

Risikominimierung durch hygienische Konsumbedingungen

Konzept für Konsumräume in Wien

Sigrid STROBEL
Martina ZACH

Wien, März 2002

Inhalt

1. Vorwort	3
2. Ausgangslage	5
2.1. Die Drogensituation in Wien/Österreich	5
2.2. Öffentlich-rechtliche Situation in Österreich	8
2.3. Phänomenologie der offenen Drogenszene in Wien	9
3. Zielsetzungen	11
3.1. Gesundheitsprophylaxe	11
3.2. Kontaktfelderweiterung	13
3.3. Entlastung öffentlicher Orte	13
4. Zielgruppen	14
5. Rahmenbedingungen, Methoden und Angebote	15
5.1. Konsumraum-Modell	15
5.2. Standort	16
5.3. Standards	16
5.4. Öffnungszeiten	18
5.5. Betriebsablauf	19
5.6. Raumbenutzungsordnung	19
5.7. Öffentlichkeitsarbeit - Überzeugungsarbeit	20
6. Personal	21
6.1. Personalstruktur	21
6.2. Personalbedarf	21
7. Qualitätsicherung, Evaluation und Dokumentation	21
8. Anhang	24
Häufig gestellte Fragen zu Konsumräumen	25
KlientInnenbefragung: Kreuztabellarische Auswertungen	25
KlientInnenbefragung: Qualitative Auswertungen	30

Impressum

Verein Wiener Sozialprojekte
Rotenmühlgasse 26
1120 Wien

Tel.: ++43/(0)1/8101301
E-Mail: vws@vws.or.at
Homepage: www.vws.or.at

Wien, März 2002

1. Vorwort

Der *Verein Wiener Sozialprojekte* (VWS) betreut im Rahmen der Wiener Drogenhilfe seit 1990 drogenabhängige und drogengefährdete Menschen, insbesondere jene der offenen Straßenszene. Das Konzept der niedrigschwellig ausgerichteten Anlaufstellen beruht auf den Grundsätzen suchtbegleitender Drogenarbeit. Vorrangiges Ziel ist es, im Sinne von Harm Reduction zu einer Verringerung der negativen Folgen des Drogenkonsums auf sozialer, psychischer und somatischer Ebene beizutragen.

Die Grenzen eines suchtbegleitenden Ansatzes in der Drogenarbeit, der die Bedürfnisse der DrogengebraucherInnen vor allem nach Gesundheitsschutz in seinen Mittelpunkt stellt, werden jedoch dort deutlich, wo es um den Umgang mit dem Drogenkonsum der NutzerInnen innerhalb der Einrichtung geht. Die suchtbegleitende Drogenarbeit steht in diesem Fall vor dem Dilemma, Sprizentausch und andere suchtbegleitende Unterstützungen zwar anzubieten, doch den Konsum der Drogen mittels dieser Spritzen ausschließlich an anderen Plätzen stattfinden lassen zu müssen; auch wenn das bedeutet, dass es sich hierbei sowohl für die Betroffenen – vor allem jene DrogenkonsumentInnen, die der offenen Straßenszene angehören – als auch für die allgemeine Bevölkerung meist um ungeeignete Plätze in der Öffentlichkeit handelt. Das, was sowieso und in erheblich riskanteren Situationen stattfindet und aufgrund der Abhängigkeit mehrmals am Tag stattfinden muss, kann innerhalb der bestehenden Angebote nicht geduldet werden. Es muss draußen, heimlich, ohne prophylaktische Hilfen und medizinische Soforthilfen im Bedarfsfall konsumiert werden.

Die Einbettung von speziell dafür vorgesehenen Räumen in bereits bestehende niedrigschwelligen Drogeneinrichtungen ermöglicht durch hygienische und stressfreiere Konsumbedingungen eine Reduzierung gesundheitlicher Schäden der Betroffenen, kann zu mehr Effizienz im Rahmen der Safer-Use Beratung beitragen und ermöglicht es darüber hinaus, Kontakt zu bisher unerreichbaren KlientInnengruppen herzustellen.

Drogenkonsumräume sind daher eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Drogenhilfssystems; sie dienen der Überlebenshilfe und erweitern zum anderen die Möglichkeit der Entwicklung von individuellen Lebensperspektiven mit und ohne Drogen. Sie erfüllen eine Brückenfunktion, indem sie die Inanspruchnahme weiterführender Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung fördern bzw. erst ermöglichen.

Von besonderer Wichtigkeit für die Integration von Konsumräumen in das bereits bestehende Drogenhilfssystem ist aber eine Vermeidung unzulässiger Erwartungshaltungen, wie etwa der Auflösung der öffentlichen Drogenszenen, einer Reduktion der Beschaffungskriminalität oder das Verschwinden des öffentlichen Konsumgeschehens. Die Einrichtung von Konsumräumen kann das Drogenproblem in Wien zwar nicht lösen, aber zu einer Minimierung der konsumbezogenen „Problemfülle“, insbesondere für die KonsumentInnen sowie die Bevölkerung bzw. AnrainerInnen, beitragen.

Die KlientInnen der VWS-Einrichtungen wurden im Rahmen einer ausführlichen Fragebogenerhebung miteinbezogen.

Die Einbindung internationaler Erfahrungen beim Betrieb von Anlaufstellen mit

integriertem Konsumraum wurde durch die Unterstützung der ExpertInnen aus Einrichtungen in Hamburg, Frankfurt, Zürich und Bern ermöglicht. Besonderer Dank gilt den KollegInnen aus Tirol, an deren Konzept für eine niedrighschwellige Anlaufstelle mit integriertem Gesundheitsraum wir uns teilweise orientierten.

2. Ausgangslage

2.1. Die Drogensituation in Wien/Österreich

Zahlen und Daten

Die Autoren einer im Jahr 2000 veröffentlichten Prävalenzstudie zum problematischen Opiatkonsum¹ in Österreich halten eine aktuelle Anzahl von 15.000 bis 20.000 problematischen OpiatkonsumentInnen in Österreich für plausibel. Etwa 50% davon – das wären 7.500 bis 10.000 Personen – leben in Wien. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass es sich dabei um eine Schätzung handelt und keine Zahl im Bereich zwischen 9.000 und 36.000 mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Der problematische Opiatkonsum wird von ihnen über mindestens einen der vier Parameter definiert: Straffälligkeit, Substitutionsprogramm, Überdosierung, Todesfall. Die total-lifetime-prevalence wird in dieser Untersuchung mit 1% angegeben. (Im Vergleich dazu beträgt die „total-life-time-prevalence“ bei chronischem Alkoholmissbrauch in Österreich 10%.)²

Österreichweite Prävalenzdaten zum Kokainkonsum fehlen, hier kann lediglich auf grobe Schätzungen zurückgegriffen werden. Im Wiener Drogenbericht 1997³ geht man von etwa 20.000 KokainkonsumentInnen aus.

Bezüglich der Frage, wie viele KonsumentInnen diese Drogen intravenös konsumieren, gibt es ebenfalls nur Schätzungen. Lediglich für Teilpopulationen gibt es genauere Untersuchungen.⁴

Die Situation bezüglich des problematischen Drogenkonsums wird in fast allen Bundesländern als stabil eingeschätzt, wobei sich riskanter und problematischer Drogenkonsum heute österreichweit vor allem in Ballungsräumen findet.^{5, 6}

Substanzen

Österreichs und speziell Wiener Drogenabhängige weisen in erster Linie polytoxikomane Gebrauchsmuster auf. Neben Opiaten, Kokain und Cannabis werden Schlaf- und Beruhigungsmittel, Aufputzmittel, Designerdrogen und Alkohol konsumiert. Innerhalb des letzten Dezenniums kam es zu einer deutlichen Verschiebung des Konsums von Mohnkapseltee zu Heroin und opiathaltigen Medikamenten. Speziell der Konsum von Kokain hat in den letzten Jahren in Wien zugenommen und seit 1995 auch auf die Wiener Straßenszene übergegriffen. Der Gebrauch von Designerdrogen zeigt einen deutlichen Aufwärtstrend, während sich der Missbrauch von Benzodiazepinen in der Drogenszene stabilisiert hat.⁷

¹ Uhl, A., Seidler, D., 2000: Prevalence estimate of problematic opiate consumption in Austria, Forschungsbericht des LBISucht. Vienna 2000. <http://www.api.or.at>

² Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Beiglböck, W., Preinsberger, W., Mader, R.: Handbuch Alkohol Österreich. Zahlen Daten Fakten Trends. BmfAGuS 1999;81-2

³ David, A., Hacker, P., Wiener Drogenbericht 1997

⁴ Haltmayer, H., Schmid, R.: Untersuchungen über den i.v. Konsum 'harter' Drogen durch Sprizentests. Abschlussbericht des Projektes Nr. 1572, gefördert vom med.-wiss. Fonds des Bürgermeistermeisters der Stadt Wien 2000

⁵ ÖBIG 1998

⁶ ÖBIG 1999

⁷ David, A., Hacker, P., Wiener Drogenbericht 1996

Über die Substitutionsbehandlung werden derzeit in Österreich ca. 4.500 Opiat-abhängige sozialmedizinisch betreut. Nach ExpertInnenschätzungen stehen derzeit insgesamt etwa 7.000 – 8.000 Drogenabhängige in sozialen und medizinischen Einrichtungen in Betreuung.⁸

Der Substitutionserlass definiert Methadon zwar als Mittel der ersten Wahl (Ausnahme: Schwangerschaft), jedoch kommen zunehmend auch andere Medikamente zum Einsatz. So werden derzeit in Wien ca. 30% der KlientInnen mit anderen Ersatzmitteln behandelt.⁶ Dies sind in erster Linie retardierte Morphine und zu einem noch geringen Teil Buprenorphin. LAAM ist in Österreich zwar zugelassen, findet aber bisher kaum Verwendung.

