

Alfred Springer

Konsumräume

Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien

November 2003

LUDWIG-BOLTZMANN-INSTITUT FÜR SUCHTFORSCHUNG
am Anton-Proksch-Institut, Mackgasse 7-11, A-1237 Wien, Tel.: +43 1 88010 Fax: +43 1 88010 956
Leiter: Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	4
1. Definitionen, Zielvorstellungen, Rahmenbedingungen.....	6
1.1. Zielvorstellungen.....	6
1.2. Rahmenbedingungen.....	7
2. Historisches.....	7
2.1. Die Entwicklung in der Schweiz.....	7
2.1.1. Die politische Auseinandersetzung um die ersten Versuche in der Schweiz.....	8
2.2. Die Entwicklung in den Niederlanden.....	9
2.3. Die Entwicklung in Deutschland.....	10
2.4. Die Entwicklung in Australien.....	13
2.5. Die Entwicklung in Kanada.....	14
2.6. Norwegen.....	15
2.7. Gesetzliche Rahmenbedingungen international.....	15
2.7.1. Schweiz.....	15
2.7.2. Deutschland.....	15
2.7.3. Die Niederlande.....	17
2.7.4. Kanada.....	18
3. Die aktuelle Verbreitung von Konsumräumen.....	18
3.1. Die differenzierte Konzeptualisierung von Konsumräumen.....	18
4. Standardisierung und Evaluation.....	19
4.1. Standardisierung.....	19
4.2. Evaluation.....	25
4.2.1. Deutschland.....	26
4.2.1.1. Lokale Evaluation – Frankfurt.....	26
4.2.1.2. Die Studie "Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland" (ZEUS, Bochum).....	27
4.3. Internationale Vergleichsstudien.....	29
4.4. Schweiz.....	31
4.4.1. Die Evaluation der beiden Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe der Stadt Zürich.....	31
4.4.2. Pilotprojekt „Cactus“ – Evaluation der Kontakt- u. Anlaufstelle des Bieler Drop-in.....	36
4.5. Australien.....	37
5. Exkurse.....	38
EXKURS 1: Die Bedeutung der Konsumräume für die Inzidenz von Drogentodesfällen.....	38
EXKURS 2: Nicht injizierender Gebrauch von Heroin.....	40
6. Problembereiche von Gesundheitsräumen.....	42
7. Empfehlungen aus dem internationalen Raum.....	43
7.1. Deutschland.....	43
7.2. Schweiz.....	43
7.3. Australien.....	45
8. Die Bedeutung der offiziellen drogenpolitischen Positionierung.....	46
8.1. Die drogenpolitische Position der deutschen Bundesregierung.....	46
9. Die drogenpolitische Auseinandersetzung in Deutschland.....	47
10. Die drogenpolitische Argumentation.....	48

11. Die weltanschauliche Auseinandersetzung	52
12. Der Standpunkt der internationalen Drogenkontrollbehörden (INCB)	54
13. Forschungsfragen für die Zukunft.....	56
14. Abschließende Bewertung	55
14.1. Die wichtigsten Auswirkungen der Konsumräume	56
15. Überlegungen zur „Best practice“ bei Konsumräumen.....	58
LITERATUR	63
ANHANG	68

EINLEITUNG

Die Thematik der Drogenkonsumräume spiegelt sich in den Medien und in der wissenschaftlichen Literatur in recht gebrochener Weise.

Zum einen werden Drogenkonsumräume als sinnvolle Ergänzung des bestehenden Drogenhilfesystems bezeichnet, die sowohl der Überlebenshilfe dienen als auch der Möglichkeit der Entwicklung von individuellen Lebensperspektiven mit und ohne Drogen dienstbar gemacht werden kann. In diesem Verständnis gelten Drogenkonsumräume als ein Teil eines umfassenden Ansatzes der Risikominimierung und Schadensbegrenzung im Feld des Drogengebrauches und der drogenbezogenen Problembereiche. Gestützt wird diese Einstellung davon, dass bestimmte Zielvorgaben im Europäischen Aktionsplan zur Drogenbekämpfung ohne radikale Umsetzung von risikominimierenden Strategien kaum erfüllbar scheinen. Dieser Aktionsplan verweist explizit auf den Artikel 152 des Vertrages von Amsterdam (1997) um eine um neue Aufgaben erweiterte Kooperation zwischen Mitgliedsstaaten zu eröffnen, die zusätzlich zur traditionellen Kooperation im Feld der Prävention auf die Begrenzung drogenbedingter Gesundheitsschäden gerichtet sein soll. Strategien der Risikominimierung, unter ihnen die Angebote der überwachten Konsumation, sollten unter dieser Perspektive auf zunehmende Akzeptanz hoffen dürfen.

Zum anderen stehen den positiven Zuschreibungen seitens der BefürworterInnen¹ derartiger Einrichtungen immer noch Auffassungen wie jene der Internationalen Drogenkontrollbehörde entgegen, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen unheilvoll sei, da sie das Rechtsbewusstsein schmälere, dem illegalen Drogenhandel Vorschub leiste und den Drogengebrauch und die mit ihm verbundenen Rechtsbrüche toleriere.

Vertreter der Schadensreduktion erkennen der Einrichtung von Konsumräumen den Wert zu, ein weiterer, wichtiger Schritt zur Normalisierung im Umgang mit Gebrauchern illegalisierter Substanzen zu sein, der eventuell dazu führt, dass ein selbstkontrollierter und gesellschaftlich und kulturell integrierter Drogenkonsum erlernt und praktiziert werden kann.

Von diesem utopischen Anspruch fühlen sich die Verfechter der alternativen Utopie einer drogenfreien Gesellschaft bedroht und leiten für sich die Verpflichtung ab, der Einrichtung von Konsumräumen Widerstand zu leisten.

In der daraus resultierenden Auseinandersetzung gehen die realen Konturen der Struktur „Konsumräume“ und ihre reale gesellschaftliche Bedeutung innerhalb der Gesundheits-, Sozial- und Sicherheitspolitik verloren. Sie gewinnen eine mythische Position und werden leicht zu Sündenböcken im Feld der drogenpolitischen Auseinandersetzung.

Diese mythische Positionierung geht umso leichter von statten, als die wissenschaftliche Literatur über Konsumräume äußerst dünn gesät ist. Dieses Problem stellte sich auch bei der Abfassung der vorliegenden Expertise. Es war nicht möglich, bei der Auswahl der Datenquellen selektiv vorzugehen und etwa jenen Publikationen Vorrang zuzuordnen, die in Top-Ranking-Zeitschriften erschienen sind oder die in Datenbanken, wie medline und so weiter vertreten sind. Diese Medien durchforstet man umsonst. Selbst in Abstract-Werken ist die Literatur zu Konsumräumen nur spärlich vertreten. Eine Quelle für verwertbare Literatur ist die ARCHIDO-Bibliographie an der Hochschule von Bremen, die allerdings unselektiv

¹ Hinsichtlich der Bezeichnung von Berufs- und anderen Personengruppen wird in der Folge der besseren Lesbarkeit wegen in der Regel nur die männliche Form verwendet.

ausgerichtet ist. In dieser Expertise sind daher Artikel, Berichte, Kommissionsberichte und so weiter von höchst verschiedenem Niveau verarbeitet.

Da die Thematik der Konsumräume grundsätzlich eine politische ist, wurde der Darstellung der drogenpolitischen Verhältnisse breiter Raum eingeräumt. Entsprechend dem an uns ergangenen Auftrag widmen sich Exkurse der gesonderten Darstellung der Fragen des „Drogentodes“ und des „Nicht-injizierenden Gebrauchs“.

Der Frage, warum in bestimmten Städten keine Konsumräume eingerichtet werden, obwohl die Verhältnisse in der Drogenszene vergleichbar sind mit jenen, in denen derartige Einrichtungen bestehen, wurde nicht systematisch nachgegangen, da sich bei der Bearbeitung der Thematik bald herausstellte, dass für diese Verteilung ausschließlich lokalpolitische Verhältnisse verantwortlich sind.

Als Beispiel möge München gelten: während der sozialdemokratische Bürgermeister und die Behandlungsexperten Dr. Markus Backmund, im Schwabinger Krankenhaus zuständig für die Behandlung der Heroinabhängigen, und DDR. Felix Tretter, Leiter der Suchtabteilung des Bezirkskrankenhauses in Haar, sich bereits seit 1997 für die Errichtung von Konsumräumen einsetzten und Einrichtungen wie die Caritas auch bereits ihre Räume anboten, vertrat der CSU-Politiker Peter Gauweiler den Standpunkt, dass es sich bei Konsumräumen um „makabre Menschenversuche mit absehbarem katastrophalen Ausgang“ handle und kündigte an, dass er notfalls mit Hilfe eines Bürgerentscheides die Etablierung von Fixerstuben in München verhindern werde. Seither ist die Frage immer noch keiner allgemein zufriedenstellenden Lösung zugeführt worden.

1. Definitionen, Zielvorstellungen, Rahmenbedingungen

Unter „Konsumräumen“ (synonym mit „Druckraum“, „Fixerstube“, „Gassenzimmer“, „Gesundheitsraum“) versteht man Lokalitäten, in denen mitgebrachte Drogen unter Einhaltung bestimmter Regeln unter hygienischen Bedingungen eingenommen werden können. Als Zielgruppe von Konsumräumen sind grundsätzlich alle Drogengebraucher illegalisierter Drogen zu verstehen, die Mehrzahl der Nutzer sind jedoch gesundheitlich und sozial zumeist verelendete, ältere Drogenkonsumenten. Anonymität der Nutzung von Konsumräumen ist eine Voraussetzung für ihre Akzeptanz.

Bislang stehen derartige Räumlichkeiten überwiegend jenen Konsumenten psychoaktiver Substanzen zur Verfügung, die intravenösen Gebrauch betreiben. Bestimmte Veränderungen in den Konsummustern in den offenen Drogenszenen führen dazu, dass dieses Konzept neu überdacht wird und zum Beispiel in Frankfurt Experimente mit Konsumräumen für Crack-Gebraucher geplant sind und in der Schweiz bereits Konsumräume für injizierende und inhalierende Gebraucher geöffnet wurden. In den Niederlanden, in denen schon lange Zeit ein großes Segment der Heroinkonsumenten inhalierenden Gebrauch übt, bestehen Angebote für geschützten Konsum verschiedener Einnahmemodalitäten quasi routinemäßig in vielen Konsumräumen.

1.1. Zielvorstellungen

Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen und der Ergebnisse von Evaluationen bestimmter Einrichtungen wurden Zielvorstellungen entwickelt. In der Evaluation der Züricher Gassenzimmer (RONCO et al. 1996) etwa beschrieben die Autoren knapp, was in diesen Einrichtungen zu beobachten war und was deshalb für die Zukunft zu erwarten ist:

„Die Angebote der Einrichtung wurden umfassend genutzt. Es (entstand) keine Sogwirkung auf weiter entfernt liegende Gebiete. Als Folge der intensiven Nutzung dieser Strukturen durch die Drogenabhängigen dieser Region ist eine Verlagerung der Drogenszene von der Gasse weg in die Gassenzimmer erfolgt. Generell zeigt sich bei den BenutzerInnen eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Eine bedeutende Funktion hatten die Gassenzimmer auch in der Verbesserung der sozialen Einbindung der Drogenabhängigen (...). Die EvaluatorInnen kamen zum Schluss, dass nicht nur die Notwendigkeit für eine kontinuierliche Aufrechterhaltung der Einrichtungen besteht, sondern zusätzliche Aufwertungen für eine Verbesserung des psychosozialen Angebotes gerechtfertigt seien.“

Für das Betreiben von Konsumräumen gelten heute folgende Zielvorstellungen:

- **Sozialmedizinische**, die mittels Risikominimierung bei Konsum illegalisierter Drogen die Gesundheit der Abhängigen und in seuchenhygienischem Sinn der Allgemeinheit fördern wollen. Man denkt, dass das Angebot der Sucht unter hygienischen Bedingungen nachgehen zu können, ein geeignetes Mittel ist, die Inzidenz von Infektionskrankheiten und tödliche Zwischenfälle zu reduzieren.
- **Sicherheitspolitische**: Der öffentliche gesellschaftliche Raum soll vom Konsumgeschehen und seinen Problemen entlastet werden.
- **Therapeutische**: Der harte Kern der Heroinkonsumenten soll erreicht und in die Nähe weiterführender Betreuungseinrichtungen herangeführt werden. Die Konsumräume erfüllen mit ihren niedrigschwelligsten und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung. Sie sollten daher organisatorisch eingebettet sein in ein soziales und medizinisch orientiertes Hilfesystem in der

Kommune oder Region. Die Zuordnung zu Substitutionsprogrammen und selbst zu Abstinenzprogrammen sollte möglich sein.

- Auch besteht in Konsumräumen die Möglichkeit *Überlebenshilfe* und im Notfall eventuell *lebensrettende Maßnahmen* anzubieten.

1.2. Rahmenbedingungen

Die Praxis hat eine Vielfalt konzeptioneller Ansätze hervorgebracht, die in unterschiedlichen kommunalen, drogenpolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen gewachsen sind und auch ihre Berechtigung haben.

Auch informelle Drogenkonsumräume, beispielsweise Konsumgelegenheiten im Rahmen anderer Versorgungsangebote und Konsumräume im ländlich/kleinstädtischen Bereich sind zu unterstützen.

Grundsätzlich sollten die Einrichtungen sozialverträglich, an lokale Verhältnisse angepasst sein und kommunalpolitisch verankert werden.

2. Historisches

2.1. Die Entwicklung in der Schweiz

In der Schweiz wurden die ersten Konsumräume bereits in den siebziger Jahren im Kontext von autonomen Zentren in Zürich und in Basel eingerichtet. Damals hießen sie noch „Fixerstübli“. Die ersten strukturierten Versuche mit Fixerstuben, die dann in der Schweiz amtlich Injektionsräume genannt wurden, fanden dann in Bern und in Basel in den achtziger Jahren statt.

Bern

In Bern wurde am 17. Juni 1986 in der Münstergasse eine Anlauf- und Kontaktstelle für Süchtige eröffnet, die erstmals auch die Möglichkeit bot, im Rahmen eines Fixercafes unter ärztlicher Aufsicht Drogen zu injizieren. 1989 wurde diese Stelle geschlossen, dafür wurden jedoch zwei andere Stellen eingerichtet, die größere Fixerräume anbieten konnten. In der Münstergasse gab es 5, in der „Schänzli“ genannten Stelle in der Kleinen Schanz 12 und in der Nägelgasse 8 Plätze.

Basel

In Basel wurde im Frühjahr 1988 das erste „Spritzehüsli“ eröffnet, das etwa ein Jahr in Funktion war. In dieser Einrichtung war das Injizieren selbst nicht toleriert, es wurden aber Tupfer und Ascorbinsäure zur Verfügung gestellt. Die Erfahrungen mit dieser Stelle erwiesen die Notwendigkeit eines Fixerraums, der dann 1989 in der Rheingasse geschaffen wurde. Die Betreiber der Stelle fassten ihre Beobachtungen 1991 zu Schlussfolgerungen zusammen, die günstige Effekte in den Feldern „akute Überlebenshilfe“, „Verelendung“, „Infektionsprävention“, „Auswirkungen auf die Drogenpolitik“ und „Auswirkungen auf präventive Bemühungen“ auswiesen. Die Auswirkungen auf die Drogenpolitik waren allerdings nicht ausschließlich positiv zu sehen und es gab negative Wirkungen aus der Exklusivität der Situation der Einrichtung.

Im ANHANG wird die Selbstdarstellung des Basler „Fixerstübli“-Projektes in leicht gekürzter Form wiedergegeben. Die Darstellung ist dem Text „Druckräume in der Praxis: Entstehung und Verlauf des Basler ‚Fixerstübli‘-Projektes“ entnommen, der als Referat und Buchbeitrag anlässlich des akzept-Kongresses, Hamburg 3.-6.6.1993, verfasst wurde. Ihr können die vielschichtigen Probleme, die bei der Einrichtung von Konsumräumen auftreten

können, ebenso eindrücklich entnommen werden, wie die unheilvolle Verflechtung gesundheits- und sozialpolitischer Vorstellungen und Zielsetzungen mit tagespolitischer Praxis.

Die Schweizer Autoren wiesen bereits damals darauf hin, dass Fixerräume keine Patentlösung für das Drogenproblem darstellen, dass sie aber ein Hilfsangebot darstellen, das kurzfristig negative Folgen der drogenpolitischen Ausgrenzung der Abhängigen zu lindern vermag, umfassendere soziale und psychosoziale Hilfsangebote aber nicht ersetzen könne.

Den Experimenten in Bern und Basel folgten Eröffnungen von Injektionsräumen in St. Gallen (1989), in Luzern und in Zürich (1992). Zunächst wurden Injektionsräume ausschließlich in Städten der deutschsprachigen Schweiz eingerichtet. Erst im Dezember 2001 wurde in Genf der erste Konsumladen in der französischsprachigen (Romandie) Schweiz installiert. In der italienischsprachigen Schweiz (Ticino) wurden bislang keine Injektionsräume eröffnet. Insgesamt existierten 2002 in der Schweiz 13 Anlaufstellen in 8 Städten.

2.1.1. Die politische Auseinandersetzung um die ersten Versuche in der Schweiz

Bereits im Juli 1988 hatte der Generalprokurator des Kantons Bern Rahmenbedingungen für das Betreiben einer Fixerstube erlassen. Danach durfte in einer derartigen Einrichtung kein Handel mit Betäubungsmitteln stattfinden und es durften auch keinerlei Vermittlungsgeschäfte angebahnt werden. Der Konsum wurde unter § 19a Ziffer 3 des Schweizer Betäubungsmittelgesetzes (BetMG) unter folgenden Bedingungen zugelassen: Es musste ständig eine entsprechend kompetente Betreuungsperson zugegen sein und es musste Schulpflichtigen der Zugang zur Einrichtung verwehrt werden.

Das grundlegende Rechtsgutachten: Im November 1988 wurde dann vom Bundesamt für Gesundheitswesen Prof. Hans Schultz mit der Erstellung eines Gutachtens bezüglich der rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von derartigen Einrichtungen betraut. Auch dieses Rechtsgutachten interpretiert den § 19a, Ziffer 3 BetMG in gleicher Weise wie der Generalprokurator. Schultz interpretierte die Injektionsräume ebenfalls als Behandlungsräume und wies darauf hin, dass in diesem Artikel des Gesetzes explizit die Möglichkeit erwähnt wird, dass der Konsum von Drogen „unter ärztlich betreuter Beobachtung“ straffrei bleibt. Der Konsum selbst wird in der Schweiz ohnehin nur als Übertretung gesehen, die mit Haft oder Bußgeld bestraft wird. Injektionsräume seien keine Orte in einem rechtsfreien Raum. In ihnen gelten sowohl das Bundesrecht, wie auch die jeweiligen kantonalen und kommunalen Rechtsvorschriften. Das bloße Betreiben eines Injektionsraums könne auch nicht als Aufforderung zum Konsum gesehen werden, da der Raum ohne äußere Kennzeichnung betrieben werde und damit nur dem Personenkreis bekannt sei, der auf ihn angewiesen ist.

Dieses Gutachten repräsentiert bis heute die rechtliche Grundlage für das Betreiben von Konsumräumen in der Schweiz.

Somit ist der rechtliche Rahmen für Konsumräume in der Schweiz gegeben. Dieser Umstand konnte es nicht verhindern, dass Standortprobleme und Sicherheitsprobleme beziehungsweise Probleme der öffentlichen Ordnung eintraten. Die Betreiber der Einrichtungen orteten einen direkten Zusammenhang zwischen der allgemeinen Drogenpolitik und den Standortproblemen. Die Behörden befürworteten die Einrichtungen, weil sie erwarteten, dass dadurch die „offenen Szenen“ verschwinden würden. Polizeiaktionen gegen die offene Szene führten dazu, dass die Abhängigen in die Injektionsräume gedrängt wurden. Dadurch wieder büßten diese ihre Funktionalität ein. Es kam zu mehr oder minder unkontrollierbaren Verhältnissen.

Standortschwierigkeiten ergaben sich weiters aus den regionalen Gegebenheiten. Die ersten Stuben in Bern waren szenenah, aber in gutbürgerlichen Wohngegenden angesiedelt. Dadurch kam es zu Protesten aus der Nachbarschaft. Die größten Schwierigkeiten jedoch bereitete der Zuzug der Dealer. Nicht nur, dass dadurch eine Handelsszene eröffnet wurde, wurde die gesamte Situation immer gewalttätiger.

In **Basel** kam zunächst wenig Protest aus der Anrainerschaft. Dem Bericht über diese Zeit ist zu entnehmen, dass sogar die ersten Spenden aus der direkten Nachbarschaft kamen. Viele Anrainer, die das Elend der Drogenszene immer wieder hautnahe miterlebten, reagierten positiv. Der Zorn richtete sich eher gegen Politiker, die umfassendere Lösungen nicht umsetzten. Schließlich meldeten sich aber Personen und Gruppen zu Wort, die schon früher gegen Spritzenabgabe-Programme mobil gemacht hatten und führten zur Verschärfung des Protestes. Von dieser Seite wurde die Schließung des Lokals gefordert. Es kam zu Drohungen an die Politiker mit Steuerboykott und Bürgerwehrentwicklung. Insgesamt trat rund um das Projekt eine Spaltung ein: es formierten sich Befürworter und Gruppen, die eine Schließung verlangten. Dieser Riss ging selbst durch die Konfessionen – der protestantische Pfarrer führte eine Kollekte zugunsten des Fixerraums durch, sein katholischer Kollege hingegen legte eine Unterschriftenliste zur Schließung der Einrichtung vor. Als Anfang 1990 zur Entlastung des Standortes ein Spritzenabgabe-Bus etabliert wurde, verhinderten die Bürger dieses Projekt durch eine unangemeldete Demonstration.

In **Zürich** hatte Ende der 80er Jahre die Stadtverwaltung bereits einen Kredit für, zu den bereits existierenden niedrighschwelligen Einrichtungen, zu schaffende Injektionsräume bewilligt, als in einer Volksabstimmung Ende 1990 diese Position verworfen wurde. Das bedeutete, dass in Zürich zunächst keine Injektionsräume wie in Bern oder Basel eröffnet werden konnten. 1993 wurden dann aber auch in Zürich Gassenzimmer eröffnet. 1995 gab das Sozialamt Zürich einen Erfahrungsbericht über die Jahre 1993/94 heraus, der durchaus positiv getönt war.

2.2. Die Entwicklung in den Niederlanden

Insgesamt gibt es in den Niederlanden 16 offizielle Konsumstätten. Davon befinden sich 4 in Rotterdam, 3 in Amsterdam, eine in Apeldoorn, 2 in Arnhem, eine in Den Bosch, 2 in Eindhoven, eine in Heerlen, und ebenfalls je eine in Maastricht und in Venlo. Groningen, Roermond und Utrecht planen entsprechende Zentren für die nahe Zukunft. In einigen Städten gibt es inoffizielle Konsumräume, die von der Verwaltung und der Sicherheitsexekutive akzeptiert werden.

Die ersten überwachten Injektionsräume in den Niederlanden wurden in den siebziger Jahren eingerichtet. Diese ersten Einrichtungen waren eine Auswirkung einer veränderten Einstellung gegenüber dem Drogengebrauch junger Bürger. Dieser Gebrauch wurde zunehmend entpathologisiert und als Ausdruck der Bereitschaft, Grenzen zu erproben und individuelle Lebensstile zu entwickeln, interpretiert.

In diesem Kontext wurden sogenannte alternative Jugenddienste eingerichtet, die neue Zugänge zu den Bedürfnissen junger Menschen mit psychosozialen Problemen entwickelten. Auch dem Gebrauch illegaler Drogen begegnete man mit Toleranz und vermied den Abstinenzstandpunkt. Über die Jahre hinweg zog dieser Zugang eine wachsende Anzahl junger Menschen an, die nicht bereit waren, ihren Drogengebrauch einzustellen und denen die offiziellen Drogenberatungsstellen nichts bieten konnten. Problematische Drogengebraucher, unter ihnen auch injizierende Heroinabhängige, brauchten aber eine spezielle Behandlung, die nicht von den üblichen Jugendzentren erbracht werden konnte.

Deshalb wurden in den frühen siebziger Jahren in Amsterdam zwei Zentren eingerichtet, die mehreren Bedürfnissen dienen: sie waren sowohl ein informeller Treffpunkt (Kontaktladen) und ein Drop-In-Center als auch eine Stätte medizinischer Grundversorgung. Das primäre Ziel beider Einrichtungen war die Verbesserung der Gesundheit und der psychosozialen Fähigkeiten der Klienten. Für die medizinische Grundversorgung, Beratung, Ernährung, Waschgelegenheiten, Dusche und einen Raum zur Drogeneinnahme war gesorgt. Einer dieser Dienste besaß auch einen Nadeltausch-Automaten und akzeptierte einen Hausdealer, um Kontrolle über den Handel zu haben.

In Rotterdam startete Reverend Visser (St Paul's church) ein überwachtetes Injektionszentrum 'Perron Nul' (Platform Zero) in der Nähe des Zentralbahnhofs um den Drogengebern ein Alternativangebot zum Straßenkonsum zu bieten. Dieses Projekt wurde von lokalen Politikern und der Polizei von Rotterdam unterstützt. Ein weiteres Zentrum wurde in St. Pauls Church selbst eröffnet und später erweitert, als „Perron Nul“ geschlossen wurde. 1996 nutzten 700 Drogengebern dieses Angebot, das je einen Raum für injizierenden und für inhalierenden Gebrauch zur Verfügung stellte.

Der Ausbau von Konsumräumen als Anteil einer Harm Reduktions-Politik wurde jedoch gleichzeitig auch von offizieller Seite betrieben. Ein Bericht in einer Tageszeitung über ein entsprechendes Angebot in Arnhem hatte eine katalysatorische Wirkung auf andere Regionen und auf die regionale und nationale Politik. 1996 wurden aus dem Justizministerium Richtlinien herausgegeben, in denen festgestellt wurde, dass der Besitz von Drogen in definierten Einrichtungen toleriert werde, vorausgesetzt, dass diese Zentren von einem lokalen Komitee anerkannt würden, das sich aus dem Bürgermeister, der Polizei und dem Staatsanwalt zusammensetzt.

Als Ausdruck dieser generellen Haltung gegenüber illegalem Drogengebrauch in der Drogenpolitik der Niederlande unterstützte dann 1996 die Stadt Rotterdam formell die Einrichtung eines Zentrums.

In der Folge wurden immer mehr überwachte Injektionszentren und andere niedrigschwellige Einrichtungen entwickelt. In den Niederlanden dienen sie offiziell und explizit nicht nur gesundheitlichen Zielen, sondern ganz prominent auch der Vermeidung von Störungen der öffentlichen Ordnung und von Risiken, die aus dem Injizieren im öffentlichen Raum erwachsen. Die meisten derartigen Angebote in den Niederlanden werden von regionalen Drogenhilfsdiensten betrieben, die ein breites Spektrum von Diensten anbieten. Oft sind sie Bestandteil präexistenter niedrigschwelliger Einrichtungen, die medizinische Hilfe, Beratung, Nahrung, Wasch- und Duschgelegenheit anbieten. In den meisten Zentren gibt es sowohl einen Injektions- wie auch einen Rauchraum. In manchen Zentren müssen sich die Klienten vorstellen und eine Erlaubnis zum Gebrauch des Raumes erhalten. Manche Zentren wieder stehen nur den Bewohnern der Region zur Verfügung, in der sich die Einrichtung befindet.

In Amsterdam ergab sich das Problem, dass Konsumräume außerhalb des Stadtzentrums eingerichtet wurden. Diese Räume werden kaum genutzt, da die Drogenkonsumenten von den Dealern, die im Stadtzentrum operieren, abhängig sind. Dementsprechend suchen sie sich dann Räume im Zentrum. Seitens der Polizei wurde erwogen diesem Problem durch die Zulassung von „Hausdealern“ zu begegnen.

