnisse. Heute gab es über den Tag verteilt 62 Konsumvorgänge. Davon hatten wir bei den Männern 20, die Heroin intravenös konsumiert haben, 11 die Heroin geraucht haben, 7 die Kokain intravenös konsumiert haben, 4 die Methadon intravenös konsumiert haben, 4 die einen sogenannten „Cocktail“ (Heroin und Kokain) intravenös konsumiert haben und 2 Personen, die Heroin gesnieft haben. Bei den Frauen waren es 7, die Heroin intravenös konsumiert haben, 3 die Heroin geraucht haben, 2 die Kokain intravenös konsumiert haben, 1 die Methadon intravenös konsumiert hat und eine, die einen „Cocktail“ intravenös konsumiert hat.

#### **16:35-17:00**

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

(Das INDRO e.V. - Konsumraumteam)