HIV, Hepatitis und andere Folgeerkrankungen

Daten zur Morbidität von Drogenabhängigen stehen nur in geringem Ausmaß zur Verfügung. Ausgehend von Daten aus verschiedenen kleineren Samples können die Infektionsraten für HIV und Hepatitis nur geschätzt werden. Berechnet man die HIV-Prävalenz auf Basis der in Österreich durch (Misch)Intoxikation mit Suchtgift verstorbenen Personen, so ergibt sich für die letzten Jahre eine niedrige und zudem rückgängige Rate (3% 1995, 1,5% 1997).⁶ 1999 wurden in der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle *Ganslwirt* 153 HIV-Tests durchgeführt. Der Anteil der positiven Tests lag dabei ähnlich wie in den Vorjahren bei 3%.⁹

Im Wiener Arbeitskreis „Hepatitis und Drogenkonsum“ wurde auf der Basis verschiedener Untersuchungen in Wiener Drogeneinrichtungen die Prävalenz für Hepatitis B auf 35% bis 50% geschätzt, jene für Hepatitis C auf 75% bis 85%. Dies stimmt auch mit internationalen Untersuchungen überein.

Neben den viralen Infektionserkrankungen stellen vor allem konsumbedingte dermatologische (bakterielle) Erkrankungen ein wichtiges Gesundheitsproblem unter den intravenös Drogenkonsumierenden dar. 1997 waren 16%, 1998 sogar 32% und 1999 21% aller in der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle *Ganslwirt* gestellten Diagnosen dem Fachbereich Dermatologie zuzuordnen (Paravasate, Abszesse, Phlebitiden und Phlegmonen).^{9,10,11}

Zu weiteren Folgeerkrankungen wie Thrombosen, Embolien, Endocarditiden, Sepsis, bedingt durch den intravenösen Konsum, liegen zwar keine Zahlen vor, jedoch lässt sich aufgrund immer wiederkehrender Berichte von Betroffenen, bzw. über den Wiener Spitalsverbindungsdienst *Contact* vermuten, dass es sich hierbei auch zahlenmäßig um ein ernst zu nehmendes Problem handelt.

Überdosierungen und Todesfälle

Personen mit Drogenüberdosierungen werden in Wien von der Wiener Rettung vorort versorgt und anschließend zwecks weiterer Behandlung in die Akutspitäler transportiert. Im Beobachtungszeitraum 1987 bis 1996 konnte ein deutlicher Rückgang von Drogenüberdosierungen verzeichnet werden. Dies dürfte großteils auf die Etablierung neuer Betreuungsangebote und dem verstärkten Einsatz von SozialarbeiterInnen in der Straßenszene zurückzuführen sein.

In der niedrigschwellig arbeitenden Drogenmedizinischen Beratungsstelle *Ganslwirt* wurden 1997 105, sowie 1998 und 1999 jeweils 126 Intoxikationen behandelt. Intoxikationen machten dabei 1997 3,8%, 1998 3% und 1999 2%

⁸ David, A., 2000, persönliche Mitteilung

⁹ Jahresbericht 1999 der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle *Ganslwirt*

¹⁰ Jahresbericht 1996/97 der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle „*Ganslwirt*“

¹¹ Jahresbericht 1998 der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle „*Ganslwirt*“

aller gestellten Diagnosen aus. So kam es also insgesamt zwar zahlenmäßig zu einem leichten Anstieg von Überdosierungen, prozentuell gesehen aufgrund der höheren PatientInnenfrequenz jedoch zu einer Abnahme.^{9,11,12}

Im Jahr 1999 kam es österreichweit erstmals wieder zu einem leichten Anstieg der Drogenopfer (174), nachdem deren Anzahl in den letzten Jahren rückläufig bis stabil war. Auch der Anteil an Intoxikationen stieg 1999 leicht an. In den Jahren 1994 bis 1998 war die Zahl der Drogenopfer sowie der Intoxikationen rückläufig gewesen. Vor allem in Wien war der Rückgang der drogenbezogenen Todesfälle zwischen 1994 und 1998 besonders stark ausgeprägt, aber auch hier kam es zu einem deutlichen Anstieg im Jahr 1999. 60% aller gemeldeten Todesfälle betrafen Wien.

Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Todesursache 1989 – 1999

Todesursache	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Überdosis Morphin	20	36	70	121	130	140	160	179	132	108	126
Überdosis Medikament	27	14	7	7	24	34	12	12	3	4	7
Selbstmorde	13	7	5	10	7	16	15	11	14	13	15
AIDS	17	22	26	39	47	41	28	23	9	20	11
Sonstiges	5	4	8	10	18	19	26	5	14	17	15
Gesamt	82	83	116	187	226	250	241	230	172	162	174

Quelle: BMAGS, Abt. VIII/B/12

Anzahl der „Drogenopfer“ in Österreich nach Bundesland 1989 - 1999

Bundesland	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1989-1998
Burgenland	1	2	0	1	1	4	3	2	3	2	0	19
Kärnten	0	3	3	4	3	6	4	3	8	5	7	46
Niederösterreich	3	1	4	6	10	10	11	18	13	11	12	99
Oberösterreich	7	8	16	20	15	27	24	17	10	14	5	163
Salzburg	5	4	1	3	3	5	7	6	12	13	9	68
Steiermark	2	5	1	7	5	5	8	10	13	6	6	68
Tirol	8	4	10	12	28	26	23	18	15	18	21	183
Vorarlberg	2	12	19	19	18	20	24	20	7	13	10	164
Wien	54	44	62	115	143	147	137	136	91	80	104	1113
Gesamt	82	83	116	187	226	250	241	230	172	162	174	1923

Quelle: BMAGS, Abt. VIII/B/12

2.2. Öffentlich-rechtliche Situation in Österreich^{12,13}

Die für den Betrieb einer niedrighschwelligen Anlaufstelle mit integriertem Konsumraum relevanten juristischen Fragestellungen wurden von *Univ. Prof. Dr. Christian Bertel* ausführlich beantwortet und von *Dr. Gerhard Litzka* in einer Stellungnahme zum strafrechtlichen Gutachten bestätigt.

Nach §27 Abs.1 SMG macht sich strafbar, wer Suchtgift *erzeugt, einführt, ausführt, erwirbt, besitzt, einem anderen überlässt oder verschafft*. Der Konsum von Suchtgift ist nicht strafbar. Dem/r Süchtigen selbst kommt die Straffreiheit des Konsums nicht zugute. Um Suchtgift zu konsumieren, muss man es erst einmal erwerben und besitzen, und damit ist man strafbar.

Die Straffreiheit des Suchtgiftkonsums ist aber von Bedeutung, wenn es um die strafrechtliche Verantwortlichkeit Dritter geht, die den Suchtgiftkonsum anderer fördern. Wer einer anderen Person Suchtgift gibt, *überlässt* es ihr: er/sie macht sich nach §27 Abs.1 SMG strafbar. Wer ihr ermöglicht, Suchtgift zu erwerben, z.B. indem er/sie ihr eine Adresse nennt, wo sie es erhalten kann, *verschafft* ihr das Suchtgift und macht sich gleichfalls nach §27 Abs.1 SMG strafbar. Wer ihr aber lediglich *hilft, Suchtgift, das sie ohnehin schon besitzt, zu konsumieren*, ist nach §27 Abs.1 SMG nicht strafbar. Der Suchtgiftkonsum und die Förderung fremden Konsums werden durch §27 Abs.1 SMG nicht erfasst. Das gilt auch dann, wenn der/die KonsumentIn noch minderjährig ist. Wer einem/r Minderjährigen den Gebrauch eines Suchtgiftes ermöglicht, kann zwar nach §27 Abs.2 Z1 SMG strafbar werden, das aber nur, wenn zugleich eine Straftat nach §27 Abs.1 SMG vorliegt.

Insgesamt kann daher gesagt werden, dass die Einrichtung von Konsumräumen strafrechtlich unbedenklich ist. Den dort tätigen Personen obliegen jedoch folgende gesetzlich geregelte Verpflichtungen:

- Es muss darauf geachtet werden, dass Wasser und Spritzen, die den KlientInnen zur Verfügung gestellt werden, sauber sind.
- Wenn ein/e KlientIn nach einer Injektion bewusstlos wird, müssen sie unverzüglich Hilfe leisten. Wenn sie das nicht tun, können sie wegen fahrlässiger Tötung (§80 STGB), fahrlässiger Körperverletzung (§88 STGB), Unterlassung der Hilfeleistung (§95 STGB) strafbar werden.
- Personal, das Suchtgift zur Aufbewahrung übernimmt oder KlientInnen erlaubt, Suchtgift im Konsumraum zu deponieren, *erwirbt* das Suchtgift und macht sich damit nach §27 Abs. 1 SMG strafbar.
- Suchtgift, das im Konsumraum gefunden wird, muss der Polizei übergeben werden.
- Beschäftigten in Konsumräumen trifft auf Grund ihrer beruflichen Stellung eine Garantenpflicht, aus der eine Verpflichtung zur Unterbindung des Verkaufes oder des Austausches von Suchtmitteln innerhalb des Konsumraums entsteht. Werden KlientInnen dabei beobachtet, dass sie einander Suchtgift verkaufen oder Suchtgift tauschen, sind sie somit verpflichtet, dies durch unmittelbares Eingreifen zu unterbinden.

¹² Bertel, Ch., Gesundheitsräume – Ein strafrechtliches Gutachten, Innsbruck

¹³ Litzka, G., Stellungnahme zum strafrechtlichen Gutachten von Univ.Prof. Dr. Christian Bertel, Universität Innsbruck

- Wird vom Personal erkannt, dass ein/e KlientIn eine „große Menge“ Suchtgift besitzt, und wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, er/sie werde es weitergeben, muss das gleichfalls verhindert werden. Es genügt nicht, dass der/die KlientIn aus dem Gesundheitsraum gewiesen wird. Es muss das Suchtgift abgenommen und der Polizei übergeben oder die Polizei gerufen werden. Was unter „großen Mengen“ zu verstehen ist, ist der gültigen Suchtgift-Grenzmengenverordnung zu entnehmen.
- Die Verwaltung des Konsumraums hat durch organisatorische Maßnahmen (Hausordnung, Gestaltung der Räume, in denen die Suchtmittel konsumiert werden, etc.) dafür Sorge zu tragen, dass in ihren Räumlichkeiten keine strafbaren Handlungen (Erwerb, Weitergabe, etc.) gesetzt werden.

Ansonsten gilt jedoch das „Zeugnisenstschlagungsrecht“, wie es im §152 Abs1/2 Z5 StPO für alle in niedrighschwelligem Einrichtungen tätigen Personen, auch für Krankenpflegepersonal, Hilfskräfte und Zivildienstler formuliert worden ist, sowie die Verschwiegenheitspflicht für MitarbeiterInnen von gemäß §15SMG „anerkannten Einrichtungen“.