2.3. Die Entwicklung in Deutschland

Wie in der Schweiz entstanden auch in Deutschland die ersten Konsumräume in einer rechtlichen Grauzone. Sie wurden, ohne jede Absicherung, in diversen Einrichtungen der Drogenhilfe (Kontakt Räume, Wohnplätze, Prostitutionsarbeit) angeboten.

Die ersten – noch kurzzeitig tolerierten – Drogenkonsumräume gab es bereits Ende der achtziger Jahre in Bremen und Bonn.

Die Fachverbände der Suchtkranken- und Drogenhilfe – zunächst „akzept e.V.“ und frühzeitig auch schon der Caritasverband und später dann der „Fachverband Drogen- und Rauschmittel“ (FDR) und die „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ (DHS) – haben solche niedrigschwelligen Angebote als Teil der Überlebenshilfe als notwendig erachtet.

Frankfurt am Main war dann auch die erste Stadt in Deutschland, die Fixerstuben offiziell zugelassen hat. Die Möglichkeit wurde durch ein Gutachten des Oberstaatsanwaltes Harald Körner eröffnet, der im Jahr 1993 in einem Rechtsgutachten (Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen) die Zulässigkeit von Fixerstuben festgestellt hat. Es war insbesondere die sogenannte „Montagsrunde“ gewesen – ein Zusammenschluss von Drogenhilfe- und AIDS-Hilfeträgern, der Stadt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft –, die, unterstützt von diesem rechtlichen Gutachten, die Möglichkeit zur Schaffung solcher – in Frankfurt amtlich ursprünglich als „Gesundheitsräume“ bezeichneten – Angebote entwickelt hat. So war es verschiedenen Trägervereinen in der Mainmetropole möglich, insgesamt vier Konsumräume einzurichten. Bereits ein halbes Jahr nach der Eröffnung des ersten Konsumraumes im Dezember 1994 wurden mehr als tausend Besucher pro Woche in den drei "Druckräumen" gezählt. Damit erreichte das Angebot in Frankfurt am Main bereits einen gleich hohen Versorgungsgrad wie die drei seit 1992 bestehenden Gesundheitsräume in Zürich, die im Jahr 1994 durchschnittlich 1.322 Besucher zählten. Drei Jahre später erreichte die wöchentliche Besucherzahl weit mehr als das Vierfache. 1998 wurden die vier Konsumräume in Frankfurt am Main insgesamt 288.291 Mal zum intravenösen Drogenkonsum genutzt, das entspricht einer Wochenfrequenz von mehr als 5.500 Besuchern. Den Besuchern standen dafür 35 "Applikationsplätze" zur Verfügung.

Das Angebot der Konsumräume wurde in Frankfurt von der Szene gut angenommen. Im Jahr 1998 wurden insgesamt 565 Notfälle registriert. Hierbei handelte es sich um Überdosierungen, die zu Atmungs- und/oder Kreislaufproblemen führten. Alle Notfälle konnten durch Interventionen vor Ort aufgefangen werden. In den Konsumräumen ist bisher kein Drogenkonsument gestorben.

Auf etwa 500 Konsumvorgänge war ein Notfall zu verzeichnen, das sind 0,2 Prozent aller Konsumvorgänge. Durch rasche Intervention konnte unmittelbar nach Eintreten der Notfälle Soforthilfe geleistet werden, was sich bei Atemdepressionen oftmals als lebensrettend erwies. Die gelungene Praxis dieser Einrichtungen, die dazu beigetragen hat, dass das Drogenelend im Bahnhofsviertel drastisch reduziert und Todesfälle in den Räumen verhindert werden konnten, mag dazu beigetragen haben, dass auch nach der Veränderung der politischen Mehrheiten in Frankfurt an diesem Konzept festgehalten worden ist. Zumal es – auch nach Erkenntnissen des Bundeskriminalamts (BKA) – in Frankfurt nicht zur Umfeldbelastung oder vermehrtem Drogenhandel gekommen ist und auch nicht zu einer „Sogwirkung“ der Einrichtungen auf Einsteiger oder Gelegenheitskonsumenten. Die Gesundheitsräume sind zudem nur ein Teil eines Gesamtpaketes von niedrigschwelligen Hilfen, einschließlich einer umfassenden, auch niedrigschwellig konzipierten Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Die Konsumräume in Frankfurt am Main sind ein Teil der drogenpolitischen Konzeption, die auf der „Frankfurter Resolution“ aufbaut, die anlässlich der "1. Konferenz: Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels" im November 1990 in Frankfurt am Main von den Vertretern der Städte Amsterdam (NL), Frankfurt am Main (D), Hamburg (D) und Zürich (CH) verabschiedet und unterzeichnet wurde. Auf Basis der „Frankfurter Resolution“ kooperieren die Städte, die im Städteverbund European Cities on Drug Policy (ECDP) zusammengeschlossen sind, bei der Umsetzung einer pragmatischen und akzeptierenden Drogenpolitik.

Dennoch muss vermerkt werden, dass all dies in einem Land geschah, in dem gleichzeitig vom Rechtsverständnis ausgegangen wurde, dass diese Vorgangsweise ein krimineller Akt sei. Dadurch entstand eine legitime Krisensituation und die Forderung, dieses niedrigschwellige Angebot der Drogenhilfe, das ursprünglich aus unmittelbarem Handlungsbedarf heraus entwickelt worden war, nunmehr auch rechtlich abzusichern.

In Frankfurt wurde die Rechtsauffassung entwickelt, dass die Konsumräume, als gesundheitliche Hilfe verstanden, mit dem geltenden Betäubungsmittelrecht übereinstimmen. Diese Auffassung machten sich aber Staatsanwaltschaften und Justizministerien in anderen Städten und Bundesländern keineswegs, oder, wie zum Beispiel in Hannover, nur mit ausdrücklichen Einschränkungen, zu eigen. Die Unsicherheit der Rechtspraxis erforderte deshalb – trotz verschiedener Einzelregelungen in Hamburg, Hannover oder Saarbrücken – eine Klarstellung vom Gesetzgeber.

In **Hamburg** wurde die erste Möglichkeit, unter Aufsicht und hygienisch zu injizieren von der "Sozialen und pädagogischen Initiative" (SOPI) – einem Zusammenschluss wichtiger sozialer und pädagogischer Einrichtungen und Bewohnerverbände – in St.Georg im April 1991 eröffnet. In einem "Fixerbus" konnten sich Drogenabhängige ihren "Druck" unter ärztlicher Aufsicht und hygienischen Bedingungen setzen.

Mit der Aktion ging die Forderung einher, im ganzen Stadtgebiet Fixerstuben einzurichten, um das "Drücken" nicht mehr in den Hauseingängen, sondern in festen Räumen unter menschenwürdigen Bedingungen zu ermöglichen. Allerdings dauerte es noch drei Jahre, bis schließlich die ersten Konsumräume eingerichtet wurden, obwohl der Senat von Hamburg bereits 1992 erhebliche Mittel (2 Millionen DM) in seinem Haushalt für das Betreiben von Konsumräumen vorgesehen hatte.

Seit dem Jahr 1994 richtete der Verein „Freiraum e.V.“ mehrere Gesundheitsräume (Injektionsräume) ein und betreibt mit dem "Drug-Mobil" eine fahrbare Fixerstube. Im Gegensatz zu Frankfurt, wo die Konsumräume bereits von Anfang an einvernehmlich mit allen Behörden (inklusive Staatsanwaltschaft) betrieben wurden, war die rechtliche Situation der Betreiber der Hamburger Einrichtungen lange Zeit ungeklärt. Es fehlte ihnen die rechtliche Rückendeckung. Die Stadt wälzte das rechtliche Risiko auf die Beschäftigten der Drogenhilfe ab. Im gleichen Jahr eröffnete Bürgermeister Ortwin Runde (SPD) den Neubau des Drob-Inn gegenüber dem Hauptbahnhof und präsentierte sich auch sonst als Vertreter einer aufgeschlossenen Drogenpolitik. Inzwischen werden dort 1.600.000 Spritzen pro Jahr ausgetauscht, und bis 200 Mal setzen sich täglich die Benutzer der Einrichtung ihre Injektion. Nicht nur die fehlende Rückendeckung in rechtlichen Fragen erschwerte die Tätigkeit der Einrichtungen der Hamburger Drogenhilfe, sondern später auch vermehrt eine veränderte Ausschreibungspraxis für Projekte der ambulanten Drogenhilfe, die von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) am 1. Januar 1999 eingeleitet wurde. Nach den „Rahmenbedingungen über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit (Drogenberatung)“ vom 23. März 1996 sollen nur noch einzelne, tatsächlich erbrachte Leistungen abrechenbar sein.

Aller Kritik zum Trotz, vor allem nach der Vergabe einer traditionsreichen Einrichtung an einen ortsfremden Träger, der nicht in den gewachsenen Strukturen eingebunden war, hielt der Senat an seinem Konzept fest. Die Leitlinien aller getroffenen Maßnahmen wie auch die Arbeit aller Fachbehörden wurden im "innerbehördlichen Koordinierungskreis Drogen" und der "Lenkungsgruppe Suchtprävention" erörtert und aufeinander abgestimmt. Diese beiden Gremien wurden federführend vom Drogenbeauftragten des Senats, Horst Bossong, geleitet. Um schließlich auch gemeinsam mit den relevanten Freien Trägern die strukturelle Qualität und bedarfsorientierte Fortentwicklung der Hamburger Sucht- und Drogenhilfe zu sichern und gleichzeitig den 1994 begonnenen Modernisierungsprozess weiter zu forcieren, war seit 1996

ein "Fachrat" eingerichtet worden, an dem Vertreter der Freien Träger sowie Vertreter der in der Sucht- und Drogenhilfepolitik federführenden Fachbehörde teilnehmen und der regelmäßig vom Drogenbeauftragten des Senats einberufen wird. Die Beratungsergebnisse fließen unmittelbar in die Arbeit der Trägervereine ein; gleichzeitig werden sie über die behördliche Hierarchie für die Drogenpolitik des Senats nutzbar gemacht.

In Hamburg bestand, im Gegensatz zu den anderen beiden ECDP-Mitgliedsstädten Frankfurt am Main und Hannover, für die Betreiber von Fixerstuben bis März 2000, dem Zeitpunkt, an dem das "Fixerstubengesetz" in Kraft trat, grundsätzlich Rechtsunsicherheit. Die Art, einen Nachweis der Qualitätssicherung leisten zu müssen, belastete die in Hamburg tätigen Trägervereine weit mehr als die in Frankfurt und Hannover.

Ebenfalls noch in den neunziger Jahren wurden in **Bremen, Hannover, Saarbrücken und Elmsbüttel** Konsumräume eröffnet.

In **Berlin** besteht seit November 2003 an mehreren Plätzen ein mobiles Konsumraumangebot. Mehrere Träger der Drogen- beziehungsweise Gesundheitshilfe statten im Verbund beziehungsweise in Kooperation mehrere Kontakt- beziehungsweise Beratungsstellen (stationär und mobil) mit dem Modul Drogenkonsumraum aus.

Konsumräume sollen zunächst in folgenden Einrichtungen / an folgenden Standorten realisiert werden:

- Tiergarten-Nord: Drogenberatungsstelle Zwinglistrasse („BOA e.V.“)
- Charlottenburg: Charlottenburger Präventionsmobil, Jebensstrasse/Bahnhof Zoo („Fixpunkt e.V.“)
- Schöneberg-Nord: Präventionsmobil, Kurfürstenstrasse/Else-Lasker-Schüler-Strasse („Fixpunkt e.V.“)
- Kreuzberg: Einrichtung SKA („Odak e.V.“).

Das Angebot Drogenkonsumraum ist Bestandteil und entsprechend eine Ergänzung der basismedizinischen Versorgung von Drogenkonsumenten dieser Einrichtungen. Zur effizienten bedarfsorientierten Steuerung der Ressourcen wird ein sogenanntes „mobiles Drogenkonsumraum-Team“, welches bei „Fixpunkt e.V.“ angesiedelt ist, in den kooperierenden Einrichtungen eingesetzt. Die zur Verfügung stehenden Personalkapazitäten werden auf die Einrichtungen beziehungsweise Standorte bedarfsgerecht verteilt werden.

2.4. Die Entwicklung in Australien

In **Sydney**, in der **Region Kings Cross**, wurde im Mai 2001 nach einem langen Diskussionsprozess und gegen die Beurteilung durch ein Fachgremium, das im Jahr 1999 eine negative Empfehlung abgegeben hatte, ein Konsumraum (medizinisch überwachter Injektionsraum) eingerichtet.

Begleitforschung wurde über die ersten 18 Monate der Aktivität des Zentrums durchgeführt. In dieser Zeit wurden fast 4.000 Gebraucher registriert, von denen 55.000 Injektionen unter medizinischer Überwachung gesetzt wurden. Das Zentrum wurde pro Tag von 200 bis 250 Nutzern angelaufen. Außer für die Überwachung der Injektion stand das Personal in über 13.000 Interventionen für Beratung, Venenversorgung und Beratung hinsichtlich der Injektionstechnik zur Verfügung. 490 Mal wurde bei Überdosierungen interveniert; zu tödlichen Zwischenfällen kam es nicht. 1.400 Überweisungen zur Drogenbehandlung, Gesundheitsversorgung oder der Sozialhilfe wurden durchgeführt. Die jährlichen Kosten für das Projekt wurden mit 2 Millionen Australischen Dollar beziffert. Seitens der Bevölkerung wurde das Projekt mit großer Mehrheit (78 %) akzeptiert.

Im Juli 2003 wurde die Evaluation der Einrichtung vorgelegt. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde beschlossen die Laufzeit des Projektes zu verlängern. Die Landesregierung brachte einen entsprechenden Antrag ein.

Ein auffälliges Merkmal des australischen Projektes ist der Umstand, dass zwar die Landesregierung das Projekt betreibt, die Bundesregierung aber wenig Bereitschaft zeigt, es zu unterstützen. Der Premierminister John Howard äußerte seine Missbilligung des Projektes, das für ihn einen Einbruch in die Politik der Zero-Toleranz bedeutet. Wörtlich sagte er: *"I've never supported heroin trials, and I've never supported heroin injecting rooms. And this Government never will."*

Auf der anderen Seite fordert der Gesundheitsminister des ACT (Australian Capital Territory) aufgrund der Erfolge des Versuches in Sydney die Einrichtung eines weiteren Konsumraums in der Region.

2.5. Die Entwicklung in Kanada

Im Juni 2003 wurde in **Vancouver** ein Pilot-Projekt gestartet. Das Forschungsprojekt widmet sich der Fragestellung, ob der Schaden, der aus dem injizierenden Drogengebrauch resultiert, dadurch eingeschränkt werden kann, dass ihm ein sauberer, hygienischer und überwachter Ort zur Verfügung gestellt wird. Vancouver wurde gewählt, weil in dieser Stadt eine verhältnismäßig große Zahl injizierender Drogengebraucher lebt. Das Gesamtprojekt bietet eine Reihe von Hilfsdiensten an: überwachten Konsum, Notfallseinsatz im Fall von Überdosierungen, injektionsbezogene Hilfestellungen, Injektionsbesteck und Kondome. Die Klienten werden untersucht und eventuell der medizinischen Grundversorgung und/oder anderen Einrichtungen der Drogenhilfe zugewiesen.

In das Vorhaben ist eine rigorose Evaluation eingebaut. Es gilt als das bislang am strengsten wissenschaftlich konzipierte Konsumraum-Projekt.

In dem Projekt werden zwei Konsumräume betrieben, die im September 2003 ihren Betrieb aufnahmen. Als Betreiber fungiert „Vancouver Coastal Health“, die regionale Gesundheitsbehörde, die für die gesundheitsbezogenen Angebote in Vancouver zuständig ist. Die jährlichen Kosten des Projektes belaufen sich auf 2,5 Millionen Kanadische Dollar. Ein Raum befindet sich in einer renovierten Anlage und bietet 12 Injektionsplätze an. Die Einrichtung verfügt über die Kapazität 600-800 Injektion pro Tag zu überwachen. Sie ist 18 Stunden lang geöffnet, von 10 Uhr vormittags bis 4 Uhr früh. Die Injektion wird vom Klienten unter Beobachtung durch geschultes Personal gesetzt. Nach der Injektion können die Klienten einen „Chill-Out“-Raum nutzen, in dem ebenfalls geschultes Personal zur Verfügung steht. Dabei besteht die Möglichkeit der Weiterleitung zu anderen Hilfs-, Beratungs- und, wenn nötig oder gewünscht, Behandlungsangeboten.

In den ersten zwei Monaten des Betriebs wurden täglich etwa 450 Injektionsvorgänge überwacht. Zwischen 21. September und 8. November wurden insgesamt 11.000 Injektionen gesetzt. 25 Mal kam es zu einer Überdosierung. In all diesen Fällen konnte erfolgreich interveniert werden. Im gleichen Zeitraum wurden 33 Personen in eine Entzugsbehandlung überwiesen.

Das Projekt erweist sich bislang als sozial gut verträglich. Im Zentrum selbst gab es keine größeren Ordnungsverletzungen und keine kriminellen Aktivitäten.

(Quelle: City of Vancouver: Four Pillars Drug Strategy)

2.6. Norwegen

In Norwegen wurden im November 2003 die Grundlagen für die Einrichtung von Konsumräumen geschaffen. Die gesetzliche Anpassung muss allerdings noch stattfinden. Die Entwicklung in diesem Land verdient besonderes Interesse. Nirgendwo sonst wurde ein breites Angebot von schadensreduzierenden Maßnahmen in vergleichbar kurzer Zeit entwickelt.

Methadonsubstitution wurde erst 1997 offiziell zugelassen und zunächst äußerst restriktiv gehandhabt; erst seit 1999 nimmt die Zahl der substituierten Klienten rasch zu.

Die rasche Entscheidung für die Zulassung von Konsumräumen wurde wohl auch dadurch begünstigt, dass die Anzahl der Drogenopfer in Norwegen unverhältnismäßig hoch ist (Gipfelwerte zwischen 1998 und 2001).

2.7. Gesetzliche Rahmenbedingungen international

2.7.1. Schweiz

In der Schweiz basiert die rechtliche Grundlage der Führung von Gassenzimmern auf Artikel 13a des Betäubungsmittelgesetzes (BetMG).

2.7.2. Deutschland

Der Hamburger Senat brachte bereits 1992 eine Gesetzesinitiative in den Bundesrat ein, die die Straffreiheit des Betriebes von Konsumräumen sichern sollte. Unterstützt wurde diese Vorgangsweise von der „Konferenz europäischer Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels („Frankfurter Resolution“ vom November 1990).

Obwohl in den neunziger Jahren in fünf großen Städten Konsumräume eingerichtet wurden, operierten diese dennoch weiter in einer legalen Grauzone, bis schließlich 2000 die Praxis mittels einer Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) auf ein legales Fundament gebracht wurde. In den Regelungen nach dem „3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes“, das am 1. April 2000 in Kraft trat, wurde der Betrieb von Drogenkonsumräumen nach bundeseinheitlichen Standards legalisiert. Am 25 April 2001 wurde die geltende Rechtsverordnung erlassen. In Richtlinien zum Betrieb von Konsumräumen sind Zweckbestimmungen und Auflagen enthalten, die den Zugang, die Kooperation mit den Sicherheitsorganen und die Verhinderung von Drogenhandel und Szenebildung im Umfeld regulieren.

Es wurden 10 gesetzliche Mindeststandards festgelegt, deren Ziel es ist, in Drogenkonsumräumen das Überleben, die Stabilisierung der Gesundheit sowie ausstiegsorientierte Hilfen für anders nicht erreichbare Abhängige zu fördern. Damit die Landesregierungen im Interesse der persönlichen und allgemeinen Sicherheit in Drogenkonsumräumen die erforderlichen gesundheitlichen Hilfen und die Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung der Räume bedarfsgerecht konkretisieren können, enthält das Gesetz eine Verordnungsermächtigung. Auf dieser Grundlage können die Landesregierungen Verordnungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen. Jedes der 16 Länder muss seine eigenen Richtlinien für lokale Betreiber von Konsumräumen veröffentlichen. Damit schuf der Gesetzgeber mit Zustimmung des Bundesrates die Voraussetzungen dafür, dass die Bundesländer, die solche Angebote für notwendig halten, entsprechende Rechtsverordnungen erlassen können, um Drogenkonsumräume einzurichten.

Entscheidend für die Ausformulierung der neuen Regulierung war das wichtige Anliegen der Länder, über die Erteilung einer Erlaubnis nach eigenem Ermessen und der Bedarfslage entscheiden zu können und nicht beim Vorliegen bestimmter bundesgesetzlicher Voraussetzungen gegebenenfalls zur Erlaubniserteilung gezwungen zu sein. Sie bestanden deshalb darauf, dass die Antragsberechtigung nicht bereits im BtMG, sondern erst in einer von den Ländern zu erlassenden Rechtsverordnung begründet wird. Ein weiteres wichtiges Anliegen der Länder war es, dass der Bundesgesetzgeber keine abschließenden Regelungen über die Details der Ausstattung, des Betriebs und der Überwachung der Drogenkonsumräume und ihres Umfeldes trifft. Dadurch sollten flexible Anpassungen an die sich schnell ändernden örtlichen Verhältnisse und Bedürfnisse ermöglicht werden. Die Mehrheit der Länder und die anwesenden Bundesressorts einigten sich deshalb darauf, im Gesetzentwurf die wichtigsten Mindeststandards zu regeln und für die Details eine entsprechende Verordnungsermächtigung für die Länder vorzusehen. Nachdem das Kabinett in seiner Sitzung am 28.7.1999 den Entwurf gebilligt hatte, waren die Reaktionen in der Presse ganz überwiegend positiv. Lediglich Teile der CDU und die bayerische Sozialministerin Stamm kritisierten das Gesetz als einen Verstoß gegen die internationalen Verträge und sahen die Gefahr, dass auf diese Weise Drogensucht verfestigt und Jugendliche zum Einstieg in den Drogenkonsum verführt werden könnten.

Allerdings enthält die Rahmenvorschrift des Bundes Mindestvorschriften zur Sicherung der Qualität der Angebote, wie unter anderem jederzeitig zur Verfügung stehende Nothilfe, das Angebot zur Weiterführung in andere Hilfen, die Bereitstellung qualifizierten Personals, die Kooperation mit den Ordnungsbehörden oder die Verhinderung von Straftaten in den Räumen und in der unmittelbaren Umgebung.

Der einschlägige Paragraph ist in der Folge im Wortlaut wiedergegeben; § 10a BtMG:
„Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ lautet nunmehr:

(1) Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum). Eine Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach Absatz 1 zu regeln. Die Regelungen müssen insbesondere folgende Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen festlegen:

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

7. *genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die erlaubten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;*
8. *eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen.*
9. *ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;*
10. *Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.*

Des Weiteren gibt das Gesetz der Staatsanwaltschaft als Sollregelung vor, dass von der Strafverfolgung wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge abzusehen ist, wenn in einem Drogenkonsumraum, der aufgrund einer behördlichen Erlaubnis betrieben wird, ärztlich nicht verschriebene Betäubungsmittel konsumiert werden. Voraussetzung für die Einstellung des Verfahrens ist, dass sich der Betroffene befugt dort aufhält, also nicht zum Beispiel als Erst- oder Gelegenheitskonsument Zugang erlangt hat.

Der legislative Kompromiss, den die Novellierung repräsentiert, bringt es allerdings mit sich, dass Länder, in denen dem Betreiben von Konsumräumen Bedenken entgegenstehen, entsprechende Initiativen verhindern können. Der Gesetzentwurf stellt klar, dass es den einzelnen Landesregierungen freigestellt ist, ob sie eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen und somit die Voraussetzung für eine Erlaubnis schaffen (§ 10a Abs.1 Satz 2). Im Frühling 2002 hatten lediglich drei Länder – Hamburg, Saarland und Nordrhein-Westfalen – entsprechende Richtlinien veröffentlicht (STÖVER 2002). Bis Ende 2002 gab es dann entsprechende Rechtsverordnungen zusätzlich in Hessen und Niedersachsen. In Berlin ist eine Rechtsverordnung in Vorbereitung. In Baden-Württemberg und in Bayern wird von verschiedenen Städten die Einrichtung von Drogenkonsumräumen gewünscht, aber die Länder verweigern entsprechende Rechtsverordnungen.

Die Erlaubnisregelung, verbunden mit Vorschriften für gesundheitliche Ziele und Aufgaben der Träger von Drogenkonsumräumen hat auch zur Folge, dass einzelne Landesregierungen oder zumindest oberste Landesgesundheitsbehörden einem einzelnen oder allen Antragstellern die Erlaubnis für einen Drogenkonsumraum verweigern können.

2.7.3. Die Niederlande

In den Niederlanden sind die rechtlichen Richtlinien in die allgemeine Drogenpolitik als Politik des Toleranzprinzips eingebettet, in welcher der öffentlichen Gesundheit eine höhere Priorität zugeordnet wird. Am 1. Oktober 1996 wurden zusätzlich Richtlinien erlassen, nach denen der Besitz von Drogen in Konsumräumen toleriert wird. Auch in den Niederlanden regeln Gesetze für einzelne Stadtteile die Ordnung im Umfeld der Konsumräume. Diese schließen Verbot von Prostitution, Szeneansammlung, Handel und das Liegenlassen gebrauchten Injektionsbestecks ebenso ein, wie fallweise gesonderte Verträge mit Anrainern und Geschäftsleuten.

Die Konsumräume fungieren in den Niederlanden als Klubs unter spezifischen Regeln, um Belästigungen der Öffentlichkeit („nuisance“) zu vermeiden.

Eine Besonderheit der Regulierung in den Niederlanden war die Akzeptanz sogenannter Hausdealer. Bestimmten Personen, die sich als weitgehend zuverlässig erwiesen haben, wurde die Möglichkeit gegeben quasi toleriert in den Konsumräumen die Konsumenten mit Drogen

zu versorgen. Dieser Zugang wurde als Möglichkeit gesehen, den öffentlichen Drogenhandel zu regulieren. Es wurde ihm eine ordnungspolitische Funktion zugewiesen, indem dadurch, dass der Handel geschützt in der Einrichtung vor sich geht, die Belästigungen im Umfeld der Einrichtungen eingedämmt werden, der öffentliche Konsum reduziert wird und Szeneansammlungen in der Umgebung der Einrichtung vermieden werden. Außerdem meinte man aber auch, einer gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Zielvorgabe zu dienen, indem eine Qualitätskontrolle der angebotenen Stoffe möglich wird und auch Kontrolle über die Geschäftsgewinnungen des Hausdealers ermöglicht wird.

2.7.4. Kanada

Für die Implementierung des Pilot-Projektes musste ein geeigneter rechtlicher Rahmen geschaffen werden. Dazu nutzte der Gesundheitsminister die im § 56 des kanadischen Suchtmittelgesetzes („Controlled Drugs and Substances Act“) eröffnete Möglichkeit, prinzipiell nach diesem Gesetz verbotene Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke freizustellen. Allerdings müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein, soll diese Sondergenehmigung erfolgen. Der Konsumraum muss entweder von einer anerkannten Gesundheitsbehörde geleitet werden oder der Betreiber muss mit dieser einen Vertrag eingehen. Des Weiteren muss der Konsumraum mit anderen Hilfsangeboten, wie Nadeltausch, medizinische Grundversorgung, Aufenthaltsräumen und Beratung vernetzt sein und auf lokalem Niveau von der Öffentlichkeit und den Profis der Drogenarbeit unterstützt werden.

Wenn die Ausnahmeregel nach § 56 zuerkannt wird, wird damit sowohl für die Mitarbeiter der Einrichtung wie auch für die Klienten, die als für die Behandlung geeignet erkannt werden, die Prohibition des Besitzes der verbotenen Substanz für den Aufenthalt in der Einrichtung außer Kraft gesetzt.