2.3. Phänomenologie der offenen Drogenszene in Wien

Wie viele verschiedene Personen Wiens offene Drogenszenen frequentieren, ist kaum zu bestimmen. Die Zahl jener, die sich lange an diesen Plätzen aufhalten (für die sie quasi den „Lebensmittelpunkt“ darstellen), liegt vermutlich zwischen 100 und 300. Dagegen ist die Zahl jener, die diese Orte nur gelegentlich aufsuchen, vermutlich ein Vielfaches davon.

Die folgende Phänomenologie basiert in erster Linie auf den praktischen Alltagserfahrungen der VWS-Einrichtung *Streetwork*.

Heroin und Kokain

Die Heroin- und Kokainszene geriet in den letzten Jahren immer stärker in das Rampenlicht der Öffentlichkeit („Operation Spring“ usw.). Dieser Umstand führte dazu, dass, sobald sich irgendwo eine Szene gebildet hatte, diese in kürzester Zeit mittels Polizeiinterventionen vertrieben wurde. Die letzten Stationen der Heroin- und Kokainstraßenszene waren folgende Plätze in Wien: Westbahnhof, Linie U6 Längenfeldgasse bis Floridsdorf, Linie 18, Südtirolerplatz, Matzleinsdorferplatz, Gumpendorferstraße, Arbeitergasse, Favoritenstraße, Friedensbrücke, Linie 5.

Derzeit befindet sich die Szene in der Region zwischen Südtirolerplatz und Westbahnhof.

Durch den Umstand, dass sich die Szene an keinem Ort für längere Zeit etablieren kann, sind die GebraucherInnen dieser Substanzen ständigen Änderungen ausgesetzt. Dies kann heißen, dass der/die LieferantIn der Substanz überhaupt nicht erscheint, beziehungsweise dass ein anderer Treffpunkt mittels komplizierter Kommunikationswege (VermittlerInnen) vereinbart wird. Zusätzlich steigt, je höher das Risiko für die LieferantInnen wird, auch der Preis der Substanz. Für die KonsumentInnen bedeutet dies unter anderem verlängerte Wartezeiten, bis die Substanz dem Körper zugeführt werden kann, sowie ein massiver „Beschaffungsdruck“, da die Kosten für die benötigte Substanz in Höhen steigen, die auf legalem Weg kaum finanzierbar sind.

Die Substanz wird meist sofort, in unmittelbarer Nähe des Erwerbortes, konsumiert. Unter häufig extrem unhygienischen Bedingungen wird die Droge in öffentlichen Parkanlagen, Toilettenanlagen, in offenstehenden Hausfluren, Telefonzellen usw. meist intravenös, manchmal auch mittels Folienrauchen appliziert. Je nach Uhrzeit und Stressfaktor fehlt es in diesen Situationen an sterilen Spritzen und Einwegnadeln sowie an keimfreiem Wasser. Ebenso entspricht der Aufbereitungsplatz, an dem die Substanz für die intravenöse Applikationsform zubereitet wird, nicht den üblichen hygienischen Standards. Daraus ergeben sich folgende Risiken:

- Infektion mit HI- sowie Hepatitisviren und dermatologische Entzündungen, welche in der Folge die Vitalfunktionen des menschlichen Organismus erheblich angreifen, bzw. auch zum Tode führen können
- Überdosierungsgefahr, da der Reinheitsgehalt der erworbenen Substanz nicht nachgeprüft werden kann
- steigende Beschaffungskriminalität infolge der hohen Marktpreise der Substanzen

Morphine und psychoaktive Medikamente

Die sogenannte "Tablettenszene" befindet sich am Wiener Karlsplatz. Sie wird in der Zeit von 8 Uhr morgens bis etwa 22 Uhr abends von mindestens 100 Personen frequentiert. Es werden hauptsächlich retardierte Morphine sowie Benzodiazepine gehandelt und (meist intravenös) konsumiert.

Ein Großteil der KonsumentInnen am Karlsplatz konsumiert die Substanz in der näheren Umgebung der Drogenszene weil¹⁴:

- keine Wohnung vorhanden ist
- keine sonstige Unterkunft im Moment vorhanden ist
- eine Wohnung vorhanden ist, der/die LebenspartnerIn, die Erziehungsberechtigten, sonstige MitbewohnerInnen von der Abhängigkeit aber nichts erfahren sollen
- die Person in einer betreuenden Einrichtung, in welcher Drogenkonsum nicht gestattet werden kann, untergebracht ist
- die Person "Neueinsteigerin" in der Szene ist und daher auf die Erfahrungen der anderen KonsumentInnen angewiesen ist (Kenntnisse bezüglich der Substanz, Applikationsformen etc.)
- der/die KonsumentIn es gewohnt ist, seine/ihre Dosis immer in "Gesellschaft" zu konsumieren

Als Konsumplätze werden öffentliche Parkanlagen, uneinsehbare Grünflächen, Toilettenanlagen der Verkehrsbetriebe und der angrenzenden Gastronomiebetriebe, die angrenzenden öffentlichen Gebäude (Universität, Albertina usw.), Telefonzellen und dergleichen verwendet. Aus Furcht vor polizeilicher Repression werden ausschließlich schwer einsehbare beziehungsweise vom "öffentlichen Fließverkehr" gut abgeschirmte Plätze gewählt. Im Falle einer Überdosierung kann dieser Umstand der betreffenden Person das Leben kosten.

¹⁴ vgl. auch Anhang 2 : Auswertung der unveröffentlichten Befragung zum Thema „Konsumräume“.

Der Konsum selbst erfolgt ebenso wie in der Heroin- und Kokainszene unter häufig extrem unhygienischen Bedingungen. Meist wird die Substanz in nicht sterilisierten Behältnissen in keimhaltigem Wasser aufgelöst. Danach wird die Substanz durch einen Zigarettenfilter gefiltert. Das Spritzenbesteck wird, nachdem es aus der sterilen Verpackung genommen wurde, oftmals auf den Boden (z.B. auf die Wiese, oder den Boden einer Toilette) gelegt. Diese Verhaltensweisen begünstigen Infektionen und führen in vielen Fällen zu schweren dermatologischen Entzündungen, bis hin zu schwerwiegenden Herz-Kreislauf-erkrankungen.

Aus einer von Juli bis September 2000 an 315 intravenös konsumierenden Drogenabhängigen (KlientInnen von *Ganslwirt* und *Streetwork*) durchgeführten Erhebung¹⁵ geht hervor, dass 83% der befragten Personen (auch) an öffentlichen Plätzen konsumieren. Insgesamt gaben 76% an, mehrmals täglich intravenös zu konsumieren. Das ergibt eine Anzahl von durchschnittlich 700 gesicherten Konsumvorgängen, die täglich in der Öffentlichkeit stattfinden. Von den befragten Personen gaben 96% an, dass sie das Angebot eines Konsumraumes in Anspruch nehmen würden.

Aus einer weiteren, nicht dezidiert auf Konsumräume bezogene Untersuchung¹⁶, geht hervor, dass 61% der befragten intravenös Konsumierenden (n=462) einen Konsumraum benutzen würden.

3. Zielsetzungen

Die Ziele von Konsumräumen sind „Gesundheitsprophylaxe“, „Kontaktfelderweiterung“ und „Entlastung öffentlicher Orte“.

3.1. Gesundheitsprophylaxe – Verminderung von Krankheiten, körperlichen Schäden und Todesfällen

Die äußeren Bedingungen, unter denen der intravenöse Konsum von Drogen stattfindet, sind nach wie vor risikoreich und finden unter großem Stress statt, der den psychischen und physischen Gesundheitszustand der Betroffenen weiter beeinträchtigt. Und genau hier setzen die Bemühungen um eine strukturelle Veränderung an. Den menschenunwürdigen und gesundheitsschädigenden Bedingungen wird eine zwar institutionalisierte, aber risikoärmere Konsummöglichkeit unter hygienischen Rahmenbedingungen entgegengesetzt. Erste Hilfe in Notfällen ist unmittelbar verfügbar.¹⁷

Angestrebt werden Veränderungen auf drei Ebenen:

¹⁵ Auswertung der unveröffentlichten Befragung zum Thema „Konsumräume“.

¹⁶ Haltmayer, H., Schmid, R.: Untersuchungen über den i.v. Konsum 'harter' Drogen durch Spritzen-tests. Abschlussbericht des Projektes Nr. 1572, gefördert vom med.-wiss. Fonds des Bürgermeisters der Stadt Wien 2000

¹⁷ Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

➤ **Verhinderung von Neuinfektionen und Vermeidung von weiteren gesundheitlichen Schäden**

Im Besonderen geht es hier um Infektionen mit dem HI-Virus und diversen Hepatitiden bzw. um Schäden wie Embolien, bakterielle Dermatosen, Thrombosen und den damit verbundenen Folgewirkungen.

Beim risikoarmen Drogenkonsum unter hygienisch einwandfreien Bedingungen werden sowohl HI- wie auch HepB- und HepC-Virusinfektionen ausgeschlossen.

➤ **Vermeidung von akuten Intoxikationen und deren lebensbedrohlichen Folgewirkungen**

Überdosierungen gehören bei einem Großteil der KonsumentInnen illegaler Drogen – in offenen Szenen bei bis zu zwei Drittel – zum drogalen Erfahrungsschatz. Die Gründe dafür liegen insbesondere in einer Bereitschaft zu erhöhtem Konsum im Fall von psychischen Krisen, in ungeeigneten Gebrauchsbedingungen und in den unbekanntem Wirkstoffanteilen und Zusammensetzungen der verabreichten Substanzen (siehe auch Kap. 1).¹⁸

Durch den Betrieb von Konsumräumen verringert sich aufgrund der stressfreieren Rahmenbedingungen das Risiko einer Überdosierung. In Deutschland sowie der Schweiz sind seit Einführung der Konsummöglichkeiten in den sogenannten „Krisenzentren“ die Notfalleinsätze aufgrund von Überdosierungen im Stadtgebiet erheblich zurückgegangen, und in den Konsumräumen hat sich deren Anzahl weit unterhalb der prognostizierten Häufigkeiten eingependelt. Konkret kommt es bei 0.05% – 0.24% der Konsumvorgänge zu Notfällen. Durch die Möglichkeit, sofort lebensrettende Maßnahmen zu setzen, kann der letale Ausgang der Intoxikation mit einer hohen Wahrscheinlichkeit verhindert werden.¹⁹

Die kontaktierten Einrichtungen haben von keinem einzigen Fall einer tödlichen Überdosierung in den Konsumräumen seit Betriebsbeginn berichtet.²⁰

➤ **Fördern und Verbreiten von Wissen und Handlungskompetenzen zu risikoarmen Konsummustern und zur Infektionsvermeidung (Safer Use-Techniken)**

Gemäß den Erfahrungen von *Streetwork* und *Ganslwirt* sind auch unter langjährigen KonsumentInnen illegaler Drogen risikoreiche Injektionspraktiken und Fehleinschätzungen über wirksame Schutzvorkehrungen festzustellen.