3. Die aktuelle Verbreitung von Konsumräumen

Nach STÖVER (2002) bestehen Konsumräume in verschiedenen Gestalten in 18 Schweizer Städten, und in jeweils 16 deutschen und niederländischen Städten.

KIMBER et Mitarbeiter (2003) berichten über 59 Konsumräume in 33 Städten in Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Spanien und Australien. Seit September 2003 werden zusätzlich nunmehr auch in Vancouver, Kanada, zwei Konsumräume betrieben.

3.1. Die differenzierte Konzeptualisierung von Konsumräumen

Hinsichtlich der Organisation von Konsumräumen bestehen zwei Konzepte:

- **Konzept 1:** Reiner Konsumraum. Dabei handelt es sich um ein Raumangebot, das ausschließlich dem Konsum der Substanz zur Verfügung steht. Für derartige Angebote bestehen Zutrittsregeln und Aufenthaltsregeln. Unter diesen Bedingungen ist das Konsumverhalten besonders gut überwachbar.
- **Konzept 2:** Integrierter Konsumraum. In Räumlichkeiten, die diesem Konzept folgend gestaltet werden, stehen auch Beratung und andere Angebote der Überlebenshilfe und Hygiene zur Verfügung.

Ebenso gibt es verschiedene Konzeptualisierungen hinsichtlich der Trägerschaft und Integration. Es werden entweder neue spezialisierte Einrichtungen geschaffen, das neue

Angebot in eine bereits bestehende Hilfseinrichtung eingebaut oder Akkreditierungen beziehungsweise Lizenzierungen für bereits bestehende Einrichtungen durchgeführt. Konsumräume können entweder als abgegrenzte Einheiten von privaten Anbietern oder als Angebote innerhalb etablierter Suchtbehandlungszentren eingerichtet werden.

4. Standardisierung und Evaluation

Aus der Darstellung der Entwicklung des Systems der Konsumräume ist wohl deutlich hervorgegangen, dass diese Komponente der Risikobeschränkung äußerst kontroversiell diskutiert wird und die Einrichtung der Konsumräume stets auch Widerspruch auslöst. Interessant ist auch der Aspekt, dass nahezu in allen Ländern, in denen heute offizielle Konsumräume zur Verfügung stehen, früher eine „wilde“ Phase bestanden hat, in der dem Konsum illegaler Substanzen gewidmete Räume inoffiziell eingerichtet wurden. Diese Gelegenheiten wurden in verschiedenen sozialen Kontexten, auf differentem ideologischen Unterbau und mit verschiedenen Zielsetzungen eingerichtet. In den Niederlanden und in der Schweiz wurden derartige Räume im Kontext alternativer Jugendarbeit entwickelt, in den Niederlanden und auch in Deutschland traten Priester und Pastoren in Erscheinung, die Räumlichkeiten zur Verfügung stellten, in Sydney wurden inoffizielle Konsumräume in Bordellen gefunden.

Um die Angebote zu verbessern und ihre Professionalität zu erhöhen – und wohl auch um der Kritik gegenüber besser gerüstet zu sein – wird die Eingliederung der Konsumräume in das Spektrum der offiziellen Angebote der Suchtkrankenhilfe an strenge Standardisierung und Überprüfbarkeit gebunden. Bestmögliche Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen soll dadurch gewährleistet werden, dass qualifizierte Beratung und Hilfe geleistet wird.

4.1. Standardisierung

Der Standardisierung diene zum Beispiel der Entwurf von Leitlinien, der aus der Konferenz *"Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe – Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien"* hervorging, die am 18. und 19. November 1999 in Hannover stattfand. Im Rahmen dieser Veranstaltung haben 180 Teilnehmer aus Deutschland, den Niederlanden, Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien über alle Aspekte des niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Angebots „Konsumräume“ diskutiert. Die Teilnehmer waren Praktiker aus bereits bestehenden Konsumräumen, Mitarbeiter von Einrichtungen, die solche Angebote planen, oder in Sozial- und Gesundheitsbehörden, bei der Polizei oder der Justiz beschäftigt sind. Dabei waren viele Berufsgruppen vertreten: Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpflegepersonal, Ärzte, Richter, Staatsanwälte, Rechtsanwälte und Polizisten.

Die Diskussionen orientierten sich zum Teil an den Rahmenbedingungen der bevorstehenden Gesetzesänderung im deutschen Betäubungsmittelgesetz mit dem Ziel der Straffreiheit des Betreibens und Nutzens von Konsumräumen (Stand: November 1999). Die Forderungen an eine fachgerechte, zielgruppenspezifische Arbeit in Gesundheitsräumen gingen aber über diese gesetzliche Vorgabe hinaus. In ihrer umfassenden Perspektive wollen die Leitlinien auch für Interessierte aus anderen Ländern eine professionelle Orientierung bieten.

Die Teilnehmer der Konferenz einigten sich mehrheitlich auf den Begriff „Konsumräume“ für dieses niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Angebot der Drogenhilfe, weil darin die Ziel- und Zweckbestimmung dieser Räumlichkeiten klar und deutlich benannt wird. Synonym werden in anderen Zusammenhängen auch Begriffe wie „Gesundheitsräume“,

„Gassenzimmer“, „Fixerstübli“, „safe injection rooms“, „drug consumption facilities“ und so weiter genannt.

Die Leitlinien beziehen sich auf die folgenden Schwerpunkte von Konsumräumen:

- a. Planungs- und Umsetzungsprozess von Konsumräumen
- b. Unterschiedlichkeit konzeptioneller Ansätze
- c. Arbeitsweisen/-methodiken
- d. Innere Organisation und Vernetzung
- e. Kommunal-, ordnungs- und rechtspolitische Interessen an einem Gesundheitsraum
- f. Konsumräume im ländlichen/kleinstädtischen Bereich und Konsummöglichkeiten innerhalb anderer Versorgungsangebote innerhalb niedrigschwelliger Drogenhilfe.

a. Planungs- und Umsetzungsprozess von Konsumräumen

1. Notwendig ist eine Bedarfsanalyse gemeindenaher Drogenpolitik (kommunale Schwerpunktsetzung), Zielgruppenbestimmung, Szenestrukturanalyse und den sich daraus ergebenden Umsetzungsbedingungen für einen Drogenkonsumraum. Regionale Besonderheiten, Selbsthilfeintegration, Sicherheitspartnerschaft und Nutzerinteressen sind zu berücksichtigen.

2. Eine konzeptuelle Abstimmung mit der regionalen Drogenhilfestruktur und den Trägern anderer Versorgungsangebote ist erforderlich: AIDS-Hilfen, Drogenhilfeeinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Methadonambulanzen, Sozialämter, Entzugs- und Therapieeinrichtungen, insbesondere auch regionale Koordinationsausschüsse im Drogenhilfebereich.

3. Voraussetzung für die Einrichtung von Konsumräumen ist die Gewinnung von politischen und sozialen Bündnispartnern: parteipolitische Kontaktaufnahmen, permanente Öffentlichkeitsarbeit zur Notwendigkeit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen, inhaltliche Bestimmung in Abgrenzung beispielsweise zu heroingestützten Behandlungsformen, Organisation von Pressekonferenzen und einem „Hearing“ zur regionalen Drogenpolitiksituation. Darüber hinaus ist das Aufzeigen von Versorgungslücken notwendig und dies in enger Kooperation mit Drogenhilfeeinrichtungen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gesundheitsamt und so weiter.

4. Bei der Planung und Umsetzung erscheint der Einbezug von Anwohnerschaft, Kaufmannschaft und Bürgerinitiativen erforderlich: eine klare sozialverträgliche Ausrichtung konzeptueller Grundlagen ist ebenso nötig wie eine inhaltliche Schwerpunktsetzung auf harm reduction. Von besonderer Wichtigkeit ist die Problematisierung, dass es sich bei der Einrichtung von Konsumräumen nicht um eine „Lösung“ des Drogenproblems handelt (handeln kann), sondern um eine Minimierung der konsumbezogenen „Problemfülle“ insbesondere für die Konsumenten. Das Ziel besteht in einer Vermeidung unzulässiger Erwartungshaltungen bezüglich der Einrichtung von Drogenkonsumräumen wie etwa der Auflösung der öffentlichen Drogenszenen, Reduktion der Beschaffungskriminalität, Verschwinden des öffentlichen Konsumgeschehens / Spritzenfunde.

5. Die Teilnahme an kriminalpräventiven Räten und Runden Tischen und Ordnungspartnerschaften in der Kommune sollte obligatorisch sein.

6. Hinsichtlich der jeweiligen kommunalen und regionalen Besonderheiten kann es sich um einen reinen Konsumraum und/oder um ein integratives Konzept bei

Schaffung kommunikativer Strukturen im Rahmen einer angemessenen Ausstattung handeln (bei Setzung von Minimalstandards in Vernetzung mit der örtlichen Drogenhilfestruktur).

7. Ziel ist die Präsentation eines regional integrativen, vernetzten Konsumraummodells: Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen, bei Bedarf und auf Wunsch Beratung, Krisenintervention, Entzugsplatz- und Substitutionsvermittlung, psycho-soziale Betreuung, lebenspraktische Hilfen, Therapievermittlung.

8. Notwendig ist die Verzahnung von Gesundheitsprävention und das Nebeneinander / Ineinandergreifen differenzierter, akzeptanzorientierter Begleitungs- / Betreuungsaktivitäten in einem interdisziplinären Verbund gleichberechtigter und gleichgewichtiger krankenpflegerischer / medizinischer und sozialpädagogischer sowie selbsthilfebezogener Anteile ohne ärztliche Dominanz (keine Förderung einer Medikalisation der Drogenhilfe). Dabei könnte das Rotationsprinzip der Mitarbeiter im Rahmen der jeweiligen Arbeitsschwerpunkte von besonderer Bedeutung sein.

9. Drogenkonsumräume sollten baulich in den niedrighschwelligen Arbeitsbereich szenennah integriert werden. Räumlich jedoch klar beispielsweise vom Kontakcafé getrennt sein. Die jeweilige Größe eines Konsumraums hängt von der regionalen Drogenszenestruktur und von den kommunalen Bedarfslage ab. Ein ärztlicher / krankenpflegerischer Behandlungsraum für Wund- und Abszessbehandlungen, bei Überdosierungen und Drogennotfallsituationen sowie ein angegliederter Raum mit Entlüftungsanlage / Abzugshaube für Folienraucher ist gegebenenfalls einzuplanen (Plätze ab 6 Personen).

10. Finanzielle und bauliche Grundausstattung ist wiederum regional auszuloten und mit den jeweiligen Ämtern abzustimmen: 1½ Stellen sozialpädagogische Fachkräfte (bei Berücksichtigung von Betroffenenkompetenz), ½ Stelle für ärztliche Grundversorgung und ½ Stelle für pflegerische Betreuung sowie Honorarmittel für flexiblen, krankenpflegerischen und sozialpädagogischen Einsatz (unter anderem studentische Hilfskräfte) bei werktäglichen Öffnungszeiten von 10.00-17.00 Uhr als Minimalkonzept. Bei längeren Öffnungszeiten sowie an Wochenenden – entsprechend den regionalen Besonderheiten – ist eine Stellenerweiterung unumgänglich.

11. Eine medizinische Grundausstattung sollte vorhanden sein: Beatmungshilfsmittel (Beatmungsmaske, Ambu-Beutel), Beißkeile, Blutdruckmessgerät, Hyperventilationsmasken, Sauerstoff, Liege, Rettungsdecke, Notfallkoffer sowie Verbandsmaterial, Salben und so weiter. Alle Mitarbeiter, Honorarkräfte und Praktikanten sollten regelmäßig in Erste Hilfe und Reanimation geschult werden.

12. Konsumräume sind als “Baukastensystem” im Rahmen der Drogenhilfe anzusehen und zu integrieren, sollten aber andere Angebote nicht beschneiden.

13. Notwendig ist darüber hinaus die Abstimmung des rechtlichen Rahmens, der Fachaufsicht beispielsweise der unteren Gesundheitsbehörden, der Garantspflicht und der jeweiligen politischen “Infrastruktur”.

b. Unterschiedlichkeit konzeptioneller Ansätze

1. Anonymer Zugang zum Drogenkonsumraum muss aus gesundheitspolitischen Gründen, das heißt Infektionsschutz für Drogenkonsumenten und Bevölkerung, und aus Gründen der Überlebenshilfe gewährleistet sein.
2. Drogenkonsumräume dürfen nicht als Mittel zum Zweck, etwa als „Lockangebote“ für Ausstiegshilfen sein, sondern haben ihre Berechtigung, unabhängig von weitergehendem Hilfebedarf der Benutzer. Die Bedarfsformulierung der Beratung obliegt dabei den Besuchern (akzeptanzorientierter Ansatz).
3. Die Zielgruppe umfasst alle Gebraucher illegalisierter Drogen. Bei Sicherstellung von Anonymität und unter gesundheitspolitischer Zielsetzung der Infektionsprophylaxe, der Eindämmung riskanter Konsumformen, sind daher unter anderem Minderjährige, Substituierte und Gelegenheitskonsumenten einzubeziehen.
4. Öffnungszeiten für eine hygienische Applikation sind regional und bedarfsbezogen auszurichten (möglicherweise rund um die Uhr, 7-Tage-Woche). Wichtig ist eine Kontinuität der Angebote.
5. Drogenkulturelle Besonderheiten, zum Beispiel die Stützung / Förderung eines regelorientierten, selbstkontrollierenden Konsumverhaltens, sind in das Konzept einzuarbeiten und umzusetzen. Träger von Drogenkonsumräumen sind aufgefordert, sowohl auf theoretisch konzeptioneller wie auch praktischer Ebene möglichst mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten. Selbsthilfe als kritisches Gegenüber ist anzuerkennen, aktiv zu fördern und in das Konzept zu integrieren.
6. Ein Drogenkonsumraum ist ähnlich wie Streetwork- und Kontaktladenarbeit eine Schnittstelle zwischen Szene und Drogenhilfesystem und erfüllt damit eine spezifische Aufgabe der Integration in weiterführende Hilfen.

c. **Arbeitsweisen/-methodiken**

Eine gesundheitliche und soziale Unterstützung kann dann gewährleistet werden, wenn

- akzeptanzorientiert, zielgruppenspezifisch und lebensweltbezogen gearbeitet wird
- fachlich geschultes Personal bei der Umsetzung beteiligt ist.

I. Soziale Unterstützung

1. Der Konsumraum erfüllt an und für sich soziale Funktionen (Kommunikation, Kontakte, Selbsthilfe).
2. Je nach Struktur bietet er die Möglichkeit, Zugang zu weitergehenden Angeboten zu finden (vor Ort oder in einem vernetzten System auf kommunaler Ebene).
3. Die Installation eines Konsumraumes bietet die Chance, einer zunehmenden Verelendung im gesundheitlichen und sozialen Bereich entgegenzuwirken.
4. Es wird ein Aufenthaltsraum vorgehalten.

II. Gesundheitliche Unterstützung

1. Gesundheitspräventive Maßnahmen wie die Stützung / Vermittlung von Safer-Use-Techniken und Harm-Reduction-Strategien ist vorzuhalten.
2. In Konsumräumen wird Hilfe in Notfällen gewährt und Aufklärung über Erste-Hilfe-Maßnahmen und das Verhalten in Notfällen für die Besucher angeboten.
3. In Konsumräumen wird eine stressfreie und hygienische Atmosphäre geschaffen.
4. In Konsumräumen wird die Intimsphäre der Besucher gewahrt.
5. Eine medizinische Weiterbehandlung ist als Angebot vorzuhalten oder zu vermitteln bzw. mit dem Besucher zu thematisieren.
6. Die gesundheitliche Unterstützung in Konsumräumen wird insbesondere in Notfällen ohne repressiven Einfluss gewährt.

d. Innere Organisation und Vernetzung

1. Die Personalzusammensetzung und -qualifikation ist abhängig von örtlichen Gegebenheiten und Szenengröße sowie der jeweiligen konzeptuellen Ausrichtung. Berufliche Qualifikation sollte medizinische, sozialpädagogische und psychologische Bereiche umfassen. Über die berufliche Qualifikation hinaus sollten die Mitarbeiter über weitere Qualifikationen verfügen wie Empathie, ein hohes Maß an Sensibilität, Verständnis für die Lebenssituation von Drogenkonsumenten, Fähigkeit zur Teamarbeit (Rotation), die Fähigkeit mit Stress-, Gewalt- und Notfallsituationen umzugehen, Autorität und Authentizität, Fort- und Ausbildung in Safer-Use-Techniken, Soforthilfemaßnahmen, Notfallprophylaxe und Reflexion der eigenen Arbeit sind zwingend erforderlich. Die Kompetenz Betroffener sollte mit einbezogen werden.

2. Vernetzung

- basiert auf der zentralen Frage: was dient den Nutzern, was dem Angebot?
- interne und trägerübergreifende Vernetzungen sind erstrebenswert.

3. Kapazität

- ist im Idealfall von der offenen Drogenszene und den regionalen Besonderheiten abhängig
- Erfahrungen zeigen, dass die Kapazität eines Raumes 10-12 Plätze nicht übersteigen und genügend Platz für einen sicheren Konsum, Bewegung und für Drogennotfallsituationen vorhanden sein sollte.

4. Hausregeln:

- keine Weitergabe von Drogen, kein Drogenhandel
- keine Gewaltandrohung und -ausübung
- Sanktionen in abgestufter Form bis hin zum generellen Hausverbot.

5. Dokumentation:

- standardisierte, transparente Basisdokumentation (die die tägliche Arbeit nicht behindert)
- Datenverweigerung darf Zugang nicht ausschließen
- Anonymität
- regionale Absprachen bezüglich der Vergleichbarkeit der Daten.

6. Applikationstechniken und –voraussetzungen:

- nach den Prinzipien des Safer-Use für alle Beteiligten, wobei geeignetes "Material" zur Verfügung gestellt werden muss.

e. Kommunal-, ordnungs- und rechtspolitische Interessen an einem Gesundheitsraum

1. Gesundheitsräume sind Ausdruck und Baustein von Drogenhilfe für Konsumenten. Die Rahmenbedingungen für Sicherheit und Bürgerakzeptanz müssen gewahrt sein.

2. Rechtssicherheit, Rechtsklarheit müssen bestehen für

- Mitarbeiter, Betreiber des Konsumraumes bei der täglichen Arbeit
- Polizei bei Duldungspraktiken
- Konsumenten beim Zugang und im Konsumraum
- bei medizinischer Prävention innerhalb und außerhalb des Konsumraumes (Jugendliche, Substituierte, Gelegenheitskonsumenten)
- Konsum in Einrichtungen der Drogen- und Jugendhilfe.

3. Sicherheit

Abgrenzung der Verantwortung für Sicherheit muss fair und ausgewogen sein. Klärung der Verantwortlichkeiten in fortlaufenden Kooperationstreffen aller Beteiligten (zum Beispiel Polizei, Kommune, Träger), wenn möglich unter Beteiligung der Nutzer.

4. Gesundheitsräume sollten nicht als ordnungs- oder sozialpolitische Maßnahme funktionalisiert werden. Für den Betrieb eines Konsumraumes ist es erforderlich, auf eine Akzeptanz der Einrichtungen und der Konsumenten hinzuwirken.

f. Gesundheitsräume im ländlichen/kleinstädtischen Bereich und Konsummöglichkeiten innerhalb anderer Versorgungsangebote

1. Die Bundesgesundheitsbehörden werden aufgefordert, die Standards für den Betrieb von Gesundheitsräumen so zu gestalten, dass Konsumräume oder -gelegenheiten auch in bereits bestehenden Angeboten niedrigschwelliger Suchtkrankenhilfe – wie Notübernachtungen, Kontaktläden – eingerichtet und legal betrieben werden können. Selbstverständlich werden dabei die fachlich notwendigen Ansprüche an eine entsprechende Ausstattung der Räumlichkeit berücksichtigt.

2. Die Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes ermöglichen erweiterte Hilfen für Drogengebraucher; dies könnte in Großstädten die Einrichtung von Konsumräumen sein.

Für die adäquate Umsetzung der angestrebten Ziele im ländlichen Bereich fehlen jedoch meist in der Praxis die finanziellen und personellen Rahmenbedingungen. Zur Entwicklung von Alternativen für den ländlichen Raum werden neue, der ländlichen Struktur angepasste Konzepte benötigt.

3. Jeder Drogengebraucher muss individuell nach seinen Bedürfnissen und seinen Möglichkeiten einen Zugang zu einem menschenwürdigen Konsum haben. In bestehenden Einrichtungen muss die Möglichkeit integriert werden, den Gebrauchern bedarfsorientiert den Konsum vor Ort, in dazu geeigneten und

geschützten Räumen, zu gestalten.

4. Für den ländlichen Bereich sind die zur Zeit festgelegten Standards nicht praktikabel.

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen Standards im Betäubungsmittelgesetz (Stand: November 1999) sollten je nach der besonderen Situation des Betreibers gestaltet und flexibel veränderbar sein.

Insbesondere dürfen vorhandene Ressourcen nicht durch neue Standards aufgegeben werden.

Es müssen rechtliche Grundlagen geschaffen werden, damit die Institutionen einen Konsumraum mit einem Minimum an Standards betreiben können.

Die Konsumenten sollten an der Planung eines Konsumraumes und dessen "Standards" beteiligt werden. Konsumenten sollten möglichst auch in die aktive Arbeit einbezogen werden.

5. Kontaktfelderweiterung

Es sollte keine Zugangsbeschränkungen für die Nutzung von Gesundheitsräumen geben, da sonst die präventiven Ansätze dem ausgeschlossenen Personenkreis verwehrt blieben. Es sollen alle Applikationsformen und alle illegalisierten Drogen zugelassen sein.

Durch ein verstärktes Angebot niedrigschwelliger Drogenarbeit sind vorher nicht erreichte Drogengebraucher in das Hilfesystem eingebunden worden. Die entstandenen akzeptanzorientierten Einrichtungen mit Angeboten wie beispielsweise Notschlafstellen oder Kontaktcafés werden gut angenommen.

6. Beziehung zwischen Professionellen und Klienten

Aktive Drogengebraucher müssen während eines längeren Aufenthalts (besonders in Notschlafstellen) konsumieren. Der Kauf und der Konsum finden oft in der Nähe dieser Einrichtungen statt. Dadurch wird entweder innerhalb oder in der Nähe der Einrichtungen konsumiert, was meistens unter unhygienischen Bedingungen geschieht (Dreck, keine Notfallversorgung).

Das Verhältnis zwischen Besuchern und Betreuern ist daher unehrlich. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses wird dadurch erschwert.

Dulden die Mitarbeiter den Konsum innerhalb der Einrichtung, begeben sie sich rechtlich in eine gefährliche Situation. Nach der neuen Gesetzgebung ist eine solche Tolerierung ein Straftatbestand (nach alter Lage: rechtliche Grauzone). Dies ist dringend zu ändern.

4.2. Evaluation

Die Evaluation der Konsumräume begleitet idealtypisch alle Schritte der Entwicklung der Einrichtung und bewertet ihre Effizienz an ausgewählten Ergebnisindikatoren in den Feldern Gesundheit, Soziales, Ökonomie sowie am gesellschaftlichen Impact.

In diesem Sinne soll die Evaluation von Konsumräumen sowohl zunächst die Überprüfung der Notwendigkeit und Machbarkeit der Institution einschließen, wie auch ihre Fähigkeit, die folgenden Aufgaben zu erfüllen:

- einen Raum für geschützten Drogenkonsum zu bieten, der von den Drogengebrauchern angenommen und zweckentsprechend gebraucht wird
- die Auslastung der Einrichtung
- die Organisation und die Angebote der Einrichtung

- das Vorkommen gebrauchter Spritzenbestecke in der Öffentlichkeit zu reduzieren
- das Vorkommen des Injizierens im öffentlichen Raum einzuschränken
- die Morbidität der Drogengebraucher günstig zu beeinflussen
- die Mortalität durch Überdosis zu reduzieren
- die Übertragung von Viruskrankheiten als Folge risikoreicher Konsumgebräuche zu reduzieren
- drogenkonsumbezogene gesundheitliche Probleme der Klienten einzuschränken und deren Wissen, Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern
- den Zugang der Klienten zu anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der spezialisierten Suchthilfe zu erleichtern
- einen sozialen Raum zu bieten, der über die Drogenkonsumation hinaus die soziale Integration der Klienten fördert (Kommunikationsraum, Kontaktraum)
- Die Kommunikation zwischen Drogengebrauchern, dem Personal der Einrichtung und der Allgemeinheit zu verbessern
- Die Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionisten der Suchthilfe und den Vertretern der Sicherheitsexekutive zu verbessern.

In der Evaluation sollten auch eventuelle negative Konsequenzen beobachtet werden wie:

- Belästigung der Nachbarschaft
- Gewalttätigkeit und/oder andere Belästigungen gegenüber Personal oder Klienten
- das Vorkommen von Überdosis-Zwischenfällen in der Einrichtung selbst oder in der nächsten Umgebung
- negative Publizität und kontroverse Entwicklungen
- negative Auswirkungen auf Anrainer, die Geschäftsleute der Umgebung und öffentliches Gut.

Die qualitativen Ergebnisse der Mitarbeiter- und Klientenbefragung sollten durch quantitative Daten aus zugänglichen Datenquellen ergänzt und überprüft werden.

Die Ergebnisse der bisher vorliegenden Evaluationen über Konsumräume in der Schweiz, Deutschland, den Niederlanden und Australien sind geeignet die Argumente der Befürworter zu unterstützen und die Befürchtungen der Gegner zu entkräften. In der Folge werden die bislang durchgeführten Evaluationsstudien und ihre Ergebnisse vorgestellt. Die Identifizierung von Problembereichen und die daraus entwickelten Vorschläge werden gesondert zur Darstellung gebracht.

4.2.1. Deutschland

Insgesamt sind die Erfahrungen des bisherigen Betriebes sowohl in der Schweiz (vgl. Sozialamt der Stadt Zürich 1995), als auch für Deutschland durchaus positiv und ermutigend (vgl. für Frankfurt: KLEE 1995 und 1997; HAPPEL 1997).

4.2.1.1. Lokale Evaluation – Frankfurt

Das Beispiel Frankfurt am Main mit seinen mittlerweile 4 Gesundheitsräumen zeigt anhand einer mittleren Großstadt mit einer großen Drogenszene, dass

- es rechtlich und kommunalpolitisch durchaus Spielräume in der Auslegung eines Bundesgesetzes gibt. Insofern bedarf es für die Einrichtung von Konsumräumen eines politischen Willens und fachlicher, aber auch ordnungspolitischer Unterstützung. Diese unterschiedlichen Ebenen und Interessen müssen in Dialogen zusammengeführt werden.

- Gesundheitsräume auf kommunaler Ebene machbar sind, ohne dass gravierende Zwischenfälle (insbesondere Todesfälle) innerhalb dieser Einrichtungen vorkommen. Das wieder bedeutet, dass Druckräume mit ihrer – zusammen genommen – hohen Frequentierung pro Tag mit dazu beitragen, dass Drogennotfälle entweder vermieden, oder sofort und fachlich einwandfrei behandelt werden können (vgl. KLEE 1996).
- Benutzer dieser Konsumräume sich in hohem Maße an die vorgegebenen Regeln halten
- vorab geäußerte Befürchtungen nicht eintreten, dass sich Szeneverlagerungen vor die Druckräume ergeben
- die ebenfalls vorab geäußerte Befürchtung nicht zutrifft, Gesundheitsräume besitzen eine hohe Anziehungskraft für Dealer, das heißt der Verkauf erfolgt unmittelbar vor diesen Einrichtungen (vgl. HENTSCHEL 1996);
- in hohem Maße die Zielgruppe erreicht wird. Möglicherweise spielen dabei auch die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Räumlichkeiten entsprechend der unterschiedlichen Ansätze der Träger eine Rolle (zum Beispiel Druckraum mit Kontaktraum beziehungsweise ohne). Dies geht allerdings nur mit entsprechender sachlicher und personeller Ausstattung dieser Räumlichkeiten.

4.2.1.2. Die Studie "Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland" (ZEUS, Bochum)

Im September 2002 wurden die Ergebnisse dieser Studie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Zentrum für angewandte Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung in Bochum (ZEUS) durchgeführt worden war und die die Arbeit der Drogenkonsumräume im Zeitraum November 2001 bis Juli 2002 erfasste, erstmals vorgestellt. Eine umfassende Publikation in Buchform als Band 149 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erfolgte 2003.

Die Ziele der Studie hatten darin bestanden:

- die von den Bundesländern erlassenen Rechtsverordnungen miteinander zu vergleichen und deren unterschiedliche Auswirkungen abzuschätzen
- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen (Inanspruchnahme des Hilfsangebots, Drogennotfälle, Weitervermittlung zu anderen Hilfsangeboten) zu erheben
- den Betrieb der bereits bestehenden Drogenkonsumräume anhand der vorgeschriebenen Mindeststandards zu bewerten und Vorschläge zur Verbesserung der Praxis zu machen
- durch eine Zeitreihenanalyse zu überprüfen, welchen speziellen Beitrag Drogenkonsumräume zur Senkung der Drogentodeszahlen sowie der Beschaffungskriminalität und Verringerung der Umfeldbelastungen leisten.

Hierfür wurden die bisher erlassenen landesspezifischen Rechtsverordnungen zum Betrieb von Konsumräumen miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme der Konsumräume und der angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den Leitern durchgeführt, Opiatabhängige in den einzelnen Konsumräumen befragt, die Einhaltung der vorgeschriebenen gesetzlichen Mindeststandards überprüft, generelle Schwachstellen ermittelt und Vorschläge zur Verbesserung der Arbeit in den Einrichtungen gemacht. Anhand von Zeitreihenanalysen wurde überprüft, ob Drogenkonsumräume Einfluss auf die Zahl der Drogentoten haben.

In die Untersuchung wurden 19 Drogenkonsumräume in Hamburg (8), Frankfurt/M. (4), Hannover (1), Saarbrücken (1) sowie Nordrhein-Westfalen (5) (Münster, Wuppertal, Essen, Köln, Aachen) einbezogen. Zwei weitere Angebote in Frankfurt/M. und in Nordrhein-

Westfalen (Dortmund), die im Untersuchungszeitraum dazugekommen waren, wurden nicht mehr in die Studie einbezogen.

In der Darstellung wurden folgende zentrale Ergebnisse hervorgehoben:

- Die Zielsetzung, langjährige Heroinabhängige, die Drogenkonsumräume nutzen, in weitergehende (ausstiegsorientierte) Hilfen zu vermitteln, wird erreicht; über die Hälfte der befragten Nutzer gab an, bereits Kontakte zu anderen Hilfen vermittelt bekommen zu haben, insbesondere zu Entgiftungseinrichtungen (23 %), Ämtern (20 %) und Therapieeinrichtungen (19 %).
- In allen Konsumräumen ist das Überleben der Opiatabhängigen durch eine sofort einsatzbereite Notfallversorgung gesichert; es gab im Zeitraum von 1995-2001 insgesamt 2,1 Mio. Konsumvorgänge; für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5.426 Notfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch das Personal hätten tödlich enden können.
- In einer vom Forschungsinstitut durchgeführten Zeitreihenanalyse, in die die Zahlen der Drogentoten in den untersuchten Städten Hamburg, Hannover, Frankfurt/M. und Saarbrücken über einen Zeitraum von über zehn Jahren eingeflossen sind, konnte festgestellt werden, dass sich der Betrieb von Konsumräumen *statistisch signifikant* auf die Senkung der Drogentotenzahlen in diesen Städten auswirkt. Drogenkonsumräume leisten damit neben anderen Faktoren einen *spezifischen* überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentodeszahlen.

Darüber hinaus konnte in der Studie festgestellt werden:

- Die Rechtsverordnungen der einzelnen Bundesländer formulieren die Anforderungen an Mindeststandards des Bundesgesetzes konkret aus; es finden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Rechtsverordnungen; Gelegenheits- und Erstkonsumenten wird kein Zugang erlaubt.
- Die Mindeststandards der Rechtsverordnungen werden eingehalten; eine sofortige medizinische Notfallversorgung ist gewährleistet; die hauptamtlichen Mitarbeiter verfügen über die erforderliche Erfahrung für die niedrigschwellige Drogenarbeit; es finden in der Regel Erstgespräche mit den Nutzern der Einrichtungen statt, um auch weiterführende Hilfsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen; es gibt eine gute Vernetzungen zu anderen Hilfeinrichtungen
- Über drei Viertel der Nutzer fanden die Öffnungszeiten in Ordnung; die Mehrzahl wird auch regelmäßig angesprochen, um weitergehende Perspektiven zu erörtern; der Kontakt zu den Mitarbeitern wird überwiegend positiv bewertet; sowohl das Angebot einer Grundversorgung (medizinische Betreuung, Spritzenaustausch und anderes) wird sehr positiv eingeschätzt.

Insgesamt kamen die Evaluatoren zum Schluss, dass

- die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe erreicht wird (insbesondere langjährige Heroinkonsumenten mit durchschnittlich 12,5-jährigem Konsum und hohem Kokainbegebrauch),
- Minderjährige bei den Befragungen in den Konsumräumen nicht angetroffen wurden,
- über 90 % der Befragten sich mehrjährig opiatabhängig erwiesen,
- die gesundheitliche Betreuung sich durch den Konsumraum nach Angaben der Befragten signifikant verbesserte,
- sich durch Konsumräume insgesamt der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem verbesserte und dass die Zusammenarbeit mit Polizei und Ordnungsbehörden in den beteiligten Städten gut funktionierte.

4.3. Internationale Vergleichsstudien

Die multizentrische Evaluationsstudie des ISD Hamburg – Deutschland / Niederlande / Österreich:

Das ISD Hamburg führte in den Jahren 1999-2001 eine von der Europäischen Kommission unterstützte Evaluation von Drogenkonsumräumen in drei europäischen Städten durch und legte 2002 einen Bericht vor. An der Studie beteiligten sich Hamburg mit 4 Konsumräumen, Rotterdam ebenfalls mit 4 Konsumräumen und Innsbruck mit einer geplanten Einrichtung. Die Untersuchung schloss eine systematische Dokumentation der Konzeption, der Hilfsangebote und der Nutzung der Konsumraumangebote, eine Evaluation der sekundärpräventiven Aktivitäten und Effekte, sowie eine Analyse der regionalen Integration von Konsumräumen in das Umfeld ein.

Als Ziele galten:

- die systematische Dokumentation der Konzeptionen und Hilfeangebote von Konsumraumeinrichtungen
- die Beschreibung von Konsumraumbesuchern und ihrem Nutzungsverhalten
- die Evaluation präventiver Aktivitäten und Wirkungen von Konsumraumangeboten auf das Gesundheitsverhalten von Konsumenten harter Drogen und
- die Analyse der regionalen Integration von Konsumräumen und deren entlastende Wirkung auf das Umfeld.

In methodischer Hinsicht wurden, um die Perspektiven unterschiedlicher Personengruppen zu untersuchen, die durch Konsumraumangebote betroffen sind, sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zur systematischen Datensammlung eingesetzt.

Die Untersuchung wurde an drei Stichproben durchgeführt. Befragt wurden sowohl Drogenkonsumenten als auch Mitarbeiter in Konsumräumen und ein Personenkreis aus dem Umfeld, der sich aus Anrainern, Ordnungshütern, Gewerbetreibenden und Mitarbeitern in anderen sozialen Einrichtungen zusammensetzte.

Drogenkonsumierende in offenen Drogenszenen wurden mittels standardisierter Fragebögen zu ihrem Konsumverhalten sowie zu ihrer Akzeptanz und Nutzung von Konsumräumen und weiterführenden Hilfen befragt. Insgesamt wurden 616 Drogenkonsumierende in Hamburg und 89 Drogenkonsumierende in Innsbruck befragt; in Rotterdam konnten insgesamt 67 Drogenkonsumierende, die einen Pass für einen der vier untersuchten Konsumräume haben, in die Evaluation einbezogen werden.

Mit Mitarbeitern in Konsumraumeinrichtungen und repräsentativen Personen im Umfeld von Konsumraumeinrichtungen wurden qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt.

In den drei europäischen Städten wurden insgesamt acht Hilfeeinrichtungen in die Untersuchung einbezogen. Aus jeder der Einrichtungen wurden dann zwei langjährige Mitarbeiter zu ihrer Alltagspraxis, ihren Erfahrungen mit dem Konsumraumangebot und Veränderungswünschen interviewt. Des Weiteren sind Anwohner, Geschäftsleute, soziale Einrichtungen und Polizisten anhand von Leitfadeninterviews dazu befragt worden, wie sie die Integration und Akzeptanz von Konsumräumen im Umfeld sowie deren Wirkung in Hinblick auf eine Reduktion öffentlicher Belästigungen beurteilen.

In Innsbruck war die Einrichtung eines Konsumraumes zwar seit längerem geplant, wurde jedoch bis zum Abschluss der Untersuchung nicht realisiert. Aus diesem Grunde wurde der Untersuchungsansatz für diese Stadt in Richtung einer Bedarfserhebung modifiziert.

Für die Untersuchung wurden drei zentrale Hypothesen formuliert:

- Das Angebot von Konsumräumen erreicht die Zielgruppe der intravenösen Drogenkonsumenten, die gesundheitlich riskant und öffentlich konsumieren.
- Konsumräume führen bei dieser Zielgruppe zu positiven Veränderungen hinsichtlich eines gesundheitsbewussten Verhaltens.
- Konsumräume als Interventionsform im Harm-Reduction-Bereich leisten im Umfeld offener Drogenszenen einen relevanten Beitrag zur Reduktion öffentlicher Belastungen.

Ergebnisse:

Anhand der ausgewerteten Daten ließen sich alle drei Hypothesen bestätigen.

Konsumräume wurden als eine wichtige Alternative zum öffentlichen und riskanten Drogenkonsum erkannt, da sie sich als der wichtigste Konsumort nach dem eigenen Zuhause erwiesen. Aus der Konsumentenbefragung und aus der Expertenbefragung ergab sich, dass das Angebot der Konsumräume von langjährigen und exzessiven Drogenkonsumenten genutzt wurde.

Die gesundheitspolitischen Zielvorstellungen schienen erfüllt.

Es erwies sich, dass die Nutzung von Konsumräumen das Risikobewusstsein fördert und die Akzeptanz gegenüber weiteren Hilfeangeboten erhöht. Neben der Entwicklung eines risikoärmeren Konsumverhaltens seit der Nutzung von Konsumräumen war insbesondere bei intensiven Nutzern der Konsumräume zugleich eine stärkere Nachfrage nach Beratungs- und Vermittlungsangeboten festzustellen. Die Konsumenten gaben an, dass die Nutzung des Konsumraumes ihr Gesundheitsbewusstsein erhöhte und dass sie bereit waren, Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Mitarbeiter meinten, dass die Konsumräume der kontinuierlichen Vermittlung einer safe-use-Botschaft dienen und durch ihre Anbindung an medizinische Versorgung langfristig dazu beitragen, den Gesundheitszustand der Nutzer zu verbessern. Aus Perspektive des Umfeldes wurde deutlich, dass Konsumraumangebote sowohl für die Drogenkonsumenten selbst als auch für Anwohner im Umfeld offener Drogenszenen eine spürbare Entlastung mit sich bringen. Auch die Vertreter des Umfeldes meinten, dass die Konsumräume dazu beitragen, stressfreien, hygienischen und damit risikoärmeren Konsum zu betreiben, Drogennotfälle zu verhindern und die Mortalitätsrate zu senken. Es wurde positiv vermerkt, dass es zu einer sichtbaren Reduktion des Fixens im öffentlichen Raum und der damit verbundenen Belastungen / Belästigungen gekommen sei. Nach Einschätzung der Befragten war seit Bestehen von Konsumräumen der öffentliche Drogenkonsum deutlich zurückgegangen, und es wurden weniger Spritzenutensilien gefunden.

Als Problem und als fortwährende Belastung des Umfeldes wurden übereinstimmend Deal-Aktivitäten und der öffentliche Konsum von Crack oder Kokain während Wartezeiten identifiziert.

In der Studie wurden schließlich auch die Erfordernisse für einen gesicherten Betrieb von Konsumräumen aufgezeigt.

Die wichtigsten Erfordernisse sind demnach:

- die rechtliche Absicherung
- Absprachen mit der Polizei: kein Abfangen von Konsumenten vor den Einrichtungen einheitliche Vorgangsweise; gegenseitiger Austausch sowie
- aktive Öffentlichkeitsarbeit: sachliche Aufklärung der Anrainer; aktuelle, gut zugängliche Information; Vernetzung im Stadtteil; gegebenenfalls Maßnahmen zur Konfliktbereinigung.

Unterschiede, die zwischen den deutschen und den niederländischen Angeboten bestehen, betreffen die Ausrichtung der Einrichtung, die Klientel und auch die Rahmenbedingungen in der Gemeinschaft. Das holländische Konzept zielt explizit neben den gesundheitspolitischen Vorgaben auch auf ordnungspolitische Zielvorstellungen ab. Es widmet sich demgemäß auch

der Betreuung von Obdachlosen und Prostituierten. Folgerichtig schließen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein Unterstützungskomitee aus Anwohnern, Trägern und Politikern ein.

Sowohl in Hamburg wie auch in Rotterdam besteht die Möglichkeit für intravenösen und für Rauchkonsum, wobei der gravierende Unterschied darin besteht, dass in Rotterdam Rauchkonsum von 80-90 % der Klientel betrieben wird, in Hamburg hingegen nur von etwa 30 %.

Ein interessantes Resultat der Studie ergibt sich aus dem Vergleich zwischen Städten, in denen Konsumräume eingerichtet wurden und mit Innsbruck als einer Stadt ohne diese Möglichkeit. Es zeigte sich, dass die Nutzung des öffentlichen Raumes in Innsbruck nicht derart überproportional ausfällt wie vielleicht erwartet wird. Ganz überwiegend findet in Innsbruck der Konsum im privaten Raum statt. Immerhin gaben aber in Innsbruck über 30 % der Konsumenten, die in der Öffentlichkeit konsumierten, an, dieses Verhalten an den Tag zu legen, weil ihnen kein Konsumraum zur Verfügung steht.

In Rotterdam wird der öffentliche Raum allerdings deutlich weniger in Anspruch genommen. Insgesamt tritt in dieser Studie zutage, dass durchaus nicht alle illegal Konsumierenden dieses Verhalten in die Öffentlichkeit tragen und dass nur ein bestimmter Anteil der in der Öffentlichkeit Konsumierenden das Angebot eines Konsumraums nutzt oder zu nutzen imstande ist.

Diese Erkenntnis schränkt einerseits eventuell den ordnungspolitischen Wert der Konsumräume ein, nicht aber ihre gesundheitspolitische Bedeutung. Andererseits vermag sie aber zu einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten beizutragen, die in der Etablierung von Konsumräumen ruhen und übersteigerte Erwartungen einzuschränken.

Konsumräume bringen die offene Szene nicht zum Verschwinden, können aber eventuell bestimmte Spitzen entschärfen.

4.4. Schweiz

4.4.1. Die Evaluation der beiden Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe der Stadt Zürich

Die beiden Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe der Stadt Zürich gehören zu den ersten Projekten in der Schweiz, die sowohl ein Angebot für Drogenkonsumenten machen, die ihre Drogen injizieren als auch für Drogenkonsumenten, die ihre Drogen inhalieren.

Für die Evaluation der Einrichtungen ergab sich eine Fülle von Fragestellungen:

- Inwieweit gelingt den beiden Anlaufstellen eine bessere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Drogenkonsumierenden?
- Welche (neue) Zielgruppen werden mit den Inhalationsräumen angesprochen?
- Wie gelingt es, einen risikoarmen inhalativen Konsum zu unterstützen?
- Wie beurteilen die Mitarbeitenden die ersten Erfahrungen mit den Inhalationsräumen?
- Wie wirkt sich das neue Angebot auf die Dynamik in den Einrichtungen aus?
- Inwiefern gelingt es, den öffentlichen Raum vor Immissionen und Szenebildung zu entlasten?

Entlang der Evaluationsfragestellungen werden an dieser Stelle die Ergebnisse thesenartig zusammengefasst und ausgeführt.

- a. ***Die beiden Kontakt- und Anlaufstellen sprechen mit dem neuen Angebot vom ersten Tag an inhalativ Drogenkonsumierende an. Im Durchschnitt geschieht ein Viertel***

aller Konsumationen durch Rauchen. Die beiden Anlaufstellen verzeichnen durchschnittlich 5 Konsumationen mehr pro Tag als im Vorjahr.

Beide Anlaufstellen erfüllen die Zielvorgabe von 35 % Auslastung der Inhalationsräume nach 3 Monaten. Nach halbjähriger Betriebszeit liegt die Auslastung im Seilergraben mit 40 % im Tagesdurchschnitt knapp unter der Zielvorgabe, in Selnau mit 80 % weit über den Erwartungen. Nach neun Monaten sind die Plätze im Seilergraben zu 43 % und in der Selnau zu 80 % ausgelastet. Nach einem Jahr ist das Angebot fast vollständig ausgelastet: die Inhalationsräume im Seilergraben sind zu 92 % und in der Selnau zu 98 % besetzt. Im Durchschnitt werden in den beiden Anlaufstellen täglich 65 Inhalationen und 183 Injektionen, insgesamt 248 Konsumationen gemacht. Im Vorjahr waren es im Vergleich dazu insgesamt 183 Konsumationen (Injektionen) pro Tag.

b. *Die deutliche Zunahme der Konsumationen 2002 korreliert mit der Zunahme der inhalativen Konsumationen. Das neue Angebot scheint einer erweiterten Zielgruppe Zugang zum risikomindernden Präventionsangebot der Ambulanten Drogenhilfe zu verschaffen.*

Die Entwicklung der Konsumationen in den Anlaufstellen in den letzten 5 Jahren zeigt, dass die Konsumationen nach einer rückläufigen Tendenz von 1997-2001 wieder deutlich zunehmen. Die Zunahme der Konsumationen erlaubt keinen Rückschluss auf die Anzahl der Nutzer. Der Umstand, dass die Zunahme von 15 % im Vergleich zum Vorjahr größtmäßig der Anzahl der inhalativen Konsumationen entspricht, lässt uns vermuten, dass das neue Angebot eine erweiterte Zielgruppe anspricht. Eine weitere Zunahme der Inhalationen kann durch die bestehenden Inhalationsräume (Auslastung Ende 2002 über 90 %) kaum aufgefangen werden.

c. *Sowohl neue Nutzer als auch bisherige Klienten beanspruchen den Inhalationsraum. Ein Teil dieser neuen Nutzer hat sich bereits früher im Umfeld der Anlaufstellen aufgehalten.*

Die Inhalationsräume werden sowohl von neuen Nutzern, als auch von bisherigen Klienten, die alternativ zum Injizieren rauchen, beansprucht. Ein Teil der neuen Nutzer kennt die bisherigen Klienten, und hat sich bereits vor der Eröffnung der Inhalationsräume in der Umgebung der Kontakt- und Anlaufstellen aufgehalten, ohne die Angebote zu nutzen.

Die regelmäßig vorgenommenen Schätzungen der Teammitarbeitenden, wie viele unbekannte Personen innerhalb eines Monats erscheinen, sind vor und nach der Eröffnung der Inhalationsräume etwa gleich hoch. Nach der Eröffnung der Inhalationsräume lässt sich kein Anstieg der geschätzten Zahl neuer Besucher nachweisen. Aussagen darüber, wie viele neue Nutzer insgesamt seit der Einrichtung der Inhalationsräume angesprochen werden konnten, sind nicht möglich.

d. *Die Nutzer der Inhalationsräume unterscheiden sich mehrheitlich wenig von den bisherigen Nutzern. Ein gewisser Teil scheint im Hinblick auf Arbeit eher besser integriert als die Nutzer des Injektionsraumes.*

Es gelingt vereinzelt randständige Raucher anzusprechen, welche die K&A's bisher nicht aufsuchten. Insgesamt erlauben die neuen Angebote der K&A's eine bessere Ausrichtung auf unterschiedliche (alte und neue) Zielgruppen, was eine Voraussetzung für den Erfolg von Präventionsarbeit ist.

Die Nutzer der Inhalationsräume sind insgesamt sehr unterschiedlich und unterscheiden sich auf den ersten Blick wenig von den Nutzern der Injektionsräume. Es sind überwiegend Männer (von Männern sind rund 80 % der Konsumationen im

Inhalationsraum und im Injektionsraum), sie sind mehrheitlich zwischen 25-35 Jahre alt. Das Aussehen, die Kleidung, der Zeitpunkt der Konsumationen und die in die Beratung eingebrachten Themen eines gewissen Teils der Nutzer der Inhalationsräume lassen darauf schließen, dass ein Teil der rauchenden Klienten besser im Arbeitsalltag integriert ist als die Nutzer des Injektionsraumes. Vereinzelt nutzen randständige Personen, die bisher Institutionen mieden, die neuen Angebote Rauchen und Sniffen. Einige intravenös Konsumierende nutzen alternativ die Inhalationsräume oder sind ganz aufs Rauchen umgestiegen.

- e. ***Die beiden Anlaufstellen leisten einen Beitrag zur Schadenminderung bei Drogenkonsumierenden, indem sie eine Struktur bieten, in der Konsumenten unter hygienischen Bedingungen, in Ruhe und unter Aufsicht intravenös oder inhalativ Drogen konsumieren können. Diese Struktur ermöglicht das Einüben von risikoärmerem Drogenkonsum (Safer Use). Darüber hinaus informieren und beraten die Mitarbeitenden die Konsumenten individuell im Hinblick auf risikoarmen Drogenkonsum.***

In den Inhalationsräumen gelten die allgemeinen Hygiene- und Sicherheitsregeln der Gassenzimmer: das Händewaschen vor dem Konsum, das Verbot zu Dealen und das Gewaltverbot. Allein die Struktur der K&A leistet einen wichtigen Beitrag zur Minderung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken: Infektionen, Übertragung von Viren, Überdosen. Im Inhalationsraum stehen im Hinblick auf Safer Use Post-it's für das Sniffen und Einweg-Plastikmundstücke für das Rauchen zur Verfügung. Der Gebrauch von Bikarbonat wird aus schadenmindernden Überlegungen in beiden Einrichtungen gefördert, deshalb wird Bikarbonat in Einzelportionen kostenlos abgegeben. Die Mehrheit der Konsumierenden hält sich an die Safer-Use-Regeln. Damit ist ein wichtiger Präventionsschritt getan, weil diese Regeln von den Klienten auch an anderen Konsumorten umgesetzt werden können.

- f. ***Wartelisten verringern die Attraktivität des Angebotes für Besucher der Inhalationsräume, da Inhalieren längere Konsumationszeiten bedingt als intravenöser Konsum. Dies trifft inhalativ Konsumierende, die einer geregelten Arbeit nachgehen besonders.***

Das Rauchen mit einer Pfeife (Bong) benötigt auch bei geübter Anwendung mehr Vorbereitungs- und Konsumationszeit als eine Injektion. Deshalb können im Inhalationsraum pro Platz im selben Zeitraum weniger Konsumationen gemacht werden als im Injektionsraum. Bei großem Andrang oder zu Stosszeiten warten Rauchende zum Teil länger auf einen Platz. Dies kann sich negativ auf die Attraktivität des Angebotes und die beabsichtigte Schadenminderung auswirken. Es ist wichtig, die Attraktivität der Angebote für inhalativ Drogenkonsumierende aufrecht zu erhalten, damit risikoärmere Konsumformen gefördert werden können.

- g. ***Das neue Angebot ermutigte einige Konsumenten vom Injizieren auf Inhalieren umzusteigen. Das Umsteigen von Rauchen auf Injizieren wurde nicht beobachtet.***

In beiden Einrichtungen nutzen einzelne intravenös Konsumierende alternativ zum Injektionsraum den Inhalationsraum, sei es um entzündete Venen zu schonen oder aus finanziellen Gründen. In einzelnen Fällen sind Klienten auch ganz auf Rauchen umgestiegen. Das Umsteigen auf den inhalativen Konsum erscheint vielleicht auch aufgrund des Umstandes attraktiv, dass die Stimmung in den Inhalationsräumen besser und kommunikativer ist als in den Injektionsräumen. Keine der beiden Einrichtungen hat festgestellt, dass Klienten vom inhalativen auf intravenösen Konsum umgestiegen

sind. Die Projektverantwortlichen definierten als Erfolgsindikator, wenn Besucher auf risikoärmere Konsumformen umsteigen.

- h. *Inhalative Konsumformen sind wissenschaftlich kaum erforscht. Dies macht es schwierig, (wissenschaftlich) fundierte Safer-Use-Regeln für den inhalativen Konsum aufzustellen. Die Teams sind aktiv Lernende: sie halten Beobachtungen im Inhalationsraum fest, erfragen die Erfahrungen der Raucher, sie diskutieren ihre Erfahrungen und neue Studienergebnisse, um daraus Empfehlungen und Regeln für risikoarmen Konsum festzulegen.***

Währenddem die Safer-Use-Regeln für den intravenösen Konsum wissenschaftlich gut abgestützt sind, bestehen für den inhalativen Konsum noch wenig gesicherte Empfehlungen. Wie sollen Mundstücke desinfiziert und Pfeifen gereinigt werden, wenn sie von einer Person und wie, wenn sie von mehreren Personen geraucht werden? Welche Lösungsmittel sind weniger schädlich? Gibt es Substanzen, die besser gespritzt als geraucht werden, weil sie beim Verbrennen schädliche Stoffe freisetzen? Als gesichert gilt, dass „unblutige“ Konsumarten (Rauchen) im Hinblick auf Abszesse und die Übertragung von Hepatitis, Aids und anderen Krankheiten weniger gefährlich sind als Konsumarten, die zu Kontakt mit Blut führen (Injizieren). Die Mitarbeitenden sind Lernende: sie beobachten die Rauchenden, fragen nach deren Erfahrungen, verfolgen neue Studien und diskutieren diese im Team. Erfahrene Raucher haben im Hinblick auf das Erproben und die Akzeptanz neuer Vorgehensweisen eine wichtige Vorbildfunktion, denn ihnen wird abgesehen oder sie weisen andere Rauchende an.

- i. *Alte und neue Zielgruppen fühlen sich akzeptiert in den Einrichtungen und akzeptieren sich untereinander. Die Nutzer der Inhalationsräume beeinflussen die Atmosphäre in den Betrieben insgesamt positiv.***

Es gelingt den Teams sowohl neuen wie bisherigen Nutzer einen Ort zu bieten, wo sie sich akzeptiert fühlen. Die Nutzer der Inhalationsräume beeinflussen die Atmosphäre in den Betrieben positiv. Insbesondere in den Inhalationsräumen ist die Stimmung friedlich und kommunikativ. Auch bei einem erhöhten Besucherandrang herrscht im Allgemeinen eine ruhige und gewaltlose Atmosphäre. Befürchtungen wie Gewaltszene durch Crack-Rauchende sind nicht eingetreten. Die Projektverantwortlichen definierten es als Misserfolg, wenn die neuen Besuchergruppen die bisherigen Klienten der K&A vertreiben würden. Dies war zu keinem Zeitpunkt der Fall.