Konsumräume sind nicht nur Orte des Drogenkonsums, sondern auch der Kommunikation: DrogengebraucherInnen kommunizieren untereinander und mit den MitarbeiterInnen; Rituale und Regeln des „Safer Use“, die regulierenden und kontrollierenden Einfluss auf das Konsumverhalten ausüben, werden erlernt und transportiert. Für die NutzerInnen des Angebots sind folgende Konsum- wie auch lebensweltbezogene Aspekte wichtig²¹:

¹⁸ Caritas der Diözese Innsbruck (1999). (Hrsg.) Konzept NIKA Niedrigschwellige Kontakt- & Anlaufstelle für drogenkonsumierende Frauen und Männer. Innsbruck.

¹⁹ Stöver, H., Michels, I. (1997). Gesundheitsräume. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

²⁰ Caritas der Diözese Innsbruck (1999). (Hrsg.) Konzept NIKA Niedrigschwellige Kontakt- & Anlaufstelle für drogenkonsumierende Frauen und Männer. Innsbruck.

²¹ Stöver, H., Michels, I. (1997). Gesundheitsräume. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

- Erfahrungsaustausch zu Applikationsformen und zu Strategien der Infektionsvermeidung
- Weitergabe der Techniken des risikoarmen Drogengebrauchs
- gegenseitiger Informationsaustausch
- Anteilnahme am Schicksal anderer, gegenseitige Unterstützung („peer support“)

Die positiven Wirkungen können über die einzelne Person hinaus bis in die regionalen Drogenszenen hineinreichen. Hier bieten sich deshalb Ansatzpunkte für die „Ausbildung“ von szenezugehörigen MultiplikatorInnen und für die Nutzung von Peer-Support-Mechanismen zur Entwicklung und Stabilisierung von Selbsthilferessourcen.

3.2. Kontaktfelderweiterung

Hilfe unter dem Blickwinkel der Schadensminimierung zielt auf permanente und tragfähige Kontakte zu möglichst vielen KonsumentInnen ab. Voraussetzung dafür ist es, jene DrogenkonsumentInnen, die derzeit nicht willens oder in der Lage sind, den Drogenkonsum aufzugeben, nicht auszugrenzen. Nur so ist es möglich, die Anzahl der DrogenkonsumentInnen, die von sozialer und/oder medizinischer Hilfe erreicht werden, deutlich zu erhöhen.²²

Die Erweiterung der niedrigschwelligen Drogenhilfe durch die Inbetriebnahme eines Konsumraumes schafft die Möglichkeit, mit KlientInnengruppen in Kontakt zu treten, die bisher nicht oder nur ungenügend erreicht worden sind.

Zusätzlich bekommen Gespräche, Kontakte und Beziehungen zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen eine neue Qualität, da wichtige Momente des Alltags Drogenabhängiger, vor allem den intravenösen Konsum, nicht mehr ausgeblendet werden müssen. Die Kontakte finden nun nicht ausschließlich in einer Beratungs- und Betreuungssituation, sondern durch die gemeinsame Anwesenheit in einem Konsumraum auch in einer Alltagssituation der KlientInnen statt. Die KlientInnen können offener sein und unterliegen nicht mehr der Annahme, das Ausmaß ihres wahren Drogenkonsums verbergen zu müssen.²³

3.3. Entlastung öffentlicher Orte

Nach Erfahrungen des Auslands sind Konsumräume gut geeignet, den Drogengebrauch auf öffentlichen Plätzen, in Parks, auf Spielplätzen, in Hauseingängen und in öffentlichen Toiletten zu reduzieren und damit Belästigungen von AnrainerInnen, PassantInnen und GeschäftsinhaberInnen maßgeblich zu verringern.²⁴ Tatsache ist, dass jeder Konsumvorgang, der in einem Konsumraum professionell begleitet wird, nicht an einem ungeeigneten Ort in der Öffentlichkeit stattfindet.

²² ECDP (European Cities on Drug Policy)-Koordinationsbüro Frankfurt. (1997). Broschüre: Harm Reduction – eine realistische Politik, Okt.1997

²³ Stöver, H. (1991). Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Berlin.

²⁴ Dworsky, N., Schmidt, R. (1999). Druck im Quartier. Erfahrungen mit Fixerräumen. Hamburg.

Die Einrichtung von Konsumräumen darf jedoch nicht als ordnungspolitische Maßnahme missverstanden werden. Sie können nicht als Legitimation dafür verwendet werden, BürgerInnen, die Drogen konsumieren, den Zutritt zum öffentlichen Raum zu verweigern bzw. sie auf (unsichtbare) Nebenschauplätze zu vertreiben: Die Wiener Drogenszenen sind in erster Linie nicht Konsum- sondern Aufenthaltsorte (teilweise mit „Wohnzimmer-Charakter“) für Obdachlose sowie „Kommunikationszentren“ für eine stigmatisierte soziale Gruppe. Durch Vertreibungs- und Zerschlagungsstrategien werden die zugrundeliegenden Probleme nicht gelöst, sondern bestenfalls umverteilt und neue Schwierigkeiten geschaffen, wie eine verschärfte Risikobelastung des Drogenkonsums mit den bekannten Folgewirkungen.

Erst die klare Differenzierung zwischen Ordnungs- und Sozialpolitik bietet die Möglichkeit festzustellen, wo sich Auftrags- und Arbeitsfelder überschneiden und sich unter Umständen konstruktiv ergänzen lassen.²⁵

4. Zielgruppen

Zielgruppe sind jene KonsumentInnen von Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen, die über keinen geeigneten Konsumort verfügen und/oder die medizinischen, sozialarbeiterischen und Peergroup-Angebote eines Konsumraums in Anspruch nehmen wollen.

Wie internationale Erfahrungen zeigen, handelt es sich beim Großteil der KonsumraumnutzerInnen um KonsumentInnen, die bereits mehrere Jahre Drogen injiziert haben und zwischen 25 und 35 Jahren alt sind.

Bei Sicherstellung von Anonymität und unter gesundheitspolitischer Zielsetzung der Infektionsprophylaxe und der Eindämmung riskanter Konsumformen sind auch Minderjährige, Substituierte und GelegenheitskonsumentInnen einzubeziehen²⁶.

Minderjährigen und GelegenheitskonsumentInnen den Zutritt zu Konsumräumen zu verweigern, wäre im Sinne des Harm-Reduction-Anspruchs kontraproduktiv, da es gerade diese Personengruppen sind, die vom bestehenden Drogenhilfssystem bisher nur schwer erreicht wurden. Über infektionspräventive und risikomindernde Botschaften sind sie deshalb meist unvollständig oder gar nicht informiert. Eine Verweigerung des Zutritts würde bedeuten, dass ihnen das Einüben weniger gesundheitsschädigender Konsumformen verwehrt würde.²⁷ In diesem Zusammenhang muss auch darauf verwiesen werden, dass die Infektion mit Hepatitis unter DrogenkonsumentInnen oft innerhalb der ersten zwei Jahre der Suchtanamnese erfolgt²⁸, was mit dem Umstieg auf eine intravenöse Konsumform in Korrelation steht.

²⁵ Caritas der Diözese Innsbruck (1999). (Hrsg.) Konzept NIKA Niedrigschwellige Kontakt-& Anlaufstelle für drogenkonsumierende Frauen und Männer. Innsbruck.

²⁶ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung., akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. (1999). (Hrsg.) Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen. Konferenz: „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“. Hannover.

²⁷ Klee, J. (1997). Druckraumstandards. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

²⁸ Crofts, N., Nigro, L., Oman, K., Stevenson, E., Sherman, J., Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users

Substituierten den Zutritt zu einem Konsumraum zu verweigern, würde den Beigebrauch illegalisierter Drogen nicht verhindern. Zwar wird die Ortswahl erschwert, wobei sich unter Umständen die psychische Belastung erhöht, mit Sicherheit verschlechtern sich jedoch die Konsumbedingungen und –modalitäten, vor allem dann, wenn sich Entzugserscheinungen einstellen.

Die Gefahr, dass ein Konsumraum die genannten Personengruppen erst zum Konsum animiert, ist schon allein aufgrund der bereits beschriebenen Zugangskriterien nicht gegeben: Ein/e potentielle/r NutzerIn muss „fest zum Konsum entschlossen“ sein und bereits Drogen zum alsbaldigen Verbrauch besitzen.

5. Rahmenbedingungen, Methoden und Angebote

5.1. Konsumraum-Modelle

Integrierter Konsumraum

Um den oben beschriebenen Zielsetzungen gerecht zu werden, sollen Konsumräume unter Berücksichtigung einer klaren räumlichen Trennung in eine bereits bestehende niederschwellige Anlaufstelle integriert werden.

Durch diese Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen wird es den DrogenkonsumentInnen nicht nur ermöglicht, unter fachlicher Aufsicht und hygienischen Bedingungen ihre Drogen zu konsumieren, sondern bei Bedarf und auf Wunsch auch Beratung, Krisenintervention, Entzugs- und Substitutionsvermittlung, psychosoziale Betreuung, lebenspraktische Hilfen und Therapievermittlung in Anspruch zu nehmen.²⁹

Mobiler Konsumraum

Da die Kokain-Heroin-Szene in Wien in den letzten Jahren durch gezielte und wiederholte Schwerpunkteinsätze der Polizei und permanente Vertreibungspolitik ständig „in Bewegung“ gehalten wird und sich deshalb gesundheitsprophylaktischen Maßnahmen schwierig gestalten, wäre zusätzlich die Errichtung eines mobilen Konsumraumes notwendig, der auf Szenebewegungen reagieren und damit die notwendige Akzeptanz bei den KlientInnen erreichen kann. Diese Mobilität kann in Form eines ausreichend großen Busses (z.B. ein „ausrangierter“ Linienbus der Verkehrsbetriebe) erreicht werden.³⁰

Da es für diese Konsumraumform international nur sehr wenige Beispiele gibt, stellt es ein Pioniermodell dar und muss basierend auf den Erfahrungen der mobilen Anlaufstelle von *Streetwork* und des Drug-Mobils Hamburg/Billstedt in bezug auf die räumliche und materielle Ausstattung den erforderlichen Umständen entsprechend konzipiert werden.

²⁹ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung, akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. (1999). (Hrsg.) Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen. Konferenz: „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“. Hannover.

³⁰ Richter, K., Stratenwerth, I. (1999). Drug-Mobil Billstedt. In: Dworsky, N., Schmidt, R. (1999). Druck im Quartier. Erfahrungen mit Fixerräumen. Hamburg.

5.2. Standort

Aus allen bisher veröffentlichten Erfahrungsberichten geht hervor, dass ein Konsumraum nur dann sinnvoll ist, wenn er sich in Szenenähe befindet beziehungsweise in eine Einrichtung eingebettet ist, die bereits ein zielgruppennahes Angebot darstellt.³¹

Aus diesem Grund und aufgrund der strukturellen Erfordernisse integrierter Konsumräume eignen sich in Wien die bereits bestehenden niedrigrschwelligsten Anlaufstellen ideal als Standorte. Die Notwendigkeit einer Vergrößerung der vorhandenen Räumlichkeiten ist dabei in Hinblick auf die erforderlichen räumlichen Ausstattungsstandards in Betracht zu ziehen.

Wir halten die Installierung von mindestens zwei, an unterschiedlichen Standorten befindlichen, integrierten Konsumräumen in Wien für erforderlich, um eine zu starke Frequentierung und damit verbundene Überlastung der einzelnen Angebote dieser Art zu vermeiden. Weiters wäre es wünschenswert, dass ein mobiler Konsumraum, dessen Standort sich je nach dem jeweils aktuellen Szenetreff ergibt, diese Angebote ergänzt.

5.3. Standards^{32,33}

Räumliche Ausstattung

Prinzipiell eignet sich jeder Raum, der bestimmte Mindestanforderungen erfüllt, als Konsumraum. Basierend auf Erfahrungen aus Deutschland und der Schweiz, lässt sich Folgendes zusammenfassen:

- *Baurechtliche und gesundheitsamtliche Vorschriften*
Baurechtliche (vorbeugender Brandschutz) und gesundheitsamtliche (Hygiene, MitarbeiterInnenschutz) Vorschriften müssen beachtet werden, regelmäßige Begehungen durch eine Sicherheitsfachkraft, sowie eine/n Betriebsarzt/ärztin sind durchzuführen.
- *Anzahl der Konsumplätze*
Die Anzahl der Konsumplätze ist abhängig von der Größe und Gestaltung der Räumlichkeiten. Bei mehr als 10 Konsumplätzen ist es kaum noch möglich, den nötigen Überblick zu behalten und das erforderliche Maß an Kontrolle zu gewährleisten. Uns erscheint eine maximale Anzahl von 6 Konsumplätzen insofern als sinnvoll, als dies eine bessere Interaktion/Kommunikation der SozialarbeiterInnen mit den KonsumentInnen ermöglicht und die Arbeit im Konsumraum stressärmer gestaltet.

³¹ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung., akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. (1999). (Hrsg.) Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen. Konferenz: „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“. Hannover.

³² Steinmetz, J. (1997). Konzept und Binnenstruktur eines Druckraums. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

³³ Klee, J. (1997). Druckraumstandards. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

- *Raumaufteilung*
Sinnvoll ist eine Raumaufteilung, die den Konsumraum einfach erreichbar und den Zugang zu ihm problemlos kontrollierbar macht. Eine räumliche Trennung zwischen Konsumraum und Anlaufstelle muss jedenfalls erfolgen. Damit der Ablauf im Konsumraum mit den wartenden Personen im Anlaufstellenbetrieb koordiniert werden kann, muss eine Kommunikation zwischen den beiden Räumen möglich sein. Bewährt haben sich mechanische Zugangskontrollen (Türdrücker) zum Schutz und zur verbesserten Konsumatmosphäre der gerade Konsumierenden und Signalanlagen mit Zahlendisplay.

Die Einrichtung selbst soll gut überschaubar sein, um einerseits Notfälle rechtzeitig zu erkennen, andererseits um Drogenhandel zu unterbinden. Der Raum soll hell und schattenfrei beleuchtet sein. Ausreichend Platz rund um die Konsumplätze verringert die Fremdgefährdung und erleichtert Drogennotfallinterventionen.

Auch wenn sich in Wien derzeit nur eine kleinere Szene von FolienraucherInnen und praktisch keine Crackszene findet, sollte bereits von Beginn an daran gedacht werden, einen eigenen sichtgetrennten „Rauchplatz“ mit entsprechendem Entlüftungssystem zu installieren, um eventuelle spätere, teurere Umbauarbeiten zu vermeiden.

Bei ausreichenden Platzverhältnissen soll die Errichtung eines eigenen einsehbaren Ruheraums in Erwägung gezogen werden. Dies gewährt einen stressfreieren Konsum, gewährleistet eine Beobachtungsphase danach und ermöglicht eine intensivere Nutzung des Konsumraums selbst.

Materielle Ausstattung

Ausstattung des Konsumraumes

Bei der Ausstattung des Raumes ist darauf zu achten, dass eine gute, problemlose Reinigung und Desinfektion möglich ist. Im Konsumraum selbst sollte sich ein Handwaschbecken sowie ein Seifen-, Desinfektionsmittel- und Papierhandtuchspender befinden.

Ein spezielles Angebot brauchen jene KonsumentInnen, die aufgrund langjährigen intravenösen Drogenkonsums und der damit verbundenen Schädigung ihrer peripheren Venen nicht mehr in der Lage sind, im Bereich der Extremitäten einen venösen Zugang zu finden, und die daher dazu übergegangen sind, die zentralen Venen im Leistenbereich zu punktieren. Auch wenn diese Form des Konsums von uns nicht befürwortet wird, soll sie im Sinne der Harm Reduction möglich sein, indem eine (Relax-)Liege zur Verfügung gestellt wird und zur Wahrung des Intimbereichs eine Abschirmung mittels Paravent vorhanden ist.

Wenn nicht ohnehin schon in unmittelbarer Umgebung des Konsumraums (angeschlossenes Tageszentrum, Ruheraum, Ambulanz) vorhanden, sollte in diesem selbst eine Notfallliege aufgestellt werden.

Abgabe risikominimierender Materialien

Folgende risikominimierende Materialien sollen kostenlos abgegeben werden: steril verpackte Spritzen und Nadeln verschiedener Größe, desinfizierte Löffel, steriles Wasser, pulverisierte Ascorbinsäure, möglichst faserfreies Filtermaterial, Alkoholtupfer zur Reinigung der Einstichstelle, Trockentupfer, Pflaster und Stauriemen. Außerdem muss für eine geeignete sichere Feuerstelle gesorgt werden.

Um das Risiko einer Nadelstichverletzung zu minimieren, muss die Möglichkeit zur fachgerechten Entsorgung der Spritzenmaterialien im unmittelbaren Umgebungsbereich des jeweiligen Konsumplatzes vorhanden sein.

Medizinische Hilfsmittel

Neben dem standardisierten Erste-Hilfe-Kasten müssen folgende medizinische Hilfsmittel vorhanden sein: Einmalhandschuhe, Beatmungsbeutel und –tücher, sowie Beißkeile. Eine freie Telefonleitung muss zur Verfügung stehen.

5.4. Öffnungszeiten

Um mit der Einrichtung von Konsumräumen möglichst viele DrogengebraucherInnen zu erreichen, muss auf die Bedürfnisse der Szene eingegangen werden, und dementsprechend müssen auch die Öffnungszeiten festgelegt werden. Wenige, unregelmäßig über die Wochentage verteilte Öffnungszeiten sind für diesen Zweck nicht geeignet.³⁴ Angestrebt werden daher regelmäßige Öffnungszeiten an sieben Tagen pro Woche.

Die konzeptionell festgelegten Öffnungszeiten orientieren sich an den Bedarfstrends, die unter den DrogenkonsumentInnen erhoben worden sind, und an Erfahrungen aus der Schweiz und Deutschland. Gezeigt hat sich dabei, dass Öffnungszeiten von 8 bis 20 Uhr sinnvoll wären.

Das Mindestmaß sind jeweils zwei Stunden am Vormittag (8 bis 10 Uhr) bei zwei Anlaufstellen sowie jeweils sechs Stunden – eventuell mit zeitlicher Überschneidung – am Nachmittag/frühen Abend (12 bis 18 Uhr bzw. 14 bis 20 Uhr).

An Samstagen wäre aufgrund des überdurchschnittlich hohen Szeneaufkommens anlässlich des Flohmarktes am Naschmarkt zusätzlich der Einsatz eines mobilen Konsumraumes notwendig.

Ob ein Konsumraum für jene Heroin/Kokain-KonsumentInnen, die auch nachts (zwischen 20 und 24 Uhr) konsumieren, ein adäquates Angebot darstellt, muss geprüft werden; dabei geht es sowohl um den konkreten Bedarf als auch um die organisatorische Machbarkeit für eine derartige Öffnungszeit.

³⁴ Klee, J. (1997). Druckraumstandards. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

5.5. Betriebsablauf

Ein/e BesucherIn der Anlaufstellen teilt einem/einer MitarbeiterIn im Aufenthaltsraum mit, dass er/sie beabsichtigt, eine mitgeführte Drogenration zu konsumieren und dass er/sie sich diese im Konsumraum verabreichen will. In der Reihenfolge dieser Anmeldungen werden fortlaufende Nummern ausgegeben. Über ein Zahlen-Display an der Wand, das vom Personal im Konsumraum bedient wird, ist ersichtlich, ob gerade ein Konsumplatz frei ist beziehungsweise wie viele Personen den Vortritt haben.