- j. *Das Team braucht mehr Zeit, um mit neuen Nutzern des Inhalationsraumes in einen beiläufigen Kontakt oder ins Gespräch zu kommen als bei den Nutzern des Injektionsraumes, unter anderem, weil sich die ersten Begegnungen mit Rauchern auf den Sichtkontakt durch eine Glasscheibe beschränken können.***

Neue Nutzer suchen zu Beginn wenig Kontakt zu den Teammitarbeitenden. Sie steuern eher so schnell als möglich den Konsumraum an. Gespräche entstehen zuerst beiläufig und im Injektionsraum oft in der Aufsichtsfunktion. Beim Inhalationsraum halten sich die Mitarbeitenden außerhalb des Raumes auf. Wenn die Mitarbeitenden sich mit Konsumierenden im Inhalationsraum verständigen wollen, oder die Raucher den Mitarbeitenden eine Frage stellen möchten, so tun sie dies indirekt über die Gegensprechanlage oder mit Handzeichen über eine Glasscheibe hinweg. Die Mitarbeitenden müssen deshalb andere Gelegenheiten finden für beiläufige Gespräche und Kontaktaufnahmen. Denn diese sind wichtig, da sie erfahrbar machen, dass die Mitarbeitenden ein offenes Ohr für unterschiedliche Anliegen haben.

Beratungsanfragen von Nutzern des Inhalationsraumes nehmen im Verlaufe des Jahres zu, was darauf schließen lässt, dass ein Vertrauensaufbau gelingt.

- k. Die Mitarbeitenden der K&A beurteilen die Erfahrungen mit dem neuen Angebot positiv. Ausschlaggebend für diese Einschätzung ist der Erfolg des Angebotes bei den Nutzern. Der Aufbau der Inhalationsräume wurde sorgfältig vorbereitet und mit den Mitarbeitenden gut eingeführt. Für die Projektverantwortlichen ist die Umsetzung der Inhalationsräume ein Erfolg. Die Konzeption und die Struktur der Inhalationsräume haben sich als Ganzes bestätigt.**

Die gute Nutzung des Angebotes sowie die Rückmeldungen der Klienten bestärken die Teams darin, dass der Inhalationsraum einem Bedürfnis entspricht. Die Konzeption, die organisatorischen Abläufe und die geltenden Regelungen bewähren sich in beiden Einrichtungen. Auch bestehen dank guter baulicher Maßnahmen keine gesundheitlichen Bedenken mehr, dass die Mitarbeitenden beim Aufräumen im Inhalationsraum freigesetzten Dämpfen ausgesetzt sind. Die grundsätzliche Zufriedenheit der Mitarbeitenden ist ein Hinweis dafür, dass die Projektleitenden die Einführung der neuen Angebote mit den Teams gut vorbereitet haben und dass die Mitarbeitenden die Konzeption in der alltäglichen Arbeit gut umsetzen. Die Projektleitenden definierten als einen Erfolgsindikator die Akzeptanz des Angebotes bei den Mitarbeitenden.

- l. Besonders gefordert sind die Mitarbeitenden jeweils bei großem Andrang. Wartelisten und vorübergehende Türschließungen sollen helfen, einen geregelten Betrieb sicherzustellen. Im Hinblick auf einen konstruktiven Umgang mit solchen „Aufpasserfunktionen“ brauchen die Mitarbeitenden Austausch und Rückversicherung in den Teamsitzungen.**

Die Teams wendeten bereits vor der Einrichtung der Inhalationsräume bei großem Besucherandrang und erhöhter Benutzungsfrequenz wirkungsvolle Maßnahmen (Türschließungen und Wartelisten) an, um einen geordneten Betrieb sicher zu stellen. Für Mitarbeitende sind solche hektische Zeiten nach wie vor belastend. Die Teammitarbeitenden erleben insbesondere als unbefriedigend, wenn sich ihre Funktion auf die „Aufpasserrolle“ reduziert, und wenn in der Hektik und gereizten Stimmung für individuelle Gespräche keine Zeit bleibt. Es braucht immer wieder Diskussion und Rückhalt im Team, damit die gemeinsam vereinbarten Maßnahmen gut durchgesetzt und die Sicherheit für die Klienten auch in hektischen Situationen gegeben ist.

- m. Die K&A's sprechen mit dem Inhalationsraum unter anderem Personen an, die bis dahin in der Nähe der K&A's Drogen rauchten, sei es direkt auf der Strasse oder in Hauseingängen.**

Mit der Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen werden auch Rauchende angesprochen, die nun in den Inhalationsräumen statt auf der Strasse oder in Hauseingängen konsumieren. Die Inhalationsräume entlasten die nahe Umgebung der Kontakt- und Anlaufstellen von Immissionen und Szenebildungen. Die Anlaufstellen der Ambulanten Drogenhilfe leisten damit einen Beitrag zur Sicherheit und Ordnung in der Stadt Zürich. Die Projektleitenden definierten als Erfolgsfaktor, wenn es gelingt, dass Raucher in den Inhalationsräumen statt auf der Strasse und in Hauseingängen konsumieren.

- n. Die vorliegenden Daten erlauben keine befriedigenden Aussagen über die Grösse der erreichten Zielgruppen.**

Die zu Beginn der Evaluation formulierten Fragestellungen nach der Größe der

Personengruppen, die vom neuen Angebot Gebrauch machen, und nach der Art und Intensität, mit der sie vom Angebot Gebrauch machen, kann aufgrund der erhobenen Daten nicht befriedigend beantwortet werden. Genauere Erhebungen wären zuerst einmal mit einem erheblichen Aufwand für die Mitarbeitenden verbunden; und ihr Know-how ist unabdingbar, wenn es darum ginge ein methodisches Vorgehen zu entwickeln, das auch bei den Zielgruppen auf Akzeptanz stößt (Bedürfnis nach Anonymität) und die Niederschwelligkeit des Angebotes gewährleistet.

Vergleichbare Beobachtungen und Empfehlungen erarbeitete das Evaluationsteam in der Kontaktstelle „Cactus“ in Biel.

4.4.2. Pilotprojekt „Cactus“ – Evaluation der Kontakt- u. Anlaufstelle des Bieler Drop-in

In Biel wurde im August 2001 das niedrigschwellige Projekt „Cactus“ als Nachfolgeprojekt eines privatwirtschaftlich geführten Szene-Restaurants initiiert. Der Betrieb wird vom Kanton Bern im Rahmen eines Leistungsauftrages als Pilotprojekt für 2 Jahre finanziert. Diese erste Laufzeit wird im Juli 2003 abgeschlossen sein. „Cactus“ gehört zu den ersten Projekten, die in der Schweiz sowohl den kontrollierten Gebrauch von Injektion als auch von Inhalieren ermöglicht. Entsprechend dem Pilotcharakter wurde für das erste Arbeitsjahr Begleitforschung und Evaluation organisiert. Die Evaluation wurde von der Einrichtung Sphinx und vom Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) in Lausanne durchgeführt.

Die zwei Fragestellungen der Evaluation des Projektes lauteten:

1. Inwieweit gelingt es dem Projekt, den Ansprüchen der unterschiedlich beteiligten Akteure gerecht zu werden und einen Beitrag im Hinblick auf Risikominderung, Gesundheitsförderung und soziale Integration bei Drogenkonsumierenden zu leisten?
2. Welchen Beitrag leisten „Cactus“ und „Yucca“ an die öffentliche Sicherheit und Ordnung?

Aus den Ergebnissen der umfangreichen und exakt durchgeführten Untersuchung ergaben sich für die Evaluatoren folgende Schlussfolgerungen:

- Das neue Angebot erreicht die Zielgruppe. Es bietet eine Struktur, in der unter Aufsicht und unter hygienischen Bedingungen Drogen konsumiert werden können. Diese Struktur ermöglicht das Einüben von weniger riskantem Verhalten, vor allem hinsichtlich der Beachtung der Hygiene und Safe-Use-Regeln. Im ersten Betriebsjahr wurden über 500 Personen erreicht. Damit übertraf „Cactus“ alle Erwartungen.
- Gesundheitsförderung geschieht mit gezielten Interventionen und mit persönlichen Informationsgesprächen und Beratungen.
- Für die Nutzer des Inhalationsraumes ist der wichtigste Punkt, dass es überhaupt eine derartige Gelegenheit gibt. Mit dem Inhalationsraum erreicht „Cactus“ eine etwas jüngere und weniger sozial desintegrierte Zielgruppe als mit dem Injektionsraumangebot. Mit dem Rauchraum können Drogenkonsumenten zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Konsumentenkarriere erreicht werden. Durchschnittlich nutzten 25-35 Personen pro Woche den Inhalationsraum.
- Biel hat keine offene Drogenszene. „Cactus“ und der angeschlossene privatwirtschaftliche Restaurantbetrieb „Yucca“ leisten einen wichtigen Beitrag zu Sicherheit und Ordnung in der Stadt. Mit flankierenden Maßnahmen (Polizeikontrolle und Reinigung) gelingt es, die Belastung für die nähere Anwohnerschaft gering zu halten.

Die Evaluatoren bewerteten insgesamt das Projekt günstig und empfahlen die Weiterführung.

4.5. Australien

Im Juli 2003 wurde der Endbericht über die Evaluation eines medizinisch überwachten Injektionsraumes in Sydney (MSIC) herausgegeben. Die Ergebnisse beruhen auf einer wissenschaftlichen Begleitstudie im Sinn einer Prozessevaluation der ersten 18 Monate der Tätigkeit des Injektionsraums.

Das hauptsächliche Ziel dieser Untersuchung war die Machbarkeit eines medizinisch überwachten Injektionszentrums in der Region Kings Cross. Besonders wurde auch untersucht, in welchem Ausmaß das Zentrum von der Zielpopulation angelaufen und akzeptiert wurde, die Charakteristika der Zielpopulation und ihre Muster, die Angebote des Zentrums zu gebrauchen, die Einstellungen des Managements des Zentrums, der Mitarbeiter des Zentrums und der Klienten hinsichtlich der Gestaltung des Angebotes.

Die Prozessevaluation umfasste vier separate Studien:

1. Profil der Klienten und Gebrauch der Angebote des Zentrums
2. Review der Protokolle des Zentrums und Interviews mit dem Management des Zentrums
3. Fokus-Gruppen mit den Mitarbeitern
4. Eine Untersuchung der intravenös injizierenden Klientel und der Einstellungen der Klienten.

Das Design der Untersuchung folgte dem Zugang einer Beobachtungsstudie im Sinne einer prospektiven Kohortenstudie.

Überprüft werden sollten die gebräuchlichen Annahmen, dass ein Konsumraum imstande wäre:

- tödliche Zwischenfälle durch Überdosierung zu reduzieren
- einen Übergang zur Behandlung zu eröffnen
- das Problem von weggeworfenen Nadeln und von Injektionskonsum in der Öffentlichkeit zu beschränken.

Ergebnisse:

1. Die Machbarkeit der Einrichtung eines Konsumraums in der Region Kings Cross ist bestätigt.
2. Das Zentrum konnte seine Zielgruppe erreichen. Es wurde auch von Personen genutzt, die vorher niemals wegen Drogenabhängigkeit behandelt worden waren.
3. Es gab keine messbaren Veränderungen in der Anzahl der tödlichen Zwischenfälle durch Überdosis.
4. Eine geringe Anzahl von Zwischenfällen im Zentrum wäre eventuell tödlich verlaufen, wenn diese anderswo eingetreten und nicht sofort behandelt worden wären.
5. Das Zentrum führte Überweisungen an Behandlungseinrichtungen durch. Dies gelang besonders für Personen, die das Zentrum häufig nutzten.
6. Es gab keine Steigerung der injektionsbedingten Infektionsübertragung.
7. Die öffentliche Ordnung blieb unbeeinträchtigt.
8. Es kam zu keiner Steigerung der Delinquenz.
9. In der Gemeinschaft wurde die Initiative mehrheitlich akzeptiert.
10. Das Zentrum bewährte sich als Gelegenheit, Wissen zu sammeln, das dem Respons der öffentlichen Gesundheitsvorsorge auf die Injektion von Drogen und die damit verbundenen Schäden zur Verfügung stehen kann.

Die Ergebnisse der an sich äußerst elaborierten australischen Studie sind dadurch beeinträchtigt, dass es gerade in der Periode, in der die Einrichtung zu arbeiten begann, zu einem Engpass in der Heroinversorgung kam. Insofern ist nicht abzuschätzen, ob nicht unter anderen Umständen mehr tödlich verlaufende Zwischenfälle zu beobachten gewesen wären beziehungsweise sich die Funktionalität des Zentrums in dieser Frage hätte besser beweisen lassen. Der Umstand, dass in der Umgebung des Zentrums im öffentlichen Raum weniger Injektionsbesteck zu finden war, woraus sich eine Minderbelastung der Anrainer ergab, ist eventuell auf diese intervenierende Variable zurückzuführen. Die Verbesserung kann auf jeden Fall nicht eindeutig an der Aktivität des Zentrums festgemacht werden.

5. Exkurse

EXKURS 1: Die Bedeutung der Konsumräume für die Inzidenz von Drogentodesfällen

Aus den Darstellungen zu den Konsumräumen geht hervor, dass in der Schweiz und in bestimmten Regionen Deutschlands, in denen Konsumräume eingerichtet wurden, die Anzahl der tödlich verlaufenden Opiat-Überdosierungen deutlich zurückgegangen ist. Dieser Umstand wird als eines der wichtigsten Auswirkungen der Einrichtung dieser Räume angesehen. In der groß angelegten deutschen Evaluationsstudie wurde mittels des Einsatzes statistischer Methoden bewiesen, dass diese Entwicklung statistisch abgesichert und überzufällig ist.

Im Abschlussbericht der Evaluation der deutschen Konsumräume wird eigens darauf hingewiesen wird, dass für den Zeitraum 1995 – 2001 insgesamt 2,1 Millionen Konsumvorgänge in Konsumräumen der BRD dokumentiert sind. In den Konsumräumen trat dabei nicht ein einziger Todesfall auf. Für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5 426 Notfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch da Personal hätten tödlich enden können. In dieser Untersuchung wurde anhand von Zeitreihenanalysen untersucht, ob Konsumräume einen spezifischen Beitrag zur Reduktion der Drogentoten in den untersuchten Städten leisten. Hierfür wurden die monatlichen Zahlen der Drogentoten –soweit sie noch vorlagen- für den Zeitraum von 1990 bis 2001 bei den Polizeibehörden ermittelt. Als zeitanalytisches Verfahren wurde das ARIMA-Modell herangezogen. Es wurde, um der Realität der zeitgebundenen Effizienz einer Intervention nahe zu kommen, für die vorliegenden Daten ein Interventionswirkungsmodell spezifiziert, das von einer um 6 Monate verzögerten, aber dauerhaften Wirkung ausgeht. Auf Basis dieses Modells konnte festgestellt werden, dass der Betrieb von Konsumräumen in den Städten Saarbrücken, Hamburg, Hannover und Frankfurt statistisch signifikant mit der Senkung der Anzahl der Drogentoten in diesen Städten zusammenhängt. Daraus ist zu folgern, dass der Betrieb von Drogenkonsumräumen neben anderen Faktoren einen spezifischen überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentotenzahlen leisten kann.

Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn man die verschiedenartige Entwicklung in diesen Städten beobachtet.

In Hamburg bestand, im Gegensatz zu den anderen beiden ECDP-Mitgliedsstädten Frankfurt am Main und Hannover, für die Betreiber von Fixerstuben bis März 2000, also bis das "Fixerstubengesetz" in Kraft trat, grundsätzlich Rechtsunsicherheit. Die Art, einen Nachweis der Qualitätssicherung leisten zu müssen, belastete die in Hamburg tätigen Trägervereine weit mehr als jene in Frankfurt und Hannover. Dieser Hintergrund mag dafür verantwortlich sein, dass in den beiden zuletzt genannten Städten die Zahl der sogenannten "Drogentoten" im Beobachtungszeitraum stärker zurückgegangen ist als in Hamburg.

In Frankfurt sank die Zahl der sogenannten "Drogentoten" von 1991 bis 1997 um mehr als das

Sechsfache. Solch eine erhebliche Minderung konnte keine andere Stadt verzeichnen.

Tabelle: Rückläufigkeit der sogenannten "Drogentoten" in Prozent (ECDP-Städte mit Fixerstuben)

Stadt	1991-2000 (1999)	1994-2000 (1999)	1995-2000 (1999)
Hamburg	-44,0 % (-36,8 %)	-32,5 % (-23,8 %)	-27,7 % (-18,4 %)
Hannover	-69,0 % (-72,4 %)	-41,9 % (-48,4 %)	-40,0 % (-46,7 %)
Frankfurt am Main	-79,6 % (-82,3 %)	-50,8 % (-57,4 %)	-36,2 % (-44,7 %)

Tabelle: Entwicklung der Anzahl sogenannter "Drogentoten" in Prozent (Schweiz und Deutschland)

Land	1991-2000 (1999)	1994-2000 (1999)	1995-2000 (1999)
Schweiz	-51,6 % (-55,3 %)	-50,9 % (-54,6 %)	-45,7 % (-49,9 %)
Deutschland	-6,2 % (-15,8 %)	+23,2 % (+10,6 %)	+25,6 % (+12,7 %)

Im Vergleich zeigt sich sehr deutlich, dass die Resultate im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen in der Drogenhilfe in Hamburg, Frankfurt am Main und in Hannover weitaus besser sind als im Bundesdurchschnitt (alte Bundesländer und Berlin) und ähnliche Merkmale aufweisen wie Resultate, die in der Schweiz erzielt wurden. Die Rückläufigkeit der Anzahl der sogenannten "Drogentoten" von 1991-2000 war in Hamburg um den Faktor 7, in Hannover um den Faktor 11 und in Frankfurt am Main um den Faktor 13 größer als im Bundesdurchschnitt. In der Schweiz war die Rückläufigkeit mehr als acht mal so groß wie in der Bundesrepublik.

Der Vergleich von 1994-2000 und 1995-2000 zeigt, dass sowohl in der Schweiz wie auch bei den ECDP-Städten in Deutschland mit Konsumräumen in allen Fällen ein signifikanter Rückgang bei der Zahl der "Drogentoten" zu verzeichnen ist, im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt, wo jeweils eine Zunahme von weit über 20 Prozent festzustellen ist.

Interessant ist in diesem Kontext auch die Entwicklung der Überdosierungen in Frankfurt, wie von KEMMESIES (2002) aufgezeigt wird. Während Überdosierungen früher bevorzugt im öffentlichen Raum stattgefunden haben, finden sie nunmehr vermehrt in Konsumräumen statt. 1995 geschahen 56 % aller derartigen Zwischenfälle auf der Strasse und lediglich 5 % im Konsumraum, während 2002 46 % der Überdosierungen im Konsumraum stattfanden und nur mehr 23 % auf der Strasse (KEMMESIES & Ma., 2002; S 31). Über die Ursachen dieser Entwicklung kann man bislang nur spekulative Überlegungen anstellen. Es muss bedacht werden, dass eine wesentliche Funktion der Konsumräume darin besteht, dass bei Überdosierungen, die in der Einrichtung selbst auftreten, sofort eingegriffen werden kann. Deshalb wird auch bislang über keinen einzigen tödlichen Zwischenfall in einem der Injektionszentren berichtet und bleibt auch die Anzahl der nicht tödlich verlaufenden Überdosierungen in Relation der Gesamtzahl der unter Überwachung durchgeführten Einnahmen, niedrig. Die angegebenen Quoten von Überdosierung in der Einrichtung in Bezug auf die Gesamtzahl der Einnahmen liegen in den Bereichen: zwei von tausend; eine von 529; eine von 648 und eine von 498.

Insofern ist es zum einen möglich, dass der von KEMMESIES beobachtete Trend damit zusammenhängt, dass die Konsumräume von mehr Klienten genutzt werden und dass unter den Klienten das Segment derer zunimmt, die riskant hochdosierten Konsum betreiben. Ebenso könnte es eine Rolle spielen, dass durch das Vertrauen auf die lebensrettende Intervention die Risikobereitschaft steigt, beziehungsweise das Verlangen die Grenzsituation

zwischen Leben und Tod zu (üb-)erleben unter den Schutzbedingungen des Konsumraums leichter umsetzbar erscheint. Klar ist aber, dass dadurch die lebensrettende Funktion der Interventionsmöglichkeiten, die in den Konsumräumen gegeben sind, bekräftigt wird.

Zu den Ergebnissen der deutschen Evaluationsstudie sagte die Drogenbeauftragte:
„Wenn auch klar ist, dass der Drogentod ein multifaktorielles Ereignis ist und spekulative Vermutungen über die alleinige Auswirkung von Hilfen, wie Drogenkonsumräumen, auf die Reduzierung von Todeszahlen nicht seriös sind, so darf dennoch darauf hingewiesen werden, dass es in Frankfurt zwischen 1995 und 1998 rund 550.000 Injektionsvorgänge in den bestehenden Drogenkonsumräumen gegeben hat und nur rund 1.200 Notfälle, das heißt bei nur 0,2 % der gesamten Injektionen. Es kam zu keinem einzigen Todesfall. Man kann sich vorstellen, welch erheblich höheres Risiko – sowohl bezogen auf Infektionserkrankungen wie auch in Bezug auf Überdosierungsunfälle – es hier gegeben hätte.“
(Marion Caspers-Merk: "Deutschlands Drogen- und Suchtpolitik ist auf dem richtigen Weg")

EXKURS 2: Nicht injizierender Gebrauch von Heroin

Die Einführung von Räumen, in denen geschützter und medizinisch überwachter inhalativer Konsum von Suchtmitteln stattfindet, hat in den verschiedenen Ländern verschiedene Ursachen.

In den Niederlanden stellt das Angebot von Plätzen zum inhalativen Gebrauch eine Selbstverständlichkeit dar, da die Methode des „Chasing the Dragon“ seit langem von einem recht großen Segment der Heroinverbraucher bevorzugt wird.

In der Schweiz spielt das Folienrauchen von Heroinbase zwar auch seit einigen Jahren eine Rolle, den letzten Anstoß zur Diversifizierung der Konsumraumangebote gab aber, wie auch in Deutschland, die „Crack“-Epidemie. Da inhalativer Gebrauch, unabhängig von der Art der konsumierten Substanz, auf jeden Fall eine relativ risikoarme Konsumform ist, ist es angezeigt, sich mit der Bedeutung und Möglichkeit nicht-injizierender Gebrauchsformen – vor allem auch hinsichtlich des Opiatgebrauches – mehr als bisher zu befassen.

Solange Heroin als Arzneimittel gegen Erkrankungen der Luftwege und zur Behandlung sexueller Spannungszustände zur Verfügung stand, wurde es bevorzugt peroral appliziert. Dabei wurden sowohl Pulver und Pillen als auch eine einprozentige Lösung verwendet. Bereits frühzeitig wurde von bestimmten Autoren die subkutane Injektion empfohlen. Diese Applikationsform sollte sowohl eine niedrigere Dosis ermöglichen als auch Schwerkranken die Einnahme erleichtern. Die empfohlene Einzeldosis betrug damals 0,003 g bis 0,005 g reinen Heroins.

Im Kontext von Missbrauch und Abhängigkeit wurde auch in den USA zunächst über subkutane Injektion und über das Schnupfen der Substanz berichtet. Das Schnupfpulver wurde dabei durch Zerreiben von Tabletten hergestellt (PHILLIPS 1912; FARR 1915).

Als in China aufgrund der Beschränkung der Zugänglichkeit des Rauchopium in den zwanziger und dreißiger Jahren vermehrt Heroin konsumiert wurde, wurde dieses in Pillenform vermarktet. Die Pillen wurden in speziellen Pfeifen geraucht. Parallel dazu entwickelte sich die Sitte des „Chasing the dragon“ als einer speziellen Art des Inhalierens erhitzten Heroins von einer Folie. Zu diesem Zweck wurde das Heroin oftmals mit einem Schlafmittel versetzt.

In den USA wurde Heroin stets sowohl geschluckt, geschnupft als auch injiziert. Die Injektionen wurden sowohl subkutan („skin popping“) als auch – und darin bestand zunächst die spezielle Eigenheit dieses kulturellen Raumes – intravenös gesetzt. In Europa dürfte die intravenöse Injektion der Substanz vor dem Zweiten Weltkrieg nur in kleinen Zirkeln – bevorzugt in Frankreich – üblich gewesen sein. Auch in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg fand diese Methode in Europa anfangs nur geringe Verbreitung. Zur verbreitetsten Form des Heroinmissbrauchs wurde sie erst in den späten sechziger und frühen siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts. Dabei fand sicherlich einerseits eine kulturelle Übertragung statt – die Konsumenten orientierten sich am amerikanischen Modell und an populären Vorbildern –, andererseits spielte aber auch der Umstand eine Rolle, dass das Heroin wesentlich teurer angeboten wurde und daher „ökonomische“ Anwendungsformen Priorität genossen.

Es ist dementsprechend die Heroinsucht nicht in dem Ausmaß an die intravenöse Applikationsform gebunden, wie es die populäre Literatur nahe zu legen scheint. Aus den Niederlanden ist zum Beispiel bekannt, dass die Applikationsweise nahezu als ethnische Variable verstanden werden kann. Die Applikationsform spiegelt die Bedingungen des Drogenkonsums wider. Die intravenöse Applikation bringt die Substanz intensiver und in geringerer Dosierung zur Wirkung. Sie wird dementsprechend besonders dort Verbreitung finden, wo entweder die Droge schlecht zugänglich, teuer oder sehr stark verdünnt angeboten wird.

Dass Heroin unter allen bekannten Einnahmeformen wirksam ist, geht sowohl aus der vorhin erwähnten Geschichte des medizinischen Gebrauchs der Substanz hervor, wie auch aus zahlreichen In-vitro-Studien. 1987 simulierte HUIZER die Methode des „chasing the dragon“ unter Laborbedingungen und fand, dass die Recovery-Rate des Morphin im Rauch für Heroinhydrochlorid 17 % und für Heroinbase 62 % betrug. Der Zusatz von Koffein konnte die Recovery-Rate auf 76 % erhöhen. Auch COOK & JEFFCOAT (1999) fanden eine Recovery-Rate von 70 %, wenn Heroinbase kontinuierlich auf 200 bis 300 Grad Celsius erhitzt wurde. Ein von JENKINS & Ma. (1994) entwickeltes computer-gestütztes Rauchgerät erbrachte bis zu 89 % der Heroinbase, wenn diese bei 200 Grad Celsius verdampft wurde.

Untersuchungen der Brauchbarkeit industriell erzeugter Aerosole erbrachten, dass mittels einer Flüssiginhalation der maximale Output von Heroinhydrochlorid 61 % betrug, bei der Anwendung der Pulverinhalation für Heroinbase 53 %.

Höhere Temperaturen beeinträchtigen die Bioverfügbarkeit. Daher bringt die Verwendung von Heroin-versetzten Zigaretten nur relativ geringe Wirkungen. Am glühenden Ende einer Zigarette bestehen Temperaturen von 700-800 Grad Celsius. Bei dieser hohen Temperatur wird das Heroin zerstört und man findet nur maximal 11 % des angebotenen Morphins im Rauch. Zu diesen Ergebnissen gelangte die Studie, die als Begleituntersuchung zum ersten Schweizer Heroinprojekt von STALDER (1997) durchgeführt wurde.

Während somit aus In-vitro-Untersuchungen einiges bekannt ist, verfügen wir allerdings nur über wenige strukturierte Untersuchungen, in denen die Wirksamkeit der Droge am Menschen unter verschiedenen Einnahmebedingungen verglichen wird. CONE et al. (1993 und 1996) untersuchten die Auswirkungen des Schnupfens von Heroin und meinten, dass bei dieser Applikationsform etwa 27-31 % des zugeführten Morphin zur Wirkung kommen. Damit wäre die Bioverfügbarkeit beim Schnupfen in etwa mit jener, die bei intramuskulärer Injektion zu erwarten ist, vergleichbar, bei der 34 % des zugeführten Morphin im Körper zur Wirkung kommen. Dennoch strichen CONE et al. den Unterschied in der Wirksamkeit heraus; intranasal zugeführtes Heroin sollte demnach im Vergleich zu intramuskulär zugeführtem

Heroin eine Potenz von etwa 50 % besitzen. COMER et al. meinen, dass die Potenz geschnupften Heroins in etwa einem Viertel der Potenz intravenös injizierten Heroins entspreche. Das Schnupfen gilt daher als die teuerste Gebrauchsform. Als Nachteil wird von den Verbrauchern auch angesehen, dass das Schnupfen keine „Flash“-Empfindung aufkommen lässt. Ein Vorteil dieser Applikation kann dagegen darin gesehen werden, dass die Dosierung relativ gut kontrollierbar ist und die Wirkung relativ lange anhält.