Beim Betreten des Konsumraumes erhalten die NutzerInnen sterile Injektionsutensilien (sofern eine intravenöse Applikation beabsichtigt wird) von dem/der dort anwesenden MitarbeiterIn; dabei ist ein Informationsaustausch über die Wahl der Droge sinnvoll, um allfällige Komplikationen besser beurteilen zu können. An einem freien, zuvor gereinigten und desinfizierten Platz, findet der Konsumvorgang – Hände waschen, Vorbereitung, Aufkochen, Injektion, Ruhephase etc. – statt. Risikoreiche Praktiken können durch das Personal kommentiert und korrigiert werden.

Danach entsorgt der/die NutzerIn die gebrauchten Utensilien im dafür vorgesehenen Sondermüllbehälter und verlässt den Raum. Der Konsumplatz wird gereinigt und desinfiziert, und das Freiwerden des Platzes wird per Knopfdruck in den Aufenthaltsraum signalisiert.

Weiters achten die MitarbeiterInnen im Konsumraum darauf, dass eine möglichst stressfreie Atmosphäre erhalten wird, und kontrollieren die Einhaltung der Haus- und Nutzerordnung. Im Falle einer Intoxikation werden über die Notsignale die übrigen MitarbeiterInnen verständigt und lebensrettende Erste-Hilfe-Maßnahmen gesetzt. Falls notwendig, wird die Rettung verständigt.

5.6. Raumbenutzungsordnung

Um einen reibungslosen Ablauf im Konsumraum gewährleisten zu können, bedarf es bestimmter Vorgaben und Regeln.

Der rechtliche Rahmen für den Betrieb eines Konsumraumes wird durch das SMG (und dessen Auslegung) vorgegeben; dieser ist sowohl für die MitarbeiterInnen als auch die NutzerInnen obligatorisch (siehe auch: öffentlich-rechtliche Situation, S.8). Personen, die zum Konsum entschlossen sind, dürfen ausschließlich eine selbst mitgebrachte Dosis in eigens dafür ausgestatteten Räumen konsumieren.

Die Konsumbedingungen sollen klar definiert, rational nachvollziehbar und in Form einer Benutzungsordnung sichtbar ausgehängt sein.

Hausregeln

- keine Weitergabe von Drogen
- kein Drogendeal
- keine Hehlerei
- keine Gewaltandrohung
- keine Gewalt
- keine sexistischen Äußerungen/Übergriffe
- kein Alkoholkonsum
- keine Kinder

- keine Tiere
- Zutritt nur für KonsumentInnen und MitarbeiterInnen (d.h. kein Zutritt für Begleitpersonen)
- Kein Tausch bzw. keine Weitergabe der Nummern

Sanktionsmöglichkeiten

Die Durchsetzung der Hausregeln obliegt den MitarbeiterInnen. Etwaige Interventionen sollen der Situation angepasst und mit dem Team abgesprochen sein. Sind weniger einschneidende Sanktionsmöglichkeiten (wie Verwarnungen oder klärende Gespräche über Regelverstöße) erschöpft, müssen auch zeitlich begrenzte Konsumraumverbote in Betracht gezogen und gegebenenfalls durchgesetzt werden.

Zeitlimit

Ein festgelegtes Zeitlimit von 30 Minuten reicht aus, um einen stressfreien Aufenthalt und Konsum zu gewährleisten. Damit sollte auch bei regem Betrieb ein fließender Ablauf gestaltet werden können. Ausnahmen sind für jene KonsumentInnen möglich, die (z.B. aufgrund „schlechter“ Venen) Probleme beim Konsumvorgang haben, und daher mehr Zeit brauchen.

Eine mechanische Zugangskontrolle (Türdrücker) vor der Konsumraumtür verhindert Unruhe und schafft einen Puffer zwischen den konsumierenden und den wartenden BesucherInnen.

Hochdosierte Personen

Es obliegt den MitarbeiterInnen, bereits sehr hochdosierten Personen gegebenenfalls den Zutritt zum Konsumraum zu verweigern bzw. deren Konsum auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen.

5.7. Öffentlichkeitsarbeit – Überzeugungsarbeit

Die Eröffnung eines Konsumraumes ist möglicherweise mit Verunsicherung und Ängsten seitens der AnrainerInnen verbunden. Es gilt, die Bevölkerung für die Problematik zu sensibilisieren und Überzeugungsarbeit dahingehend zu leisten, dass ein Konsumraum keine Be- sondern im Gegenteil eine Entlastung bedeutet.³⁵

Konkret soll mit der Eröffnung eines Konsumraums gleichzeitig ein Gremium installiert werden, das mit VertreterInnen von Polizei, Drogenkoordination, BezirkspolitikerInnen, AnwohnerInnen und MitarbeiterInnen der Drogeneinrichtung besetzt ist. Dem Gremium kommt die Aufgabe zu, schon im Vorfeld Probleme, die durch den Konsumraum auftreten können, anzusprechen und in weiterer Folge im Falle von Ordnungsproblemen oder Irritationen in der Nachbarschaft umgehend Lösungen zu suchen. Wir halten es für sinnvoll, dass sich genanntes Gremium in regelmäßigen Abständen trifft. Die Miteinbeziehung von KonsumentInnen-VertreterInnen ist in Bedacht zu ziehen.

³⁵ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Arbeitsstelle Sucht- und Drogenforschung., akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. (1999). (Hrsg.) Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen. Konferenz: „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien“. Hannover.

6. Personal

6.1. Personalstruktur

Sozialpädagogisches Team

Geeignete Professionen für diese Art der Tätigkeit sind Diplomierte SozialarbeiterInnen bzw. AbsolventInnen relevanter Studien wie Psychologie und Pädagogik sowie Diplomierte KrankenpflegerInnen. Die Beschäftigung von Ex-UserInnen ist grundsätzlich denkbar.

Anforderungsprofil

Die Personalzusammensetzung und –qualifikation unterliegt jenen Erfordernissen, die auch in den bereits bestehenden niedrigschwelligen Einrichtungen und (mobilen) Anlaufstellen gelten. Die MitarbeiterInnen sollen über die berufliche Qualifikation hinaus über folgende Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen: Empathie und Einfühlungsvermögen, Verständnis für die Lebenssituation von DrogenkonsumentInnen, Fähigkeit zur Teamarbeit, Durchsetzungsvermögen, Autorität, Authentizität und Flexibilität, die Fähigkeit, mit Stress-, Gewalt und Notfallsituationen umgehen zu können. Fort- und Ausbildung in Safer-Use-Techniken, Soforthilfemaßnahmen, Notfallprophylaxe und Reflexion der eigenen Arbeit sind unabdingbare Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Betrieb; deshalb ist ein Angebot von turnusmäßige Schulungen und entsprechender Weiterbildung sicherzustellen.³⁶

6.2. Personalbedarf

Für den Betrieb eines Konsumraumes ist es notwendig, dass mindestens drei Personen anwesend sind, wobei zwei davon gleichzeitig auch ihren Dienst in der integrierten Beratungsstelle versehen können. Die dritte Person ist ausschließlich für die Geschehnisse im Konsumraum verantwortlich.

Dieser Standard ergibt sich aus den Anforderungen an die hauptamtlichen MitarbeiterInnen, *gleichzeitig* den seriösen Betrieb des Konsumraums, das Beratungs- und Betreuungsangebot, die Übersicht und gruppendynamische Gestaltung des Kommunikationsraumes und geeignete Interventionsmaßnahmen in Krisenfällen zu gewährleisten.

Es ist notwendig, dass die Zuständigkeit einer Person für die Arbeit im Konsumraum alle zwei Stunden wechselt (Rotationsbetrieb).

7. Qualitätsicherung, Evaluation und Dokumentation

Wie Erfahrungen aus der Schweiz und Deutschland zeigen, erscheint es nötig, bereits nach einer ersten Anlaufphase (beispielsweise nach drei und/oder sechs Monaten) ein vorläufiges Resümee zu ziehen, um die Wirkung beziehungsweise die Akzeptanz von Konsumräumen zu beurteilen und gegebenenfalls das Angebot neu zu adaptieren.

³⁶ Klee, J. (1997). Druckraumstandards. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin.

Denn als österreichisches Pilotprojekt, was die Installierung von Konsumräumen betrifft, lastet auf den Einrichtungen auch die Verantwortung implizierter Chancen und Risiken eines Vorreitermodells für weitere Städte. Die in einer funktionierenden Einrichtung dieser Art gesammelten konkreten Erfahrungen können auch für andere Bundesländer skeptische Fragen beantworten und Angst und Hemmschwellen abbauen. Ein Scheitern des Projekts (etwa durch ungeeignete Standorte oder Öffnungszeiten und damit zu geringe Akzeptanz und/oder zu hohe Inanspruchnahme durch die Zielgruppe) kann sich jedoch auch bremsend auf den nötigen Ausbau der bundesweiten Drogenhilfe auswirken.³⁷

Deswegen sind die permanente Reflexion, daraus resultierende Adaptionen und die Dokumentation des Betriebs von Anfang an von besonderer Bedeutung. Eine transparente Betriebsführung und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen begünstigt die Akzeptanz derselben und somit die weitere Entwicklung des Drogenhilfsystems.

Ebenso wird es angesichts der Brisanz und Neuartigkeit der Einrichtung als sinnvoll erachtet, von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut eine Evaluationsstudie über die Anfangsphase (z.B. die ersten 6 oder 12 Monaten) erstellen zu lassen.³⁸ Die wichtigsten Inhalte sind dabei eine Beschreibung jener Personengruppen, die die Konsumräume benützen bzw. nicht benützen, die Evaluation der Ziele der Konsumräume sowie die Evaluation der Akzeptanz des Konsumräume sowohl von Seiten der KlientInnen als auch von Seiten des Umfeld (AnrainerInnen, Exekutive).

Die reflexive und evaluative Begleitung des laufenden Betriebs wird durch einen Prozess auf zwei Ebenen gewährleistet:

➤ **NutzerInnenebene:**
Klientenbezogene Evaluation der Inanspruchnahme

Die laufenden Erhebungen sollen eine standardisierte und transparente Basisdokumentation beinhalten.

Von den BenutzerInnen soll bei Eintritt in den Konsumraum folgendes erhoben werden:

- Auslastung des Konsumraumes (wie viele BesucherInnen pro Stunde)
- Erstkontakte
- Alter
- Geschlecht
- Konsumierte Substanz

Entsprechend den üblichen Standards niedrighschwelliger Einrichtungen kann das Angebot anonym in Anspruch genommen werden.