Erwähnenswert aus letzter Zeit ist die Untersuchung von HENDRIKS, VAN DEN BRINK u. a., die 2001 veröffentlicht wurde. Es handelte sich dabei um eine kontrollierte Untersuchung, in der bei 10 Probanden die Bioverfügbarkeit und Pharmakodynamik inhalierten Heroins in verschiedener Dosierung bis zu 100 mg/dosi bewertet wurde. Dabei wurden Vergleiche zwischen zwei Inhalationsmethoden gezogen. In der ersten Phase wurde deutlich, dass die Probanden die Methode des „Chasing the dragon“ bevorzugten. Deshalb wurde diese Methode in der zweiten Phase der Untersuchung angewendet. Es erwies sich, dass inhaliertes Heroin vom Körper ausreichend aufgenommen wird. Man fand lineare dosisbezogene Unterschiede hinsichtlich der Ausscheidung der Substanz im Urin. Dabei zeigte sich, dass etwa 45 % des Heroin metabolisiert wurden. „Chasing the dragon“ erwies sich als eine effiziente Methode der Heroineinnahme, die zu rasch eintretenden (innerhalb 1-5 Minuten), dosisabhängigen subjektiven und objektiv messbaren Effekten führte und eine ausreichend hohe und reproduzierbare Bioverfügbarkeit gewährleistete.

Im Kontext der Begleitforschung zu dem ersten Schweizer Heroinprogramm wurden verschiedene Einnahmeformen überprüft. Neben injizierbarem Heroin wurden auch andere Konsumformen erprobt. Während Heroin-Retard-Tabletten, Heroin-Kapseln und Heroin-Zäpfchen eine insgesamt gute Verträglichkeit zeigten, erwiesen sich die verwendeten Heroin-Waldmeister-Zigaretten vor allem aufgrund ihres beschränkten Wirkungsgrades (schlechte Bioverfügbarkeit) und der erhöhten Belastung mit Kohlenmonoxid und Kondensat als sehr ungünstig.

Auch das Heroin-Flüssiginhalations-Aerosol erwies sich aufgrund des extrem bitteren Geschmacks und der daraus resultierenden Übelkeit und Erbrechen als nicht einsetzbar. Beim Pulverinhalations-Aerosol hingegen liegt dieser bittere Geschmack kaum oder gar nicht vor.

6. Problembereiche von Gesundheitsräumen

Problembereiche, die in der Debatte um Konsumräume prominent angesprochen werden, berühren vor allem konzeptuelle Fragestellungen:

- **Ordnungspolitische Überfrachtung der Erwartungen an „Gesundheitsräume“ – „Lösung des Drogenproblems im öffentlich-sichtbaren Bereich“**

Die Gefahr einer Instrumentalisierung von Gesundheitsräumen für repressive Zwecke ist – aufgrund der schweizerischen Erfahrungen – recht wahrscheinlich.

Das ordnungspolitische Interesse der Polizei an Gesundheitsräumen erweist sich darin, dass sie beispielsweise in der Öffentlichkeit auffällig Gewordene oder Abhängige, die in der Öffentlichkeit konsumieren, in die vorhandenen Gesundheitsräume fährt. Auch in den Niederlanden wird den Konsumräumen eine außerordentliche ordnungspolitische Funktion zugewiesen.

Es gibt eine Wechselwirkung von Ordnungspolitik und sozialer Kontrolle durch Sozialarbeit: objektiv erfüllen Gesundheitsräume ordnungspolitische Zwecke „Das Elend soll weg von der Straße!“ (vgl. KLEE 1995), die Kontrolle wird tendenziell

jedoch von Sozialarbeitern vor(weg)genommen, das heißt ihre Rolle könnte durch die vermehrte Übernahme von Kontrollfunktionen nachteilig verändert werden.

- ***Kommunalpolitisches Konzept:***
Mehr als einen geduldeten Raum für intravenösen Konsum schaffen – aber wo?
- ***Versorgungsbezogene Konzeptualisierung:***
Das Angebot erreicht nur einen bestimmten Anteil der Szene.
- ***Geschlechtsspezifische Konzepte:***
In der Klientel der Konsumräume besteht eine Schiefelage hinsichtlich der Nutzung des Angebotes durch Frauen.
- ***Bevölkerungspolitische Konzeptualisierung:***
Vertreter ethnischer Minderheiten beziehungsweise Zuwanderer sind in den Konsumräumen unterrepräsentiert.

7. Empfehlungen aus dem internationalen Raum

Die Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise hinsichtlich der Einrichtung von Konsumräumen, die international aus den jeweiligen Evaluationen abgeleitet werden, berücksichtigen diese Problembereiche.

7.1. Deutschland

Für die zukünftige Entwicklung dieser niedrighschwelligen Einrichtungen ergeben sich noch einige Verbesserungsmöglichkeiten. Es wurde vorgeschlagen, dass der Hepatitis-Problematik stärkere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden sollte und dass man sich der Frage stellen müsse, wie der Anteil von Frauen, der geringer ist als in anderen Einrichtungen der Drogenhilfe, vergrößert werden kann. Außerdem wurde als problematisch erkannt, dass eine kleine Gruppe Substituierter Einlass begehrt. Es stellt sich die Frage, ob es gerechtfertigt werden kann, dass man Substituierten, die ungeschützten Beigebrauch betreiben, die Gelegenheit zu geschütztem, überwachtem Gebrauch verweigert. Man sollte Bedacht darauf nehmen, dass die Todesursache „Mischintoxikation in Verbindung mit Methadon“ in den letzten Jahren deutlich zuzunehmen scheint.

7.2. Schweiz

Aus der Schweiz kommen vor allem Empfehlungen hinsichtlich des Ausbaus der Möglichkeiten zur geschützten inhalativen Einnahme. Aufgrund der guten Auslastung und der positiven Bilanz aller Beteiligten empfiehlt das Evaluationsteam die Weiterführung des Projektes auf verschiedenen Ebenen:

- a. ***Weiterführung der Angebote Inhalationsraum***
Die Inhalationsräume stoßen bei den Nutzern auf eine hohe Akzeptanz. Neue Klienten beanspruchen das Angebot genauso wie bisherige Besucher, die alternativ zum Injizieren auch inhalativ konsumieren. Die Inhalationsräume entsprechen einem Bedürfnis und sind in beiden Anlaufstellen weiterzuführen.

- b. ***Weiterführung der niederschweligen Konzeption mit Schwerpunkt Risikominderung***
 Mit dem kombinierten Angebot der Anlaufstellen können intravenös und inhalativ Drogenkonsumierende unter stressfreien und hygienischen Bedingungen konsumieren. Stressfreier Konsum wird dank einem definierten, strukturierten Angebot mit klaren Haus- und Safer-Use-Regeln ermöglicht. Es ist wichtig, dass sich die Mitarbeitenden dafür einsetzen, dass diese Strukturen zur Verfügung stehen und dass sie immer wieder den Wert allein dieser Struktur für den risikoarmen Drogenkonsum reflektieren. Eine wichtige Funktion der Mitarbeitenden ist, über Safer-Use und Risiken bei unterschiedlichen Konsumationsformen zu informieren und zu beraten. Ein besonderes Augenmerk soll sich auf die Beratung im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Safer-Use-Regeln im Alltag außerhalb des Konsumraumes richten.
- c. ***Weiterführung der Diskussionen über Strategien zur unverbindlichen Kontaktaufnahme und über Beratungsangebote im Anlaufstellenkontext***
 Die Kontaktaufnahme mit den Rauchern ist aufgrund der spezifischen Infrastruktur der Inhalationsräume (die Mitarbeitenden befinden sich außerhalb des Konsumraumes und haben Sichtkontakt durch eine Glasscheibe) erschwert. Beiläufige Gespräche und Kontakte sind wichtig, damit die Mitarbeitenden auch als informierende und beratende Fachpersonen wahrgenommen und beansprucht werden, wenn die Raucher eine Ansprechperson brauchen. Die Mitarbeitenden sollen ihre Strategien teamübergreifend austauschen und diskutieren, wie sie zu den Nutzern des Inhalationsraumes einen beiläufigen Kontakt (im Einklang mit der niederschweligen Konzeption) und Vertrauen aufbauen.
 Die Teams sollen die Diskussion fortsetzen, welche Beratungsangebote in einem Anlaufstellenkontext sinnvoll gemacht werden können. Die Definition eines Beratungsangebotes mit realistischen Zielsetzungen stärkt die Mitarbeitenden in ihren unterschiedlichen Rollen (Beratung, Aufsicht, Präsenz).
- d. ***Weiterführung und Ausweitung des Wissensaustausch zu Safer-Use im Inhalationsraum***
 Die in der ADH fest installierten Teamsitzungen und Weiterbildungstage sind ein wesentlicher Bestandteil davon, dass die neuen Projekte so gut eingeführt werden konnten. Sie sind ein unablässiger Ort für Reflexion und Rückhalt für die Mitarbeitenden, angesichts eines wenig vorhersehbaren Arbeitsalltages, der Präsenz und spontanes Eingehen auf die unterschiedlichsten Stimmungen erfordert.
 Mit der Einführung von Rauchen und Sniffen in zwei Pilotenrichtungen, können die Mitarbeitenden unterschiedliche Angebote bezüglich Lagerung und Bereitstellung von Rauchutensilien erproben. Die Teams der beiden Anlaufstellen tauschen während der Pilotzeit die unterschiedlichen Erfahrungen gegenseitig aus. Empfohlen wird, solche Erprobungen im Sinne eines „action learning“ gezielter zu nutzen und auszuwerten. Dies bedingt, dass „Erprobungszeiten“ deklariert werden, dass die Erfahrungen mit neuen Abläufen oder Angeboten und (nach erfolgter Diskussion) auch die Begründungen für eine Weiterführung oder Einstellung festgehalten werden. Positive und negative Erfahrungen sollen bei der Einführung von Inhalationsräumen in anderen Anlaufstellen berücksichtigt werden. Die Erfahrungen mit den Inhalationsräumen in Zürich zeigen eine wichtige Gemeinsamkeit mit den anderen Schweizer Inhalationsraumprojekten (Biel, Olten).
 Wissenschaftlich abgestützte Regeln für den risikoarmen Konsum im Inhalationsraum liegen kaum vor. Alle Teams befinden sich in einem eigenen Lernprozess. Ein Austausch der Erfahrungen auf nationaler Ebene ist wichtig, solange es so wenig gesicherte Erkenntnisse gibt, welche Safer-Use-Regeln beim Inhalieren und Sniffen

gelten sollen. Von besonderem Interesse ist: Welche Lösungsmittel sind schonender? Wie verändert sich die Wirkung verschiedener Substanzen durch das Verbrennen? Es soll ein Austausch stattfinden, um Erfahrungen, unterschiedliche Praktiken und Empfehlungen gegenseitig kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

e. ***Dynamik in den Betrieben und Auswirkungen auf das Team, die Klienten und das Umfeld weiterhin im Auge behalten***

Die Teams haben wirkungsvolle Maßnahmen im Umgang mit hektischen Zeiten entwickelt. Bei einer erhöhten Benutzungsfrequenz ist es möglich, mit Türschließungen und Wartelisten einen geordneten Betrieb sicherzustellen. Für Mitarbeitende sind hektische Zeiten grundsätzlich belastend. Für einige Mitarbeitende wird in solchen Zeiten insbesondere die auf die „Aufpasserrolle“ reduzierte Funktion als wenig befriedigend erlebt. Um mit dieser Funktion konstruktiv umgehen zu können, brauchen die Mitarbeitenden immer wieder den Austausch und die Rückversicherung untereinander.

Wartelisten verringern die Attraktivität des Angebotes für Besucher der Kontakt- und Anlaufstellen, die einer geregelten Arbeit nachgehen, und ganz besonders für diejenigen, die inhalativ konsumieren, da die Konsumationszeiten länger sind als beim intravenösen Konsum. Es wäre denkbar, dass gewisse Rauchende sich überlegen, aufgrund der kürzeren Wartezeiten im Injektionsraum, intravenös anstatt inhalativ zu konsumieren. Weil aber die inhalativen Konsumformen in den Anlaufstellen als risikoärmere Konsumformen bezeichnet werden und das Umsteigen von intravenösem auf inhalativen Konsum als Erfolgsindikator gewertet wird, ist es wichtig, die Attraktivität des Angebotes für Rauchende aufrecht zu erhalten. Es besteht auch die Gefahr, dass die Nutzer bei langen Wartelisten auf die nähere Umgebung der Anlaufstellen ausweichen und öffentlich oder in Hauseingängen konsumieren. Es ist jedoch wichtig, die Akzeptanz der Angebote bei der Nachbarschaft aufrecht zu erhalten.

f. ***Angebotserweiterung ins Auge fassen***

Die Entwicklung der Rauchkonsumationen ist im ersten Betriebsjahr eindeutig steigend. Die durchschnittlichen Tageskonsumationen verdoppeln sich vom ersten bis zum vierten Quartal von 37 auf 84 Konsumationen. Die Inhalationen in den beiden Anlaufstellen führen zu einer Zunahme des gesamten Konsums um 15 % im Vergleich zum Vorjahr. Beide Inhalationsräume sind nach einem Jahr ausgelastet. In den bestehenden Inhalationsräumen kann die Platzzahl nicht erhöht werden. Empfohlen wird daher, das Angebot zu erweitern – die Inhalationsräume, wenn möglich, zu vergrößern, die Eröffnung von neuen Inhalationsräumen in anderen Kontakt- und Anlaufstellen ins Auge zu fassen oder die Schaffung einer Anlaufstelle zu prüfen, die ausschließlich mit Inhalationsplätzen eingerichtet ist.

7.3. Australien

Wenn das Projekt weitergeführt werden sollte, wäre es notwendig, seine Aktivität weiter zu überwachen, um Information über seine Funktion und Funktionalität bei einem höheren Heroinangebot zu sammeln. Dieses Monitoring sollte Prozessdaten, Überdosierungen und Todesfälle in der Region Kings Cross und in North South Wales sowie eine Überwachung des Nadeltausches in der Gegend und Kostenanalysen einschließen.

Folgende Inhalte scheinen wesentlich:

- Eine genaue Kenntnis der Versorgungssituation, die der Äußerung des Bedarfs an Angeboten vorangehen sollte.

- Eine genaue Dokumentation der Einrichtung bezüglich der injizierten Drogen, der Intervention bei Überdosierungen, der lebensrettender Interventionen und der Überweisungen in Behandlungseinrichtungen.
- Überwachung und Unterstützung der Überweisungsprozesse, um eine Optimierung der Überweisungen zu erreichen.
- Die Planung einer Kohortenstudie um die Auswirkungen des Konsumraums auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Klienten zu erfassen.
- Die Erkenntnisse der Einrichtung sollten besser zum Verständnis von Überdosierungen und der Sterblichkeit der Klienten genutzt werden.
- Der Einsatz der Rettung in Fällen von Opiatüberdosis und Tod durch Überdosis sollte erfasst werden.
- Die Kosten des Konsumraums und das Niveau der Akzeptanz der Einrichtung in der Gemeinschaft müssen beobachtet werden.

8. Die Bedeutung der offiziellen drogenpolitischen Positionierung

In den meisten Ländern, in denen Konsumräume eingerichtet wurden, repräsentieren sie entweder eine offizielle drogenpolitische Initiative oder werden zumindest von der drogenpolitischen Haltung der Regierung unterstützt. Eine Ausnahme bildet Australien, in dem das Experiment in Sydney zwar offiziell toleriert, aber aus höchsten Regierungskreisen auch kritisiert wird.

Als Beispiel für eine Drogenpolitik, die offen und aktiv für diese Institutionen eintritt, kann die aktuelle drogenpolitische Position der deutschen Bundesregierung gelten.

8.1. Die drogenpolitische Position der deutschen Bundesregierung

Im Jahre 2000 brachte das Bundesministerium für Gesundheit seine Haltung klar zum Ausdruck:

„Die Bundesregierung und die Mehrheit der Länder halten die Einrichtung von Drogenkonsumräumen an bestimmten Orten für dringend notwendig, um anders nicht erreichbaren intravenös Opiatabhängigen zunächst das Überleben und die Verringerung der erheblichen gesundheitlichen Risiken ihres Drogengebrauchs zu ermöglichen und darüber hinaus weitere Hilfen gegen ihre Opiatsucht anzubieten. Um dies auch im Einklang mit dem internationalen Suchstoffrecht zu gewährleisten, sind Anpassungen der Rechtsvorschriften sowie bundeseinheitliche Rahmenvorschriften mit Qualitätsvorgaben für den Betrieb von Drogenkonsumräumen vorgesehen. Eine gesetzliche Grundlage für Drogenkonsumräume ist auch im Interesse der Betreiber sowie des darin beschäftigten Personals erforderlich. Denn der bisherige Betrieb einiger weniger Drogenkonsumräume war zwar mit den örtlich zuständigen Strafverfolgungs-, Ordnungs- und Gesundheitsbehörden abgestimmt worden, aber es war keine Anpassung an die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften erfolgt, die insbesondere das Verschaffen einer „Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ gemäß § 29 Abs.1 Satz 1 Nr.10 BtMG unter Strafe stellen. Das Gesetz schafft auch hierfür künftig Rechtssicherheit.“

Zu den Ergebnissen der Bochumer Evaluationsstudie erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, am 13. Sept. 2002:

"Die Ergebnisse der Studie zeigen eindeutig, dass Drogenkonsumräume erheblich dazu beitragen, die Drogentodesfälle zu reduzieren. Nur wer überlebt, kann letztlich aus der Sucht aussteigen. Deshalb hat die Bundesregierung dafür gesorgt, dass Überlebenshilfen für Heroinabhängige unterstützt und rechtlich abgesichert werden. Die wissenschaftliche Studie

bestätigt eindrucksvoll, dass diese Angebote das Sterberisiko deutlich senken und auch dazu führen, dass weiterführende Hilfen von schwer abhängigen Menschen in Anspruch genommen werden."

Weiters meinte sie:

"Die Erwartungen der Bundesregierung an die Arbeit der Drogenkonsumräume haben sich erfüllt. Drogenkonsumräume erleichtern den Kontakt mit dieser schwer erreichbaren Gruppe. Das niedrigschwellige Angebot der Konsumräume erweist sich als ein Mittel zur Stabilisierung der Gesundheit suchtkranker Menschen, der Hilfe zum Überleben und darüber hinaus in manchen Fällen als Anstoß für den Ausstieg aus der Sucht. Außerdem tragen sie dazu bei, öffentliche Drogenszenen zurückzudrängen."

Diese drogenpolitische Haltung der deutschen Bundesregierung spiegelt sich auch in drogenpolitischen Aktivitäten im internationalen Feld wieder.

Von besonderer Bedeutung scheint in diesem Kontext der gemeinsame Antrag der Delegationen Deutschlands, Luxemburgs und der Niederlande am 21.5. 2003 vor dem Europäischen Rat bezüglich der Einrichtung von Konsumräumen. Aufgrund der aktuellen Situation der Evaluation der Einrichtungen wurde eine Protokollerklärung folgenden Wortlauts abgegeben:

"Nach Auffassung der Bundesrepublik Deutschland, Luxemburgs und der Niederlande hat es sich erwiesen, dass die öffentlichen Injektionsräume im Rahmen einer umfassenden Drogenpolitik ein Mittel zur Reduzierung der Risiken für die Drogenabhängigen sind. Dies zeigen zum Beispiel die Ergebnisse einer Bewertungsstudie, die von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut in den bestehenden öffentlichen Injektionsräumen in Deutschland durchgeführt wurde. Diese Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Drogentoten in Städten, in denen öffentliche Injektionsräume eingerichtet wurden, statistisch bedeutend niedriger ist als vor der Einrichtung dieser Räume. Die medizinische Betreuung und der Zugang zur ärztlichen Hilfe wurden beträchtlich verbessert.

Die deutsche, die luxemburgische und die niederländische Delegation sind der Ansicht, dass die Einrichtung von öffentlichen Injektionsräumen voll und ganz mit den internationalen Übereinkommen über Suchtstoffe im Einklang steht. Entsprechend den Verpflichtungen nach Artikel 38 des Einheits-Übereinkommens von 1961 über Suchtstoffe tragen sie wirksam zur "Früherkennung, Behandlung, Aufklärung, Nachbehandlung und sozialen Eingliederung" von Drogenabhängigen bei."

9. Die drogenpolitische Auseinandersetzung in Deutschland

Die Position, die die Drogenbeauftragte einnimmt, könnte vermuten lassen, dass in Deutschland konsensuelle Drogenpolitik betrieben wird. Dies ist jedoch keineswegs der Fall. Gerade um die Einrichtung von Konsumräumen bestand und besteht eine heftig geführte Auseinandersetzung zwischen den politischen Lagern. Grob gesprochen fordern die Vertreter des rot-grünen Bündnisses und der PDS eine Drogenpolitik auf Basis einer umfassend ausgebauten Schadensbegrenzungs-Philosophie, während Vertreter des konservativen Lagers zwar grundsätzlich den Gedanken der Schadensbegrenzung bejahen, aber andererseits in vielen Städten gegen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen auftreten und der Repression mehr Raum geben wollen. Allerdings darf man nicht verallgemeinern. Auch in den Fraktionen selbst gibt es keinen absoluten Konsens. Beispielsweise verteidigt in Frankfurt die CDU den Betrieb der Konsumräume und kritisiert die Haltung der Münchener CSU, die in der Einleitung dargestellt wurde; auch unterstützte das CDU-regierte Saarland die Gesetzesvorlage bezüglich der Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen, die von den

Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen 1999 eingebracht wurde, während in Bremen unter sozialdemokratischer Führung der Betrieb von Konsumräumen ein ungelöstes Problem ist. Dabei setzt sich eine Debatte innerhalb der SPD fort, die in den achtziger Jahren um die Einführung der Substitutionsbehandlung einsetzte. Der derzeit amtierende Bürgermeister von Bremen, Dr. Scherf verurteilte die Parteilinie, die Methadonprogramme zu unterstützen. In einer Diskussion, die im „Spiegel“ vom 1. Februar 1988 abgedruckt wurde, verkündete er seinem Kontrahenten und Parteifreund Dr. Heinemann: „Hermann, du wirst mit deinem Methadon dein Waterloo erleben...“.

Die parteipolitische Auseinandersetzung ist am Schicksal des Gesetzes zur Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen und zur Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung gut illustrierbar, das heute den Rahmen für das Betreiben der Konsumräume bietet, zunächst aber im Jahre 2000 am Bundesrat scheiterte.

Der Bundesrat hat am 4. Februar 2000 dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen – der am 16. Dezember 1999 im Deutschen Bundestag mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und PDS gegen die Stimmen von CDU/CSU, verabschiedet worden war – die Zustimmung verweigert. (Es gab 33 Stimmen dafür, 35 Stimmen wären notwendig gewesen).

Insbesondere die CSU/CDU-regierten Länder Bayern und Baden-Württemberg, Thüringen und Sachsen und Hessen verweigerten die Zustimmung und in den Bundesländern mit großen Koalitionen (Berlin, Brandenburg, Bremen) blockierte die CDU jeweils eine Zustimmung zu jenen Konsensvorschlägen, die von den SPD-geführten Ressorts im Gesundheitsausschuss des Bundesrates zuvor erstellt worden waren.

Einzigste Ausnahme war das CDU-regierte Saarland, das den Gesetzentwurf unterstützt hat, weil es den Standpunkt akzeptierte, dass es hier um Hilfen für schwer verelendete Drogenabhängige gehe. In Saarbrücken bestand auch ein von allen Parteien getragener Drogenkonsumraum.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die Parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Christa Nickels, erklärte damals:

"Wir werden nun ausloten müssen, ob und gegebenenfalls wie wir die zentralen Ziele des notwendigen Reformvorhabens trotz der ablehnenden Haltung des Bundesrates doch noch umsetzen können. Der Beschluss des Bundestages mit den Stimmen aller Fraktionen, mit Ausnahme der CDU/CSU, hat deutlich gemacht, dass es sehr viel Unterstützung für die Stärkung der Überlebenshilfe für Schwerstabhängige gibt."

Grundsätzlich verfolgt der Gesetzesentwurf die Zielsetzung der Bundesregierung, Gesundheitsschäden zu verringern und Überlebenshilfe zu leisten. Er erfüllt nach Auffassung der Bundesregierung gleichzeitig die völkerrechtlich verbindlichen internationalen Suchtstoffabkommen, die der gesundheitlichen Prävention Vorrang vor Strafverfolgung einräumen, wenn strenge Kontrolle gewährleistet und möglichem Missbrauch vorgebeugt wird.

10. Die drogenpolitische Argumentation

Weder die Professionalisierung und Standardisierung der Konsumraumangebote, noch die bisher erbrachten Evaluationsergebnisse haben bislang dazu geführt, dass jene Stimmen allerorts verstummt wären, die der Einrichtung von Konsumräumen vehement widersprechen.

Erst kürzlich konnte diese Situation wieder beobachtet werden, als die australische Evaluation im Juli 2003 veröffentlicht wurde. Den Autoren schien das Experiment gelungen zu sein, sie berichteten über positive Resultate. Auch die Politiker von New South Wales zeigten sich

befriedigt von den Ergebnissen und leiteten die notwendigen legislativen Schritte ein, um die Laufzeit des Projektes zu verlängern. Dennoch regte sich sofort Widerspruch. Die vorsichtig abwägende Interpretation der Evaluatoren diente den Kritikern als Beleg dafür, dass die erwünschten Resultate nicht klar eingetreten wären. Konservative Journalisten griffen das Forschungsteam in den öffentlichen Medien an. Die Kritik wurde auch im Ausland aufgegriffen und verbreitet und diente zum Beispiel in Norwegen Gegnern der Initiative, in diesem Land ebenfalls Konsumräume einzurichten, als Argument, das über das Internet ausgesendet wird. In diesem diskursiven Feld haben sich klare Pro- und Kontra-Positionen entwickelt, die jeweils über ein ausgebautes Argumentarium verfügen und sich von den Positionen des Gegners unbeeinflussbar erweisen. Um in dieser Situation zu klaren Entscheidungen zu kommen, ist es notwendig, sich des Ausmaßes und der Vielschichtigkeit der Auseinandersetzung anhand eines Überblicks über dieses Argumentarium, das in der Frage der Konsumräume besteht, bewusst zu werden. Das in der Folge skizzierte widersprüchliche Argumentarium bildet die Grundlage des drogenpolitischen Diskurses um das Thema der Konsumräume. Seine Kenntnis ist eine notwendige Voraussetzung jeder drogenpolitischen Positionierung.

Für oder gegen die Einrichtung von Konsumräumen lassen sich Argumente in verschiedenen Dimensionen finden:

- Gesundheit – einschließlich der Auswirkungen auf die (Über-)Sterblichkeit
- Soziale Eingliederung – Sozialstruktur
- Ökonomie
- Rechtslage
- Epidemiologische Argumentation
- Weltanschauliche; ethische; moralische Argumente.

1. Gesundheitsbezogene Argumente

1.1. Gesundheitsbezogene Argumente für die Einrichtung von Konsumräumen:

Konsumräume sind imstande die tödlichen Zwischenfälle durch Überdosierung zu reduzieren.

1.1.2. Konsumräume erleichtern die Intervention bei Zwischenfällen und damit die Wiederbelebungsöglichkeit.

1.1.3. Konsumräume reduzieren die HIV- und Hepatitis-Inzidenz, da durch die überwachte Einnahme die Möglichkeit zur Übertragung mittels riskanter Gebrauchsmuster beschränkt wird.

- Konsumräume erleichtern den Zugang zur medizinischen Grundversorgung
- Konsumräume erleichtern den Zugang zur spezialisierten Suchtbehandlung
- Konsumräume sind ein Mittel, die gesundheitlichen Risiken der Suchtbetreuer, der Polizisten und der Rettungsdienste zu reduzieren und tragen daher zur Sicherheit dieser betroffenen Berufsgruppen bei.

1.2. Gesundheitsbezogene Argumente gegen die Einrichtung von Konsumräumen:

1.2.1. Konsumräume könnten zu einer Zunahme des Drogengebrauches und zu einer Zunahme des injizierenden Segments unter den Drogengebrauchern führen.

1.2.2. Die Existenz von Konsumräumen verzögert den Einstieg von Drogengebrauchern in spezialisierte Behandlung.

1.2.3. Konsumräume bringen für die Personen, die sie gebrauchen, Risiken bezüglich Gesundheit und Sicherheit mit sich.

- 1.2.4. Konsumräume bringen für die Personen, die sich in ihnen aufhalten, Risiken bezüglich Gesundheit und Sicherheit mit sich.

2. Argumente hinsichtlich der Auswirkungen auf den sozialen Kontext

2.1. Sozialbezogene Argumente *für die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 2.1.1. Konsumräume können zur Reduktion der Belästigung der Öffentlichkeit beitragen:
- hinsichtlich der Reduktion unentsorgter Spritzen und Nadeln im öffentlichen Raum
 - hinsichtlich öffentlichen Injizierens
 - hinsichtlich von Störungen der öffentlichen Ordnung.
- 2.1.2. Konsumräume reduzieren die Möglichkeit der Korruption befasster Organe des Sicherheitsapparates.
- 2.1.3. Das Angebot von Konsumräumen führt zu einer Entlastung der kriminellen Aktivitäten der Drogengebraucher.
- 2.1.4. Konsumräume stellen eine Möglichkeit dar, die Eingliederung der Drogengebraucher in die Gemeinschaft zu fördern.
- 2.1.5. Konsumräume sind wertvolle Kontaktgelegenheiten.

2.2. Sozialbezogene Argumente *gegen die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 2.2.1. Die Einrichtung von Konsumräumen fördert die Annahme, dass Drogengebrauch eine erlaubte Handlung ist.
- 2.2.2. Konsumräume führen zu einer unerwünschten Ansammlung von Drogengebrauchern.
- 2.2.3. Gegenden, in denen Konsumräume lokalisiert sind, können als „Drogenräume“ etikettiert werden.
- 2.2.4. Konsumräume können den illegalen Drogenhandel anziehen und zu vermehrter Handelsaktivität in der Umgebung führen.
- 2.2.5. Die Ansammlung von Drogengebrauchern in einer Region kann dazu führen, dass sich in dieser die Belastung durch (Klein-)Kriminalität erhöht.
- 2.2.6. Moralische Gründe sprechen gegen die Einrichtung von Konsumräumen.
- 2.2.7. Regionen, in denen Konsumräume eingerichtet werden, könnten sich als Opfer sozialer Experimente empfinden.

3. Ökonomisches Argumentarium

3.1. Ökonomische Argumente *für die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 3.1.1. Konsumräume reduzieren eventuell die Kosten für die Behandlung der Überdosierung und die Behandlung konsumbezogener Infektionen.
- 3.1.2. Konsumräume, die als sozialmedizinische Einrichtungen fungieren, können die sozialen und ökonomischen Kosten, die der Gemeinschaft aus der Suchtkrankheit erwachsen, einschränken.
- 3.1.3. Konsumräume entlasten die Reinigung des öffentlichen Raums. Daher entstehen weniger Kosten aus der Entsorgung von Spritzbesteck und so weiter
- 3.1.4. Die von der Repression verursachten Kosten haben sich bisher nicht als effizient erwiesen.

3.2. Ökonomische Argumente *gegen die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 3.2.1. Das Geld, das für diese Art der Betreuung aufgewendet wird, ist verschleudert.
- 3.2.2. Konsumräume könnten die Entwicklung des Handels in der Umgebung beeinträchtigen und stellen eine Gefahr für das Eigentum in der Region dar.

- 3.2.3. Das Geld, das für Konsumräume gebraucht wird, sollte besser für andere Behandlungs- und Betreuungsangebote aufgewendet werden.
- 3.2.4. Das Geld, das für Konsumräume gebraucht wird, sollte besser für den Ausbau der Repression aufgewendet werden.

4. Legistisches Argumentarium

4.1. Legistische Argumente *für die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 4.1.1. Konsumräume erleichtern die Rollenfindung der Polizei sowohl bezüglich der Gebraucher als auch bezüglich der Einrichtung und dementsprechend innerhalb des Konzepts der „harm reduction“.
- 4.1.2. Die Rechtspflege wird entlastet, wenn der Drogengebrauch in geringerem Ausmaß sanktioniert werden muss.

4.2. Legistische Argumente *gegen die Einrichtung von Konsumräumen:*

- 4.2.1. Eine gesellschaftliche Situation, in der eine bestimmte Handlungsweise (in unserem Fall der intravenöse Gebrauch einer verbotenen Substanz) je nach situativem Kontext einmal „legal“ und einmal „illegal“ ist, führt zu einer Aufweichung der gesetzlichen Stringenz und damit zu einer Beeinträchtigung des Rechts-/Unrechtsbewusstseins.
- 4.2.2. Bei delinquenten Handlungen in der Nachbarschaft von Konsumräumen können dem jeweiligen Konsumraum Probleme hinsichtlich der Verantwortlichkeit erwachsen.

5. Epidemiologische Argumente gegen die Einrichtung von Konsumräumen

In den letzten Jahren wird auch das Argument vorgebracht, dass Injektionsräume zu kurz greifen, weil sie ein einseitiges Angebot darstellen. Die Muster des Drogenkonsums verändern sich ständig. Konsumräume für Injektionen seien nahezu anachronistisch und kämen nur den Bedürfnissen einer immer kleiner werdenden Gruppe entgegen.

6. Moralische Argumentation

6.1. Argumente *für die Einrichtung von Konsumräumen – Praktische Ethik:*

Schadensbegrenzung fühlt sich einer praktischen Ethik verpflichtet und positioniert sich innerhalb der Forderungen zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge und zu den Menschenrechten. Nach den gültigen Regeln der Menschenrechte repräsentieren Drogengebraucher eine sensible Gruppe, die vor Diskriminierung geschützt werden muss und der das Recht zukommt, dass für ihre ausreichende persönliche Sicherheit gesorgt wird. Wenn schließlich die Weltgesundheitsbehörde „Gesundheit für alle“ fordert, dann schließt dies die Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen ein. Daraus erwächst die Verpflichtung, auch für die Gesundheit dieser Gruppe zu sorgen und diese Aufgabe nicht an eine Abstinenzforderung zu binden. Man muss zwar die Entscheidung eines Menschen, Drogen zu nehmen, nicht billigen, aber man muss akzeptieren, dass Drogen genommen werden und dass es Personen gibt, die auch in der Zukunft dieses Verhalten aufrecht erhalten werden. Und auch diese Personen müssen entsprechend ihrer menschlichen Würde als normale Menschen behandelt werden, die ihr eigenes Verhalten entwerfen und dafür verantwortlich sind. Zwischen der „Gesundheit“ und der Drogenabstinenz eines Menschen wird in diesem Zugang differenziert. Diskussionen, die in jüngster Vergangenheit von der Pompidou-Gruppe hinsichtlich ethischer Grundsätze im Umgang mit Abhängigen angeregt worden sind, weisen in eine vergleichbare Richtung.

6.2. Argumente *gegen die Einrichtung von Konsumräumen – Abstrakte Ethik:*

Das Prinzip, auf dem die Einrichtung von Konsumräumen aufbaut, entspricht Vorstellungen aus dem Bereich einer praktischen oder Alltagsethik. Damit wird ein Diskurs eröffnet, in dem es um mehr geht als um die praktische Umsetzung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach einem umfassenden Gesundheitsverständnis im Sinne der Definition der Weltgesundheitsbehörde. Der Diskurs hat einen grundsätzlichen moralphilosophischen und rechtsphilosophischen Hintergrund: Zielvorstellungen, die aus der praktischen oder Alltagsethik abgeleitet sind (Gesundheitsschäden zu verringern und Überlebenshilfe), treffen auf abstrakt ethische Grundsätze, wie diejenigen, die weiter unten als Position des Vatikans wiedergegeben sind, Lösungsansätze, die zu ihrer rechtlichen Legitimierung das Opportunitätsprinzip nutzen, treten in Widerspruch zu Auffassungen, die auf einem strengen Rechtsprinzip (dem Legalitätsprinzip) beharren, wie zur Zeit das INCB (International Narcotics Control Board) mit seiner ebenfalls weiter unten wiedergegebenen Auffassung von der (Un-) Rechtmäßigkeit von Konsumräumen.

11. Die weltanschauliche Auseinandersetzung

Wie bereits skizziert lässt sich in unserem Problembereich immer wieder eine Spannung zwischen den verschiedenen christlichen Konfessionen orten.

Bei der Darstellung der Entwicklung in der Schweiz wurde beschrieben, dass in Bern der protestantische und der katholische Pfarrer divergente Strategien entwickelten. Die Spannung zwischen Katholizismus und Protestantismus war nicht nur in der Schweiz zu beobachten. Sie besteht offenkundig auch in Deutschland, eventuell sogar in noch weiterem Ausmaß: Bayern als Region, die weitgehend katholisch orientiert ist, vertritt die konsequenteste Haltung gegen die Etablierung von Konsumräumen. Hingegen wurde zum Beispiel in Berlin seitens einer evangelischen Kirche eine „Mittwoch-Initiative“ in Gang gesetzt, die sich unter anderem auch für die Einrichtung von Konsumräumen einsetzt. Gegründet wurde die „Mittwochs-Initiative e.V.“ Anfang der neunziger Jahre als Ergebnis eines "Runden Tisches" aus Vertretern von Stadtteilvereinen, Bezirksämtern, Polizei und Drogenhilfeprojekten. Der Verein arbeitet seit 10 Jahren in Kooperation mit „Fixpunkt e.V.“ ehrenamtlich in den Bereichen Drogenprophylaxe und Aids-Prävention. Das Projekt in den Räumen der Evangelischen Zwölf-Apostel-Kirchengemeinde ist ein niedrigschwelliges Kontaktangebot für die Drogenszene Kurfürstenstraße; Ziel ist auch, die Situation für Anwohner zu verbessern. Jeden Mittwoch von 19 bis 22 Uhr werden in den Räumen der Kirchengemeinde Spritzen getauscht, Kleidung und warme Mahlzeiten ausgegeben. Darüber hinaus bestehen Möglichkeiten der Beratung und der Weiterleitung in andere Drogenhilfeeinrichtungen. Nicht zuletzt aufgrund der weiterhin angespannten Situation rund um die Kurfürstenstraße setzt sich die „Mittwoch-Initiative e.V.“ für neue Wege in der Drogenpolitik ein, beispielsweise für die Einrichtung von Druckräumen.

Die drogenpolitische Haltung innerhalb des Katholizismus ist eventuell auch dadurch zu verstehen, dass seitens des Vatikans ausgedrückt wurde, dass er den Betrieb von Konsumräumen als ethisch nicht vertretbar erkenne und daher ablehne. Es mag sein, dass dieser Umstand lokale politische Verhältnisse in katholischen Ländern beeinflusst.

Am 25. März 2001 gab der Vatikan im Rahmen der 44. Sitzung der Narcotics Commission der Vereinten Nationen ein entsprechendes Statement ab. Dem Text dieser Ausführungen ist zu entnehmen, dass er von der Kommission selbst angefordert worden war:

“Wir beziehen keine Stellung zu der delikaten Frage ob zwischen den internationalen Kontrollverträgen und den verfassungsmäßigen Prinzipien und grundsätzlichen legislativen Systemen der betroffenen Länder Konformität besteht und wollen darauf hinweisen, dass die Frage der Konsumräume, in denen Süchtige sich selbst verbotene Substanzen injizieren, vorrangig aus dem Blickwinkel der menschlichen Person selbst gesehen werden muss, da die menschliche Person in Wahrheit das Zentrum des Problems der Drogenabhängigkeit repräsentiert.

Aufbauend auf diesem fundamentalen Prinzip können wir sagen, dass die Drogenabhängigkeit gegen das Leben selbst gerichtet ist. Wir können weder von einer „Freiheit zum Drogenkonsum“ noch von einem „Recht auf Drogen“ sprechen, da eine menschliche Person kein Recht besitzt, sich selbst Schaden zuzufügen und die persönliche Würde, die ihm von Gott allein auferlegt wurde, weder zurückweisen kann noch darf. Eine besondere Gefahr besteht im Falle von Jugendlichen.

Wenn man das berücksichtigt, dann scheint es klar, dass vom ethischen Standpunkt aus, es nicht akzeptabel ist, dass dem illegalen Drogengebrauch ein „sauberer“ Raum geschaffen wird. Dieses Angebot ist keine Therapie, die darauf abzielt, die Süchtigen so weit wie möglich von ihrer Abhängigkeit zu befreien. Dementsprechend entsprechen derartige Initiativen hinsichtlich der Süchtigen einem inadäquaten und sogar gesetzlosen Zugang. Der richtige Zugang muss die Ziele der Gesundheitsvorsorge und der Befreiung der Person von einer Bedingung, die die Menschenwürde verletzt verfolgen.

(...)

Diejenigen, die die Praxis der Konsumräume unterstützen, heben hervor, dass der Schaden für die Gemeinschaft als Ganzes und insbesondere für das Individuum merklich reduziert werde, da die Gefahr von Überdosierung, Infektion und der Übertragung verschiedener Krankheiten eingedämmt werde.

Aber es sollte darauf hingewiesen werden, dass mit den Konsumräumen auch Schädlichkeiten verbunden sind. Die bedeutendste davon ist wohl, dass bei jenen Süchtigen, die diese Einrichtungen gebrauchen, ein geringes Interesse an sozialer Reintegration besteht.

Dem Argument, dass Konsumräume schadensreduzierend wirken, sollte entgegen gehalten werden, dass eine analoge Schadensreduktion auch in therapeutischen Gemeinschaften stattfindet, die die Heilung und soziale Reintegration der Süchtigen anstreben.

Das Faktum, dass beides, der Gebrauch illegaler Drogen und die Einrichtung von Konsumräumen, ethisch nicht vertretbar sind, bedeutet keine Verdammung der Süchtigen, die solche Zentren aufsuchen. Der richtige Zugang soll nicht einzig darin bestehen, dass Süchtige vom Gesetz unterdrückt oder ethisch verurteilt werden, sondern es sollten alle Bemühungen in Gang gesetzt werden, diese Personen zu rehabilitieren, um ihnen eine überdauernde soziale Reintegration zu ermöglichen.

Ohne die Ehrlichkeit und humanitäre Intention hinter der Einrichtung von Konsumräumen in Zweifel zu stellen, wollen wir einmal mehr feststellen, dass die Schaffung und das Betreiben einer derartigen Einrichtung für den Vatikan nicht akzeptabel ist und sich außerhalb der gesetzlichen Ordnung befindet.“

Dieses Statement erhellt wohl deutlich genug, welche große Kluft die Frage der Konsumräume zwischen verschiedenen Weltansichten und Wertesystemen aufreißt.

Die Stellungnahme des Vatikans geht von einer religiös fundamentalistischen Ethik aus, die Drogengebrauch dem Reich des Bösen zuordnet.

Die Betreiber von Konsumräumen und ihre Unterstützer auf der politischen Ebene folgen einer Alltagsethik, die in ihren Zielen mit jenen der fundamentalistischen ethischen Vorstellungen in Konflikt geraten muss.

12. Der Standpunkt der internationalen Drogenkontrollbehörden (INCB)

Die Auffassung des Vatikan wurde auf Ersuchen des INCB im März 2001 (CARMODY 2001) anlässlich der 44. Sitzung der United Nations Narcotics Commission von Monsignor Dominique Rézeau in Wien vorgetragen. Das INCB selbst tritt gegen die Einrichtung von Konsumräumen auf und erklärt sie als inkompatibel mit den Internationalen Kontrollabkommen. Im Jahresbericht 1999 stellte das INCB fest, dass jede nationale, staatliche oder lokale Autorität, die Drogenkonsumräume zulässt, damit auch den Drogenhandel erleichtert.

Wenn sie Drogenkonsumräume zulässt, könnte eine Regierung dafür zur Verantwortung gezogen werden, dass sie die internationalen Drogen-Kontrollabkommen bricht, indem sie den Drogenbesitz erleichtert, zum Drogenbesitz anleitet und andere Drogenbesitz-bezogene Straftaten ebenso fördert wie den kriminellen Drogenhandel selbst. In diesem Kontext erinnerte das INCB daran, dass einst die Kontrollbehörden exakt zu dem Zweck ins Leben gerufen wurden, die Opiumhöhlen zu eliminieren, das heißt Plätze, an denen straffrei Drogen konsumiert werden konnten.

An Stelle von Injektionsräumen oder ähnlichen Gelegenheiten sollten die Regierungen eine Reihe anderer Therapien implementieren. Darunter die medizinisch überwachte Verabreichung von verschreibbaren Arzneimitteln in Übereinstimmung mit guter medizinischer Praxis und mit den Internationalen Drogen-Kontrollabkommen.

Diese Vorwürfe wurden gegen die Schweiz und gegen Deutschland gerichtet, bezogen sich aber in besonderer Weise auf die australischen Experimente.

Das INCB versuchte auf die australische Regierung Einfluss zu gewinnen. Aber Garry Humphreys, der Gesundheitsminister der Regierung von Canberra, blieb bei seiner Auffassung, dass die Meinung des INCB falsch sei und dass die Planung der Injektionsräume für Australien durchaus mit den internationalen Verpflichtungen des Landes kompatibel sei.

Ähnlich wurde auch aus Deutschland argumentiert. Im Argumentarium zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes 2000 wird jenen Gegnern der Konsumräume, die auf die Verpflichtungen hinweisen, die aus der Unterzeichnung der Kontrollabkommen erwachsen, damit begegnet, dass das Faktum bestehe, dass die internationalen Verträge immer unter dem Vorbehalt der jeweiligen Rechts- und Verfassungsordnung des Landes stehen. Der Drogenberater im Drogenkonsumraum erleichtert nach deutscher Auffassung nicht den Drogenbesitz, da er den bereits vorher erworbenen Besitz nur passiv duldet. Er leistet damit keinen Beitrag zur Förderung des Besitzes, sondern hält eine gesundheitlich und hygienisch möglichst risikoarme Konsumgelegenheit und gesundheitliche Hilfen bereit. Der Konsum selbst ist jedoch auch völkerrechtlich „nicht strafbewertet“.

Diese Standpunkte werden allerdings vom INCB nicht akzeptiert. Die Bedenken, die gegen die Einrichtung von Konsumräumen von den Internationalen Drogen-Kontrollbehörden vorgetragen werden, verstummen nicht. Mit ungewohnter Heftigkeit äußerte sich zum Beispiel Ghodse für den INCB zu den australischen Ergebnissen. Wieder verglich er Konsumräume mit asiatischen Opiumhöhlen, erneut meinte er, dass den fortgeschrittenen Industrienationen andere Möglichkeiten zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht zur Verfügung stehen sollten ("An injection room is the lowest level of service. Rich countries should provide good medical service and support.") und schließlich forderte er die Schließung des Konsumraums in Sydney. Er werde mit der Regierung Gespräche mit dieser Zielsetzung

aufnehmen. Australien müsse sich wieder an die Regeln der internationalen Kontrollvereinbarungen halten.

13. Forschungsaufgaben für die Zukunft

2002 wies STÖVER auf Mängel in der Forschung zu Konsumräumen hin. Er wies auf folgende bislang unzureichend beforschte Gebiete und offene Fragen hin:

- Werden Frauen und Männer in gleicher Weise von dem Angebot erreicht?
- Braucht man geschlechtsadäquate Konsummöglichkeiten? Diese Frage ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil besonders viele Frauen aufgrund schlechter Venenlage sich in die Leistenvene spritzen, sich deshalb entblößen müssen und aus diesem Grund nicht in einem Raum mit Männern zusammen injizieren wollen. Der Verweis auf die Zustände auf der offenen Drogenszene sollte kein Grund sein, geschlechtsspezifische Gesichtspunkte bei der Konzipierung von Gesundheitsräumen zu vernachlässigen. Sollte dann auch das Personal geschlechtsheterogen zusammengestellt werden?
- Es besteht noch kein Konsensus über Form und Funktion der Konsumräume – Integrierter Druckraum (mit Beratung und zusätzlichen Angeboten) oder „reiner“ Druckraum –, obwohl viele Experten die Meinung vertreten, dass ein gemischter Ansatz wohl der geeignetste wäre.
- Die aktuellen Schweizer Erfahrungen weisen ein Wissensdefizit und einen hohen Forschungsbedarf hinsichtlich des Inhalationskonsums auf. Wissenschaftlich zu prüfen sind beispielsweise mögliche begründete Zusammenhänge zwischen dem Rückgang der Zahl der Drogentoten und dem Ausbau von Substitutionsprogrammen mit der Einrichtung von Gesundheitsräumen in Frankfurt:
- Noch zuwenig Erkenntnisse bestehen darüber, welcher Teil der kommunalen Drogenszene die Gesundheitsräume nutzt: Sind es vornehmlich ältere und verelendete Drogengebraucher? Spiegelt sich das Geschlechterverhältnis adäquat wider? Aus welchen Gründen werden die Gesundheitsräume von bestimmten Personen (Gruppen), zum Beispiel sehr jungen, experimentierenden Personen oder Drogenabhängigen ausländischer Herkunft, nicht genutzt?
- Welche Auswirkungen hat die Einrichtung eines / mehrerer Gesundheitsraumes / -räume auf das kommunale Umfeld? Können ordnungspolitische Absichten erfüllt und mit sozial- und gesundheitspolitischen Bemühungen verknüpft werden? Oder bestehen Erwartungsüberfrachtungen?
- Welche Effekte hat die schadensminimierende Praxis auf die sonstigen Konsumgewohnheiten der Nutzer, das heißt eine Evaluation der Wirkung des harm-reduction-Angebots „Gesundheitsraum“.
- Lassen sich offene Szenen durch Gesundheitsräume vermeiden, sind sie leichter, das heißt legitimer „aufzulösen“, inwieweit sind Erwartungen einer ordnungspolitischen Funktionalisierung einzulösen?

14. Abschließende Bewertung

In Europa, in Australien und in Kanada werden derzeit an die 60 Drogenkonsumräume betrieben. Die Einrichtungen differieren zwar hinsichtlich ihrer Modellvorstellungen und ihrer Ausstattung, weisen aber auch viele Gemeinsamkeiten auf.

Zu diesen **Gemeinsamkeiten** gehören:

- a. Sie fühlen sich den Modellvorstellungen der Schadensreduktion und Risikominimierung verpflichtet. Als theoretischer Bezugsrahmen und als theoretische Begründung ihres Handelns gilt ihnen der erweiterte Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsbehörde, der unter dem Schlagwort „Gesundheit für alle“ den Gesundheitsbegriff nicht auf den medizinischen Bereich beschränkt, sondern ihn um psychosoziale Dimensionen erweitert.
- b. In allen Ländern ergab sich die Einführung von Konsumräumen nicht konfliktlos als Folge einer Einsicht in eine selbstverständliche sozialmedizinische Notwendigkeit. Regelmäßig läuft um die Etablierung der Einrichtungen eine oftmals heftig geführte Auseinandersetzung ab. Diese Auseinandersetzung beruht auf fundamentalen rechtsphilosophischen und moralphilosophischen Diskursen, wird aber zumeist nur als parteipolitische Kontroverse sichtbar.
- c. Wenn Konsumräume in ihrer aktuellen Gestalt in Aktion treten, sind sie allerdings offiziell anerkannt. Sie operieren anhand von entsprechend ausformulierten Richtlinien und speziell entwickelten Regeln. In diesem Sinn sind sowohl die Dienst- wie die Öffnungszeiten und der Zutritt geregelt. In allen Einrichtungen, über die Berichte vorliegen, erfolgt die Injektion unter Kontrolle durch die Klienten selbst; es wird steriles Besteck zur Verfügung gestellt; es besteht die Möglichkeit zur raschen Intervention bei Zwischenfällen (besonders bei Überdosierung); medizinische Hilfe wird angeboten. Der Handel mit Drogen in der Einrichtung ist verboten. Weitere Versorgungsangebote wie Nahrung, Duschen, das Waschen von mitgebrachter Wäsche sind ebenfalls vorhanden.
- d. Aus allen vorliegenden Studien geht hervor, dass die Einrichtungen von den Zielpersonen angenommen werden und gute Auslastung eintritt. Die folgenden Begründungen für die Inanspruchnahme der Einrichtung werden von den Klienten angegeben:
 - die Möglichkeit in Ruhe zu konsumieren
 - die Möglichkeit steriles Besteck zu erhalten
 - die Möglichkeit Beratung in Anspruch nehmen zu können
 - über einen sozialen Treffpunkt zu verfügen.
 Als Hauptgründe dafür, ein Zentrum nicht in Anspruch zu nehmen und weiter den öffentlichen Raum für den Konsum zu nutzen, wurden genannt:
 - begrenzte Öffnungszeiten
 - Wartezeiten
 - weite räumliche Distanz der Einrichtung von den Zentren des Drogenhandels.
- e. Die Einrichtungen arbeiten im allgemeinen gut mit den lokalen Behörden und der Polizei zusammen. Es wird darüber berichtet, dass, dass die öffentliche Ordnung geringer belastet wird.
- f. Aus allen Ländern liegen Ergebnisberichte beziehungsweise Evaluationberichte vor. Die Ergebnisse, über die berichtet wird, sind erfreulich und unterstützen die Argumente der Befürworter der Einrichtung von Konsumräumen.

14.1. Die wichtigsten Auswirkungen der Konsumräume

Aus einer Übersicht über die aus der Schweiz, Deutschland, den Niederlanden und Australien zugänglichen Evaluationsstudien unter Einschluss der vorläufigen Ergebnisse, die aus Kanada berichtet werden, geht hinsichtlich der Auswirkungen der Konsumräume Evidenz für Nutzen in vier Bereichen hervor:

Gesundheitspolitischer Nutzen:

- a. Der Gesundheitszustand der Klienten stabilisiert oder verbessert sich
- b. Der Zugang zu anderen Einrichtungen der Drogenhilfe und der allgemeinen sozialen Wohlfahrt wird erleichtert
- c. Das Risiko an einer Überdosis zu sterben wird beschränkt. Es erweist sich, dass die Anzahl der Todesfälle durch Überdosis sinkt und auch die Komplikationen nach nicht tödlich verlaufenden Zwischenfällen leichter verlaufen.
- d. Das Risiko der Übertragung viraler Infektionen (HIV und Hepatitis) auf dem Blutweg wird beschränkt; die Beratung der Klienten hinsichtlich einer Einschränkung ihres Risikoverhaltens bezüglich Sexualität und Drogengebrauch erbringt günstige Effekte. Damit wird nicht nur das persönliche Risiko dieser Gruppe reduziert, sondern auch die Gefahr der weiteren Verbreitung von Virusinfektionen.

Sozialpolitischer Nutzen:

- a. Es werden Klienten erreicht, die auf anderem Wege nicht in Behandlung kommen.
- b. Es wird möglich, die soziale Integration dieser Klientel zu betreiben, für Wohnplätze und Arbeitsplätze zu sorgen.
- c. Eventuell wird die öffentliche Hand entlastet.
- d. Die Delinquenzbelastung sinkt.

Ordnungspolitischer Nutzen:

- a. Der Gebrauch im öffentlichen Raum nimmt zu Gunsten des Gebrauchs in den Einrichtungen deutlich ab.
- b. Die Sichtbarkeit der Drogenszene und damit verbundene Belästigungen der Öffentlichkeit nehmen ab.
- c. Die Belastung der Öffentlichkeit durch das mit dem Konsum auf der Strasse verbundene Liegenlassen von Spritzbesteck und anderen Paraphernalien des drogengebrauchenden Lebensstils nimmt ab.