Zusätzlich sollen folgende Leistungen erfasst werden:

- Beratungen
- Kriseninterventionen
- Wundversorgungen
- Überdosierungen (Observationen, lebensrettende Sofortmaßnahmen, Verständigung von Rettung/Notarzt, Krankentransport)
- Aufenthaltsdauer

³⁷ Caritas der Diözese Innsbruck (1999). (Hrsg.) Konzept NIKA Niedrighschwellige Kontakt-& Anlaufstelle für drogenkonsumierende Frauen und Männer. Innsbruck.

³⁸ Ronco, C. u.a. (1994). Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel, Schlußbericht, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

➤ **Interne Ebene:**
Einrichtungs- und mitarbeiterInnenbezogene Perspektive

Auf der Ebene der Einrichtung bzw. der MitarbeiterInnen halten wir folgende evaluatorische bzw. qualitätssichernde Maßnahmen für notwendig:

- Erstellung von Tätigkeitsberichten (entsprechend den üblichen Jahresberichten vergleichbarer Sozialeinrichtungen)
- Quartalsmäßige Reflexionstage der hauptamtlichen MitarbeiterInnen zur Überprüfung des Betriebs, insbesondere der Angebotsstruktur und des Handlungsablaufes anhand der Zielsetzungen. Aus der laufenden Erfahrung resultiert die regelmäßige Anpassung des Betriebs an den veränderten Bedarf.

Für sehr wichtig halten wir außerdem die Möglichkeit einer regelmäßigen Reflexion der Spannungsbereiche dieser Arbeit (z.B. „der Konsumraum zwischen Legalisierung und Verelendungsmangement“ oder „MitarbeiterInnen zwischen Aufsichtspflicht und Schaffung von Freiräumen“).³⁹

³⁹ Pohlmann, M., Proll, J. (1999). Safer Use im Zeittakt – der Fixerraum im FixStern. In: Dworsky, N., Schmidt, R. (1999). Druck im Quartier. Erfahrungen mit Fixerräumen. Hamburg.

Anhang

Häufig gestellte Fragen zu Konsumräumen

Seit einigen Jahren wird auch in Österreich über die Einrichtung von Konsumräumen diskutiert, über ihre Bedeutung für DrogenkonsumentInnen, ihre Stellung innerhalb der Drogenhilfe und –politik, ihre Außenwirkung, Ausstattung etc.

Die Grundsatzdebatten zwischen den VerfechterInnen traditioneller und suchtbegleitender Ansätze der Drogenhilfe haben viel von ihrer Emotionalität und damit ihrer Sprengkraft verloren. Die sog. „akzeptierende Drogenarbeit“ steht nicht mehr als politischer Begriff im Vordergrund, an dem sich heftige Kontroversen zu den Zielen, Inhalten und Methoden der Hilfe für DrogengebraucherInnen entzünden, sondern wird heute von vielen Einrichtungen als eine pragmatische Herangehensweise an Drogenprobleme aufgefasst. In diesem Sinne ist sie zu einem integralen und kaum noch umstrittenen Bestandteil des modernen Drogenhilfssystems geworden.

Zwei große Streitpunkte, die separat zu diskutieren sind, stören den bisher erreichten Konsens: zum einen die kontrollierte Heroinabgabe an Schwerstabhängige, zum anderen das Angebot an illegalisierte DrogenkonsumentInnen, ihre Drogen in Einrichtungen des Hilfssystems konsumieren zu können.

Im folgenden wird eine Auswahl häufiger Fragestellungen den bisherigen Erfahrungen der Drogenhilfe gegenübergestellt.

➤ *Warum wird der Begriff „Konsumraum“ verwendet und nicht etwa „Gesundheitsraum“ oder „Fixerraum“?*

Ebenso wie auf der Internationalen Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen (Hannover 1999) festgestellt, verwenden wir als Bezeichnung des in eine Einrichtung zu integrierenden Raumes, in dem unter hygienischen und stressfreieren Bedingungen und unter professioneller Begleitung Drogen konsumiert werden können, den Begriff „Konsumraum“, weil darin die Ziel- und Zweckbestimmung dieser Räumlichkeiten klar und deutlich benannt wird.

„Gesundheitsraum“ erscheint uns deswegen nicht als die passende Bezeichnung, weil der Konsum von zum Teil stark verunreinigten und mit diversen Beimengungen gestreckten Substanzen nichts mit Gesundheit im klassischen Sinn zu tun hat.

Der Begriff „Fixerraum“ wiederum bedeutet an sich eine Beschränkung auf intravenösen Drogenkonsum und würde in seiner klassischen Bedeutung andere Applikationsformen wie Folienrauchen – welches als risikoärmere Alternative zum intravenösen Konsum angesehen werden kann und deshalb im Sinne von Harm Reduction zu unterstützen ist – ausschließen.

➤ *Bewirkt ein Konsumraum die „Einzementierung der Sucht“?*

Gerade die gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung bewirkt bei Drogenabhängigen das Freiwerden von Ressourcen, die die intensive Auseinandersetzung mit anderen als drogenzentrierten Lebensstilen und persönlichen Perspektiven ermöglichen. Nach den Erfahrungen der Basler Konsumräume ist die Frage nach Entzug und Ausstiegsmöglichkeiten die zweithäufigste:⁴⁰

⁴⁰ Ronco, C. u.a. (1994). Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel, Schlußbericht, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel. (S.95)

„Allgemein lässt sich ... sagen, dass durch die Einrichtung der Gassenzimmer generell günstigere Bedingungen geschaffen wurden, aus einer akzeptierenden Haltung heraus die Suchtmittelabhängigen in fruchtbare Gespräche über Suchtverhalten und Wege hinaus, sprich Entzug, Therapie und Reintegration zu verwickeln.“⁴¹

Ein ausschließliches Beharren auf Abstinenz als Voraussetzung und Ziel jeder Drogenhilfe schließt all jene von Hilfangeboten aus, die zur Zeit nicht in der Lage sind, den Konsum illegaler Drogen aufzugeben.⁴²

➤ **Haben Konsumräume eine „Sogwirkung“ auf größere Regionen?**

Die Evaluation der drei Basler Gassenzimmer hat ergeben, dass diese keine Sogwirkung auf weiter entfernte Gebiete ausüben. Dies wird durch die Erfahrungen von Einrichtungen mit Konsumräumen in der BRD bestätigt: Jene Einrichtungen, die nicht szenenah positioniert sind oder nicht bisher schon ein zielgruppennahes Angebot darstellten, werden vergleichsweise kaum frequentiert.

Prinzipiell können städtische Ballungsgebiete durch größere Anonymität und bessere Verfügbarkeit von Drogen eine gewisse Attraktivität für Drogenabhängige außerhalb dieser Gebiete haben. Das bedeutet aber nicht, dass eine höhere Anzahl von Drogenabhängigen als Folgeerscheinungen von Drogenhilfseinrichtungen gesehen werden kann. (Dieser Schluss wäre mit der Annahme vergleichbar, eine Unfallambulanz würde in ihrem Einzugsgebiet eine höhere Anzahl von Unfällen produzieren.)

➤ **Fördert ein Konsumraum die Zahl der Überdosierungen?**

Nein. Im Vergleich mit dem Konsum an anderen Orten wird die Zahl der Überdosierungen drastisch reduziert. Dazu ein Auszug aus dem Erfahrungsbericht über Gassenzimmer aus Zürich:

„Die ... erfolgten 36 Reanimationen in Bezug auf 16.364 Injektionen (respektive 1.8 Reanimationen pro Woche) sagen an und für sich erst etwas aus, wenn man diese Einsätze mit denen der sehr szenenahen Kontakt- und Anlaufstelle Letten, die über kein Gassenzimmer verfügt, vergleicht: MitarbeiterInnen dieser Institution werden pro Woche durchschnittlich 25mal zu entsprechenden Noteinsätzen auf die offene Drogenszene gerufen.“⁴³

Laut einem weiteren Tagungsbericht belegen die erhobenen Zahlen, dass sich die gesundheitlichen Risiken für Drogenabhängige dank der in den Gassenzimmern geleisteten Hilfestellungen drastisch reduzieren lassen.⁴⁴

Auch in Frankfurt a.M. ist die Zahl der Notfalleinsätze aufgrund von Überdosierungen seit der Installation von Konsumräumen deutlich gesunken. Kemmesies⁴⁵ stellte in seiner Studie bei 10.000 dokumentierten Konsumsituationen in den Frankfurter Konsumräumen nur 24 Überdosierungen fest, die zu – allerdings

⁴¹ Sozialamt der Stadt Zürich. (1993). Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer. Zürich. (S.8)

⁴² Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Klee, J. (1997). (Hrsg.) Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin. (S. 11f.)

⁴³ Sozialamt der Stadt Zürich. (1993). Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer. Zürich.

⁴⁴ Tagungsbericht: Fachgespräch Drogenkonsumräume, Arbeitsgemeinschaft niederschwelliger Anlaufstellen für Drogenabhängige Vorarlbergs, Feldkirch 1994 (S.16).

⁴⁵ Kemmesies, U.E. (1995). Die „Offene Drogenszene“ und das Gesundheitsraumangebot in FaM: Szenebefragung Frankfurt/M.-INDRO e.V. Münster.

abgewendeten – Komplikationen führten. Happel⁴⁶ dokumentierte im Druckraum Moselstraße in Frankfurt/Main zwischen Mai 1995 und dem 31. Dezember 1996 93.600 Konsumvorgänge, durchschnittlich 230-300 pro Tag. In dieser Zeit wurden 139 Drogennotfälle behandelt (=0,2%).

➤ ***Haben Konsumräume eine negative Auswirkung auf die Umgebung?***

Aus dem bereits erwähnten Erfahrungsbericht aus Zürich:

„Lediglich in der näheren Umgebung des Gassenzimmers Neufrankengasse (das ist die szenenächste Anlaufstelle) gab es einige, nicht gravierende Probleme, diese konnten jedoch kurzfristig gelöst werden. Diese Anlaufstelle war die in der Szene bestbekannte und daher vermutlich auch bestbesuchte Einrichtung. Die Probleme bezogen sich vor allem auf den Drogenhandel, der sich zu etablieren versuchte. Gemäss dem Sinnesspruch: ‚Wehret den Anfängen‘ reagierten die Betreuerinnen und Betreuer vorbildlich, indem die Polizei informiert wurde. Meldungen aus Privatkreisen blieben Einzelfälle und konnten in guter Zusammenarbeit zufriedenstellend erledigt werden.“ (S.22)

Einen erheblichen Einflussfaktor bildet die ausreichende Dimensionierung der Einrichtung. Dadurch wird einem Verweilen vieler DrogenkonsumentInnen vor der Tür aufgrund der Überfüllung der Einrichtung oder zu langer Wartezeiten auf einen Konsumplatz entgegengewirkt.

⁴⁶ Happel, V. (1997). Erfahrungen in und mit Konsumräumen. In: akzept (Hrsg.): Drogen-Visionen. VWB, Berlin.

KlientInnenbefragung: Kreuztabellarische Auswertungen

- **Hängt die Bereitschaft zur Konsumraum-Benutzung davon ab, ob man (auch) an öffentlichen Orten konsumiert?**

Die ursprüngliche Annahme war, dass Personen, die bei der Frage nach der Wohnsituation eine „eigene Wohnung“ angeben, auch zuhause konsumieren können und daher nur wenige von ihnen einen Konsumraum benützen würden.

Die Auswertung zeigte, dass diese Annahme so nicht stimmt. Immerhin knapp 50% der Personen mit eigener Wohnung (n=57 von 115) geben an, auch oder sogar ausschließlich an öffentlichen Orten zu konsumieren. Außerdem gibt es 29 Personen, die angeben, zwar keine eigene Wohnung zu haben, aber ausschließlich in einer Wohnung zu konsumieren.

Die eigentliche Frage muss also lauten, ob die Bereitschaft zur Konsumraum-Benutzung davon abhängt, ob man (auch) an öffentlichen Orten konsumiert.

Diese Frage ist überraschenderweise mit „nein“ zu beantworten.

Zwar geben 99% derer, die (auch) an öffentlichen Orten konsumieren, an, einen Konsumraum benützen zu wollen (n=223 von 225), jedoch sagen das auch 93% derer, die ausschließlich in einer Wohnung konsumieren (n=78 von 84).

Es muss also auch andere Motive für die Konsumraum-Nutzung geben außer jenem, dass man nicht mehr gezwungen ist, in der Öffentlichkeit zu konsumieren.

- **Wo konsumieren die Personen, je nach Wohnsituation?**

Tab. 1 zeigt, dass der Zwang, an den verschiedensten Orten in der Öffentlichkeit zu konsumieren, nicht nur Personen betrifft, die „auf der Straße“ leben (obwohl diese naturgemäß überrepräsentiert sind), sondern in hohem Ausmaß auch die anderen Personengruppen.

Tab.1: Konsumorte je nach Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich)

	öffentl. WC	Park	Waggonie	Hausflur	Telefonzelle	Wohnung	anderes
Eltern (n=54)	65%	35%	13%	24%	20%	67%	15%
eigene Wohnung (n=115)	25%	30%	5%	15%	14%	90%	15%
Freunde/Bekannte (n=52)	63%	52%	12%	19%	13%	81%	19%
Herberge (n=23)	43%	35%	9%	17%	9%	43%	39%
"Straße" (n=68)	76%	66%	35%	38%	24%	40%	28%

- **Bestehende Konsumräume in anderen Ländern sind meist am Nachmittag und am Abend geöffnet. Unsere Befragung ergab jedoch, dass 44% der Personen auch in der Zeit von 20-24 Uhr, 15% auch in der Zeit von 0-4 Uhr und 71% auch in der Zeit von 8-12 Uhr konsumieren. Wie sind diese Personengruppen in Bezug auf Substanzkonsum und Wohnsituation zu beschreiben?**

Die Analyse ergab, dass der Konsum in der Nacht besonders stark mit dem Kokain- und Heroinkonsum (jeweils als Leitdroge) zusammenhängt:

Kokain-GebraucherInnen (n=88) konsumieren zu 63% zwischen 20 und 24 Uhr (Vergleichswert Nicht-KokainistInnen, n=209: 35%) sowie zu 36% zwischen 0 und 4 Uhr (Vergleichswert Nicht-KokainistInnen: 5%).

Heroin-GebraucherInnen (n=92) konsumieren zu 63% zwischen 20 und 24 Uhr (Vergleichswert Nicht-HeroinistInnen, n=205: 35%) sowie zu 29% zwischen 0 und 4 Uhr (Vergleichswert Nicht-HeroinistInnen: 8%).

In Bezug auf den Zeitraum 8-12 Uhr gibt es keine signifikanten Unterschiede je konsumierter Substanz.

Jedoch konsumieren zu dieser Zeit Personen, die „auf der Straße“ leben mit 87% häufiger als alle anderen mit 61%. (Interpretation noch unklar)

- **Ist die Konsumdauer bei Personen, die (auch) an öffentlichen Orten konsumieren, geringer als bei jenen, die nur in Wohnungen konsumieren? (anders gefragt: haben erstere mehr Konsum-Stress, der sich in einem schnelleren Abdrücken manifestiert)?**

Aus den Gründen, die bereits oben dargelegt wurden, macht die Kreuztabelle Zeitaufwand x Wohnsituation wenig Sinn. Vielmehr muss man die Gruppen „Konsum nur in Wohnungen“ und „Konsum (auch) an öffentlichen Orten“ vergleichen.

Hier zeigen sich interessanterweise keine Unterschiede in punkto Konsumdauer. Offensichtlich ist das „schnelle Abdrücken“ ein generelles Verhaltensmuster, das auch in Wohnungen praktiziert wird.

- **Wie oft findet ein Konsum an öffentlichen Orten statt?**

Eine absolute Zahl lässt sich aus den Daten nicht ableiten, da die meisten Personen sowohl in Wohnungen als auch an öffentlichen Plätzen konsumieren und nicht explizit danach gefragt wurde, wie oft man an öffentlichen Orten konsumiert.

Tab.2 zeigt jedoch, dass Personen, die (auch) an öffentlichen Orten konsumieren, eindeutig häufiger konsumieren als die anderen. Vor allem jene, die „öfter als 2-3x täglich“ konsumieren, sind in der ersten Gruppe mit 40% gegenüber 12% besonders überproportional vertreten.

Tab.2: Konsum-Häufigkeit (pro Tag) je Konsumort

	nicht tägl.	1x	2-3x	öfter
Konsum nur in Wohnung (n=86)	12%	23%	53%	12%
Konsum (auch) an öffentlichen Orten (n=222)	8%	13%	40%	40%

KlientInnenbefragung: Qualitative Auswertung

1. „Würdest du einen Konsumraum benutzen?“

96% der befragten KlientInnen beantworteten die Frage, ob sie einen Konsumraum benutzen würden mit „ja“.

Die meist genannten Begründungen dafür waren, der Schutz vor Störungen durch Polizei oder Passanten, die hygienischen Bedingungen, die in einem Konsumraum herrschen und die Ruhe, beim und nach dem Konsumieren, die in einem Konsumraum besser gewährleistet ist als in der Öffentlichkeit.

Von gleich hoher Bedeutung scheint den KonsumentInnen neben dem Schutz vor und der sofortigen Hilfe bei Überdosierungen zu sein, dass es durch das Zurverfügungstellen von eigens dafür vorgesehenen Räumen nicht mehr zu einer Störung der Bevölkerung und hier speziell erwähnt der Kinder durch den Anblick intravenös konsumierender Drogenabhängiger kommen muss.

Weitere 10 Prozent der Begründungen weisen auf die Tatsache hin, dass die Verschmutzung von öffentlichen Plätzen und Räumen durch gebrauchte Utensilien (besonders Spritzen und Dosen) verhindert werden könnte.

Diejenigen befragten KlientInnen (n=9), die keinen Konsumraum in Anspruch nehmen würden, begründen dies ausschließlich damit, dass sie aufgrund einer eigenen Wohnung keinen Bedarf haben.

Hier muss allerdings erwähnt werden, dass es auch eine gar nicht so geringe Anzahl an KlientInnen gibt, die trotz eigener Wohnung einen Konsumraum benutzen würden, da sie an Angeboten wie Safer-use-Beratung großes Interesse haben. (siehe Anhang: Kreuztabellarische Auswertung Frage 1)

2. „Was empfindest Du als mühsam/störend/beeinträchtigend im Zusammenhang mit dem Konsum an den von Dir genannten Orten?“

Die von den KlientInnen am häufigsten als unangenehm und störend genannten Faktoren beim Konsumieren im öffentlichen Raum sind der Stress und damit verbunden die Angst, die durch Verfolgung und Entdeckung durch Polizei und Passanten (manchmal auch durch Mitbewohner) ausgelöst werden.

Die beinahe ebenso häufig als negativ empfundenen verschiedenen Bereiche haben gemeinsam, dass sie sich alle auf die zugrundeliegende Angst vor Infektionen und Überdosierung aufgrund der vorherrschenden Umstände beziehen:

Bedrohlich werden sowohl der Schmutz, die fehlenden hygienischen Bedingungen, unsauberes Wasser und die Witterung an den öffentlichen Konsumplätzen empfunden.

Zusätzlich erschwert werden diese Bedingungen durch die fehlende Ruhe, den Lärm und die Tatsache, dass den KlientInnen keine Zeit bleibt, vorsichtig zu konsumieren (Ware prüfen, langsames Injizieren) und es dadurch zu Konsum- und Injektionsfehlern kommt, die oft wider besseres Wissen passieren.

Auch die Angst vor Überdosierungen, fehlende Erste-Hilfe-Möglichkeiten und Informationsmängel bezüglich intravenösem Konsum werden von den KlientInnen häufig angeführt.

Immerhin ca. 10 Prozent der Befragten gaben an, dass es ihnen wichtig wäre, dass der Bevölkerung und hier wieder speziell den Kindern der direkte Anblick von Drogenkonsum und verschmutzten Utensilien wie gebrauchte Spritzen und

Dosen erspart bleiben soll, es aber zuwenig adäquate Entsorgungsmöglichkeiten für diese gäbe.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den Befragten ein sehr großes Bedürfnis nach geschützten, ruhigen und hygienischen Bedingungen unter denen der intravenöse Konsum stattfinden kann, vorhanden ist und sie sich bewusst sind, welche Gefahren und Unannehmlichkeiten sowohl für sie selbst als auch für die Bevölkerung der Konsum an öffentlichen Plätzen mit sich bringt.