Gesellschaftspolitischer Nutzen:

Im allgemeinen wird von einer guten Verträglichkeit der Einrichtungen mit dem sozialen Umfeld berichtet. Die zunächst berechtigt erscheinende und immer wieder geäußerte Befürchtung der Entstehung neuer zusätzlicher Szenebildungen vor solchen Einrichtungen, ebenso wie die Befürchtung, die Einrichtungen könnten Erstkonsumenten anziehen, wird durch die vorliegenden Evaluationsergebnisse verschiedenen Ländern entkräftet.

Als Beispiel für gute Verträglichkeit sei angeführt, dass die Befragung der Klienten des Hannoveranischen Konsumraums ergab, dass 98 % der Befragten angaben, keine negativen Erfahrungen mit Anrainern gemacht zu haben und 94 % angaben, dass sie nur gute Erfahrungen mit der lokalen Polizei gemacht hätten.

Das bedeutet, dass in der Gemeinschaft das Gefühl dafür, dass Drogenabhängige Mitbürger sind, gefördert wird und dass die Basis der gesellschaftlichen Integration der Abhängigen stabilisiert wird.

Ökonomischer Nutzen:

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes, der sozialen Integration führen ebenso wie die Reduktion der Kriminalität und der Störung der öffentlichen Ordnung zu merklichen Einsparungen hinsichtlich der Folgekosten, die dem Justizsystem, dem Gesundheitssystem und dem Sozialsystem erwachsen.

Schließlich wird betont, dass der Nutzen, der in den jeweiligen Bereichen eintritt, zu Synergieeffekten führt.

„Selbstverständlich und glücklicherweise haben Drogenkonsumräume zusätzlich zur Überlebenshilfe und Minimierung der gesundheitlichen Risiken auch positive ordnungspolitische Auswirkungen. Dies mindert nicht ihre gesundheitspolitische Bedeutung, sondern unterstreicht sie. Denn auch die Vermeidung weggeworfener Spritzen und des Sichtkontakts von Kindern und Passanten zu fixenden Junkies in öffentlichen Straßen und Anlagen ist eine erstrebenswerte gesundheitspolitische Leistung. So finden die mehrere hundert bis tausende von Injektionen in den Einrichtungen in Hamburg, Frankfurt, Hannover oder Saarbrücken statt, die sonst in öffentlichem Raum neue Gefahren- und Belästigungsquellen eröffnen würden.“
(CASPER-MERCKES 2003)

Bei der Bewertung des Einflusses, den das Angebot der Konsumräume auf diese Entwicklungen hatte, besteht allerdings das Problem, dass derartige Entwicklungen oftmals nicht auf einen einzigen Einflussfaktor zurück geführt werden können. Signifikante Veränderungen in der Drogenpolitik, neue Formen der Behandlung, Veränderungen im Konsumverhalten und auch Entwicklungen auf dem illegalen Markt sind Einflussgrößen, die unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Ein Beispiel für diese Komplexität der Verhältnisse sind die Ergebnisse der australischen Evaluationsstudie hinsichtlich der Beeinflussung der Inzidenz des Drogentodes, die durch einen Engpass in der Heroinversorgung verzerrt sind.

In der aktuellen Situation müssen weiters gerade in den Ländern, in denen Konsumräume eingerichtet wurden, die Auswirkungen der „heroingestützten Behandlung“ auf den „Drogentod“ berücksichtigt werden.

Dieser Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse von Evaluationen muss man sich bewusst sein, will man zu einer realistischen Einschätzung der Bedeutung der Konsumräume gelangen. Nicht zuletzt in der Diskussion mit Politikern ist es notwendig, einen realistischen Standpunkt zu bewahren, um überzogenen Erwartungen auf die Effizienz dieser Maßnahme entgegen treten zu können.

15. Überlegungen zur „Best practice“ bei Konsumräumen

Nüchtern betrachtet könnte die Geschichte der Konsumräume eine „Erfolgsstory“ sein. Im Spiegel der Begleitforschung und Evaluation lassen die bisher durchgeführten Experimente mit Konsumräumen ebenso wie auch der bereits routinemäßig ablaufende Betrieb in Ländern wie der Schweiz und den Niederlanden keinen Zweifel daran, dass diese Einrichtungen einen wertvollen Platz innerhalb der Strategien zur Schadensreduktion und Risikominimierung einnehmen können und dass ihnen insofern ein bedeutender gesundheits-, sozial- und ordnungspolitischer Stellenwert zukommen kann.

Selbst die oben dargestellte Unklarheit darüber, in welchem Ausmaß diese Einrichtungen selbst direkt auf die günstigen Entwicklungen, die an den Klienten beobachtet wurden, Einfluss nehmen, kann, wenn man seriös – und im gedanklichen Kontext der „Harm-reduction-Philosophie“ – interpretiert, nicht als Indikator für die Unwirksamkeit der Modelle herangezogen werden.

Die schadensbegrenzenden Strategien wirken als Bündel, dessen einzelne Anteile einander in ihrer Wirkung verstärken. In diesem Sinne stellen die Konsumräume offenbar eine Ergänzung innerhalb der Angebote dar, die die Möglichkeiten der Schadensbegrenzung stabilisiert und erweitert.

Allerdings müssen die Angebote entsprechend den erarbeiteten Qualitätskriterien und Richtlinien gut geplant und strukturiert sein und ein hohes professionelles Niveau aufweisen, wollen sie diese Funktion erfüllen und nicht jene kontraproduktive Qualität entwickeln, die im Rahmen der ersten „wilden“ Experimente zum Problem wurde. Die entsprechenden

Richtlinien als Grundlage dafür, dass die Einrichtungen den an sie gestellten Erwartungen entsprechen können, liegen vor.

Insofern scheint auch einem eventuell notwendigen Ausbau des Systems nichts im Wege zu stehen.

Die kontroversielle Diskussion, die nicht jenen realistischen Fragen und Problemen gilt, die inadäquat funktionierende Konsumräume oder unerwartete und unkontrollierbare außenbürtige Entwicklungen mit sich bringen, sondern die unabhängig von Qualitätskriterien auf prinzipiellem Niveau geführt wird, kann daher nur zu geringem Teil auf wissenschaftliche Überlegungen zurückgreifen, seien sie medizinischer oder sozialwissenschaftlicher Natur. Sie ist im weitesten Sinn politisch, baut überwiegend auf moralischen und ethischen Vorstellungen auf, die ein bestimmtes Rechtsverständnis fordern. In dieser Hinsicht ähnelt sie der Diskussion um die Schwangerschaftsunterbrechung.

Die Einrichtung von Konsumräumen stellt dementsprechend derzeit noch ein realpolitisches Problem dar, sie ist unauflöslich an politische Meinungen und politische Willensbildung geknüpft.

Aus den Berichten über die Entwicklung der Konsumräume in den verschiedenen Ländern, in denen sie bestehen, geht deutlich hervor, dass nicht daran gedacht werden kann, dass die Einrichtungen als Routinemaßnahme innerhalb der schadensminimierenden Angebote eröffnet werden können.

Stets haben sie zunächst Projektcharakter. Dies wäre noch nicht ungewöhnlich. Auch die best durchgeführte Evaluation eines „Best practice-Modells“ kann keine Ergebnisse liefern, die auf die Verhältnisse in andern Ländern und unter andern Bedingungen voll generalisierbar sind. Stets sind Adaptierungen erforderlich, die auf einer genauen Kenntnis der regionalen und lokalen Verhältnisse beruhen müssen. Und es soll unbedingt verhindert werden, dass gut gemeinte, aber zu wenig durchdachte Initiativen unerwünschte Effekte zeitigen, die dann auch besser geplante und strukturierte Projekte verhindern.

Ungewöhnlich ist aber, dass jedes neue Projekt wieder zum Politikum wird, die Trägerschaft eines neu geplanten Projekts sich offenkundig immer wieder zunächst einen politischen Bündnispartner suchen muss, der ihre Interessen vertritt. Erst wenn diese Basis garantiert ist, kann Planung und Implementierung des Projektes erfolgen.

Insofern beginnt die „Machbarkeitsstudie“, die an der Basis jeder Umsetzung stehen muss, mit der Abschätzung der legislativen Voraussetzungen und der „politischen Machbarkeit“. Ist diese nicht gegeben, braucht man gar nicht weiter zu planen und andere Bereiche der gesellschaftlichen Verträglichkeit zu testen. Der offizielle politische Bündnispartner ist auch deshalb notwendig, weil eine private Organisation ohne derartige Unterstützung wohl nicht in der Lage wäre, der Kritik seitens internationaler Behörden Widerpart zu leisten.

Da wir heute über Richtlinien aus mehreren Ländern, Selbstdarstellungen funktionierender Einrichtungen und über Evaluationsstudien und daraus generierte Empfehlungen verfügen, kann man versuchen, eine Art „**Beste Praxis**“, einen „**Goldstandard**“ zu skizzieren:

Demnach sollte eine Einrichtung vom Typus des Konsumraums *folgende Grundsätze* berücksichtigen:

1. Der Eröffnung der Einrichtung sollte eine umfassende *Erhebung der Machbarkeit und der regionalen Bedarfslage* vorausgehen. Diese Erhebung umfasst verschiedene Aspekte und Aufgaben:
 - *Szeneforschung:*

Erhebung der Altersstruktur und der geschlechtlichen Verteilung in der Drogenszene; Beobachtung des Lebensstils in der Szene, der Konsummuster, des Ausmaßes des Konsums in der Öffentlichkeit; Erfassung des Anteils Substituierter.

– **Gesundheitsbezogene Forschung:**

Gesundheitliche Belastung in der Szene in physischer und psychischer Hinsicht; HIV-Prävalenz; Hepatitis-Prävalenz; Intoxikationen, Ort und Umstände der tödlichen Zwischenfälle.

– **Sozialwissenschaftlich/sozialmedizinische Forschung:**

Soziale Integration respektive Depravation; Arbeitsverhalten und Arbeitstatus; Wohnsituation.

– **Kriminologische Forschung:**

Struktur des Handels; Praktiken des Handels; Topographie des Handels; Delinquenz der Gebraucher: Beschaffungsdelinquenz; Eigentumsdelikte; Gewalttätigkeit; Prostitution. Die Datengeneration in diesen Forschungsfeldern dient sowohl der Entscheidungsfindung, ob und in welcher Weise eine Einrichtung etabliert werden soll, als auch der Erhebung von Ergebnisindikatoren für die Evaluation.

– **Erhebung im Umfeld/Standortforschung:**

In der Region, in der eine Einrichtung etabliert werden soll, sollte eine Erhebung der Einstellungen und Erwartungen durchgeführt werden.

Erhebung der Einstellungen und Erwartungen bei Mitarbeitern in lokalen Behörden und bei Vertretern der Sicherheitsexekutive.

2. Die vorzüglichen Aufgabenstellungen sowie die strukturellen und organisatorischen Bedingungen müssen in einem **Betriebskonzept** festgelegt werden. Darin muss zum Beispiel definiert werden, ob die Einrichtung als isolierter Drückraum oder als komplexe Beratungsstelle mit Konsummöglichkeit geführt wird. Des Weiteren sollten die Personalstrukturen, die Qualifikation des Personals und die Dienst- und Öffnungszeiten, sowie die Zutritts- und Konsumregeln vorab festgelegt werden.
3. Die Einrichtung muss danach trachten **sozial verträglich** zu sein und danach trachten, Beeinträchtigungen der näheren Umgebung zu vermeiden. Konsumräume stehen im Spannungsfeld von verbraucherorientierter Gesundheitspolitik und kommunaler Ordnungspolitik. Ein hierarchischer Abwägungskompromiss zwischen Verbraucherinteresse, gesundheitspolitischem und ordnungspolitischem Interesse ist nötig. Bei der Wahl des Standorts müssen Ergebnisse der Szeneforschung und der Beforschung des Handels herangezogen werden. Die Standorte müssen szenenah sein und sich auch in der Nähe bekannter Handelszentren befinden. Die Region, die infrage kommt, muss auf taugliche Angebote überprüft werden und es muss in der Nachbarschaft Vorarbeit geleistet werden. Unter Nutzung der Ergebnisse der Standortforschung sollte eine Gesprächsbereitschaft zwischen den verschiedenen betroffenen Gruppen entwickelt werden können, da es letztlich darum geht, unter Beteiligung der betroffenen Anwohner, Geschäftsleute, Polizei und auch der Abhängigen selbst, Ängste und Vorurteile abzubauen und passende Orte zu finden. Es muss dafür gesorgt werden, dass in den Hausregeln der Schutz der Öffentlichkeit festgeschrieben wird.
4. Die Einrichtung muss danach trachten **konsumentenfreundlich** zu sein. In der Szenebefragung sollte eine Teilstudie der Erhebung der Einstellungen und Erwartungen bezüglich Konsumräumen enthalten sein. Auf diese Weise kann das

Angebot eventuell besser auf die Klientel abgestimmt werden. Eventuell könnte man auf diese Weise auch die Attraktivität für bislang in den Einrichtungen unterrepräsentierte Gruppen (Frauen, Zuwanderer, ethnische Minderheiten und so weiter) erhöhen. Keinesfalls sollte ein Konsumraum nur dann eröffnet werden, wenn ein relativ großer Anteil der Abhängigen den öffentlichen Raum zum Konsum nutzt und damit zu öffentlichem Ärger beiträgt. Erfahrungen aus verschiedenen Ländern sprechen dafür, dass in verdeckten Szenen ein erhebliches Risiko eventuell tödlich verlaufender Überdosierungen besteht. Ein Konsumraumangebot könnte entsprechend den Erfahrungen, die aus Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden vorliegen, dazu beitragen, dieses Risiko zu beschränken, wenn es gelingt, die verdeckte Klientel dazu zu bringen, das Angebot zu nutzen.

Die Öffnungszeiten müssen den Bedürfnissen der Klienten angepasst sein. Es müssen ausreichend viele Konsumplätze angeboten werden, dass lange Wartezeiten beziehungsweise die Bildung langer Warteschlangen vermieden werden.

Dem Bedürfnis der Klienten nach einer Möglichkeit, in Ruhe zu konsumieren muss Rechnung getragen werden; die Beobachtung des Konsums sollte unter Beachtung der Menschenwürde möglichst schonend und im Bewusstsein, dass es sich beim Drogenkonsum eventuell um ein intimes Geschehen handelt, durchgeführt werden. Eventuell ist es gerade dieser Aspekt, der manche Bedürftige davon abhält, das Angebot eines Konsumraumes zu nutzen. Der Konsum im öffentlichen Raum ist im Verhältnis zum medizinisch überwachten Konsum anonym, Passanten, die mit ihm konfrontiert werden, tendieren eher dazu weg- als genau hinzuschauen. Gespräche und Beratung sollten jederzeit stattfinden können.

Auf die Bedürfnisse spezieller Klientenpopulationen sollte adäquat geantwortet werden können (Frauen, ethnische Minderheiten, Zuwanderer, Jugendliche).

5. Die Einrichtung muss in das weitere **Betreuungsnetz für Drogenabhängige eingebunden** sein und über ausreichend Kontakte zu anderen Hilfeorganisationen des Gesundheits- und Sozialwesens verfügen, um die notwendigen Überweisungen veranlassen zu können. In diesem Kontext ist für die Anpassung der Regeln des Patientenschutzes, Datenschutzes und der beruflichen Verschwiegenheitspflicht zu sorgen.
6. Die Einrichtung muss für entsprechende **Dokumentation und Evaluation** sorgen.
7. **Diversifizierung des Angebotes:**

In der aktuellen Situation scheint die Möglichkeit, den geschützten Konsum verschiedener Einnahmeformen anzubieten, besonders interessant. Die Einrichtung von Injektionsräumen kann zwar offenkundig für die Klientel, die diese zur Injektion in Anspruch nehmen, eine Entschärfung des Risikos, das mit dieser Einnahmeform verbunden ist, bewirken. Trotzdem bleibt aber die Injektion die riskanteste Gebrauchsform der Opiate. Versuche, die Drogengebraucher zu geringeren riskanten Gebrauchsformen zu bewegen, sind daher auf jeden Fall zu begrüßen. Die Beobachtung der Evaluatoren der Konsumräume in Zürich und Biel, dass zwar injizierende Gebraucher auf inhalativen Gebrauch umsteigen, niemals aber ursprünglich Inhalierende die Injektionsräume nutzen, ist in dieser Hinsicht erfreulich. Derartige Entwicklungen sollten weiter verfolgt und gefördert werden. Auf jeden Fall sind sie dort zu berücksichtigen, wo Überlegungen zur Neuerrichtung von Konsumräumen angestellt werden. In der aktuellen Situation entsprechen sie ohnehin einem Respon auf Trends in den Mustern des Drogenkonsums.

Versteht man den geschützten und medizinisch überwachten Konsums von Suchtmitteln als risikominimierende und schadensbegrenzende Maßnahme, geht es aber nicht nur um einen adäquaten Respons auf einen Trend, sondern versteht es sich von selbst, dass man das Angebot nicht auf den injizierenden Gebrauch beschränken kann. Nicht injizierender Gebrauch birgt ebenfalls Risiken in sich, die gesundheitliche Belastung und soziale Desintegration eines bestimmten Segments der Drogenabhängigen ist nicht unbedingt von ihren Gebrauchsmustern abhängig. Außerdem befinden sich unter jenen, die nicht-injizierenden Konsum betreiben, Personen, die vordem diese Art des Konsums bevorzugten und dementsprechend die gesundheitlichen und sozialen Schäden aus jener Zeit mitbringen.

Ein weiteres Argument dafür, dass die Konsumraumangebote diversifiziert werden sollten, ergibt sich aus der Struktur der Zielpopulation. Unter jenen Abhängigen, die von keinen anderen Betreuungsmaßnahmen erreicht werden, befinden sich zwangsläufig Personen, die lange, oft bereits Jahrzehnte, abhängig sind und deren venöse Situationen keine Injektionen mehr verträgt. Diese chronischen, oftmals schwerst belasteten Klienten werden vom Integrationsangebot der Konsumräume ferngehalten, wenn man ihnen als Nicht-mehr-Injizierenden den Zutritt verwehrt. Ebenso sollte es die Möglichkeit geben, dass jenen Abhängigen, die aus medizinischen Gründen nicht mehr injizieren sollten (venöse Situation, Thrombosen, Vernarbungen, Schäden in den Lymphwegen und so weiter) und dahingehend beraten werden, auf weniger riskante Weise zu konsumieren, ein entsprechender Raum zur Verfügung steht.

Für die Diskussion der Schaffung von Konsumräumen von diversifiziertem Gebrauch sind jene Erkenntnisse von Bedeutung, über die wir heute hinsichtlich der Bioverfügbarkeit inhalierten Heroins verfügen. Diese Erkenntnisse wurden weiter oben im diesbezüglichen Exkurs dargestellt.

8. **Abstimmung mit anderen schadensreduzierenden Maßnahmen:**

Das Konsumraumangebot soll nicht unabhängig von anderen Erweiterungen des schadensreduzierenden Angebots diskutiert werden.

Mögliche Synergieeffekte sollten definiert und beforscht werden. Zum Beispiel würde bei einer neuerlichen Zunahme der Bedrohung durch AIDS die gleichzeitige Implementierung von injizierender Substitution, das heißt der Zulassung ärztlicher Verschreibung injizierbarer Zubereitungen von Substitutionsmitteln und eines Angebotes zur überwachten Einnahme das Infektionsrisiko stärker reduzieren als die Einführung nur einer dieser Möglichkeiten.

LITERATUR

- AIDS Hilfe Frankfurt La Strada Drogenhilfeprojekt: Jahresbericht, 1998. Frankfurt: AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., 1998
- Anonym: Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen . Oldenburg, Germany: Carl von Ossietzky Universität. 2000, April. 29 p.
- Benninghoff, F.; Gervasoni, J. P.; Spencer, B.; Dubois-Arber, F. "Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse." Suisse. Revue d'Épidémiologie et Santé Publique. 1998. 46: 205-217.
- Berliner Abgeordnetenwahl 1999: Drogenpolitische Auszüge aus dem Wahlprogramm der Grünen
- Blanken, P.; Barendregt, Cas J.; Zuidmulder, Linda J.: "Drugshandel en overlast in Rotterdam." IVO Bulletin. 1998. 1(2): 1-23.
- Blanken, P.; Barendregt, Cas J.: "Veranderingen in de aanbod: En vraagzijde van de illegale drugsmarkt in Rotterdam: Enkele resultaten van het Rotterdams Drug Monitoring Systeem 1995-1997." IVO Bulletin. 1998. 1(1): 1-11.
- Bless, R.; Korf, Dirk J.; Freeman, M.: "Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies." European Addiction Research. 1995. 1(3): 128-138.
- Böllinger, L; Stöver, H; Fietzek, L.: "Druckräume: Angebote, in denen der intravenöse Drogenkonsum toleriert wird." In: Böllinger, Lorenz; Stöver, Heino; Fietzek, Lothar, Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Frankfurt, Germany: Fachhochschulverlag. 1995. 142-145.
- Broadhead, R.S., Kerr, T.H., Grund, J.C., Altice, F.L.: Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives. Journal of Drug Issues 22: 2002. 329-356.
- Buerki, C.; Egger, M.; Haemmig, R. B.; et al.: HIV-risk behavior among street intravenous drug users attending a shooting room in Bern, Switzerland: 1990 and 1995. Bern, Switzerland: University of Bern. 1996.
- Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland): Endlich Rechtssicherheit für Konsumräume. Pressemitteilung vom 25. Febr 2000
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg): Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 149 Schriftenreihe des BMGSS. Baden-Baden: Nomos, 2003
- Carmody, K.: Vatican says Injecting Rooms are unethical. Catholic Weekly; Family World News, Mai 2001
- City of Vancouver: Supervised Injection Sites (SISs) Frequent Asked Questions.
- Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on a European Union Action Plan to Combat Drugs (2000 – 2004), COM(1999) 239 final, Brussels, 1999
- de Jong, Wouter; Weber, Urban: "The professional acceptance of drug use: A closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland." International Journal of Drug Policy. 1999, April. 10(2): 99-108.
- Derricott, J.; Preston, A., Hunt, N.: The Safer injecting briefing: An easy to use comprehensive reference guide to promoting safer injecting. Liverpool: HIT. 1999. 142 p.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Aktionsplan Drogen und Sucht. O. J.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht April 2003
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D. und Trautmann, F.: Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centers in Australia. Drug and Alcohol Review, 19, 2000, 337-346

- Elliott, R., Malkin, I., and Gold, J.: Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues. Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2002.
- Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, Sydney, Australia. 2003
- Fischer, B.: "Drugs, communities and 'harm reduction' in Germany: The new relevance of 'public health' principles in local responses." *Journal of Public Health Policy*. 1995. 16(4): 389-411.
- Forster, H. "Erfahrungen mit Druckräumen." In: Michels, Ingo I.; Stöver, Heino, Eds., *Menschenwürde in der Drogenpolitik: Ohne Legalisierung geht es nicht!* Berlin: DAH-Selbstverlag. 1994. 68-82.
- Gerlach, R., Schneider, W.: February 6, 2003. Report Period: January to December 2002. Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen im Bundesministerium für Gesundheit: Erläuterungen zur Sucht- und Drogenpolitik. Februar 2000
- Gesundheitsamt Basel-Stadt: Hygiene-Richtlinien für die Gassenzimmer I und II sowie für das Opiatverschreibungsprojekt JANUS Basel: Gesundheitsamt Basel-Stadt. 1995. 10 p.
- Gessenharter, W., Feindt, P. H., Fröchling, H.: Mediatorenverfahren "Weiter Gesundheitsräume in St. Georg? Wünschbarkeit, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit." Abschlussbericht und Empfehlungen des Mediators an den Senat der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg, den 2. November 1999
- Grund, Jean-Paul C.; Stern, L. Synn. "Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention. Oktoberdruck. 1991. 129-143.
- Grund, Jean-Paul C.; Stern, L. Synn; Kaplan, Ch. D.; et al.: "Drug use contexts and HIV-consequences: The effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx." *British Journal of Addiction*. 1992. 87: 381-392.
- Group Sida Geneve: GSG-Jahresbericht 2002: Bericht über den Kontaktladen Quai 9
- Haemmig, R. B.: "Harm reduction in Bern: From outreach to heroin maintenance." *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1995 Winter. 72(2): 371-379.
- Haemmig, R. B.: "The streetcorner agency with shooting room ('Fixerstubli')." In: O'Hare, Pat A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E. C.; Drucker, Ernie, Eds., *The reduction of drug-related harm*. New York: Routledge. 1992. 181-185.
- Happel, H.V.: Erfahrung in und mit Konsumräumen. In: Akzept e.V. und INDRO (Hrsg.): *DrogenVisionen*. Berlin: Wissenschaft und Bildung, 1997
- Happel, H.V.: Konsumräume– Eine effektive Maßnahme zur Schadensminimierung bei DrogengebraucherInnen und BürgerInnen. Frankfurt: Fachhochschule Frankfurt, 2000
- Hartnoll, Richard; Rhodes, Tim, Eds. *AIDS, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action*. London: Routledge. 1996. 240 p.
- Hartnoll, Richard; Hedrich, Dagmar. "AIDS prevention and drug policy: Dilemmas in the local environment." In: Rhodes, T.; Hartnoll, R. L., Eds., *AIDS, drugs and prevention*. London: Routledge. 1995. 42-65.
- Health Canada. 2002. Interim Guidance Document: Application for an Exemption Under Section 56 of the Controlled Drugs and Substances Act for a Scientific Purpose for a Pilot Supervised Injection Site Research Project. Canada: Drug Strategy and Controlled Substances Program.
- Injecting Room Like An Asian Opium Den. Theage.co.au, 26.02.03
- Integrative Drogenhilfe. Jahresbericht 1994. Frankfurt, Germany: Integrative Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt am Main e.V. 1995. 48 p.
- Integrative Drogenhilfe. Jahresbericht 1995. Frankfurt, Germany: Integrative Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt am Main e.V. 1996. 61 p.
- Integrative Drogenhilfe Jahresbericht 1996. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe, 1997.

- Integrative Drogenhilfe. Jahresbericht 1997. Frankfurt, Germany: Integrative Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt am Main e.V. 1998.
- International Narcotics Control Board says injection rooms illegal; Australia moves forward with plans. 2000. (electronic copy)
- INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, Report of the International Narcotics Control Board for 1999. 2000. (electronic copy)
- INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, Report of the International Narcotics Control Board for 1999. 2000. (electronic copy)
- Jacob J, Rottman J, Stöver H. Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des drop-in Fixpunkt, Hannover. Oldenburg
- Joint Select Committee into Safe Injection Rooms, Parliament of New South Wales. . Australia: Parliament of New South Wales. 1998. 307 p.
- Journal of Drug Issues, Jahrgang 33, Nr. 3, 2003: Schwerpunktausgabe zum Thema Konsumräume.
- Kemmesies, Uwe E.: The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995: Final report. Frankfurt, Germany: European Cities on Drug Policy. 1999. 62 p.
- Körner, Harald Hans: Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen: Az. 406/20-9 Frankfurt, Germany: Headquarters of the Campaign against Drug Abuse (ZfB). 1993. 21 p.
- Kemmesies, Uwe E.: "Offene Drogenszene und Druckraum: Ein empirischer Beitrag. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 1996. 3-4: 17-31.
- Kemmesies, U.E.: Die offene Drogenszene und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt am Main. INDRO e. V. Münster, 1995
- Kemmesies, U. E.: The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am main, 1995. Final report, Frankfurt, 1999
- Kemmesies, U.E., Müller, O. und Werse, B.: Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Johann Wolfgang Goethe Universität CDR, Juli 2002
- Kemmesies, Uwe E.: "Szenebefragung, Frankfurt/Main 1995: Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm ". Stadt Frankfurt/Dezernat Frauen und Gesundheit, Drogenreferat. 1995. 58 p.
- Kimber, J., MacDonald, M.: Six month process report on the medically supervised injecting centre. NDARC, NCHECR, UNSW.
- Klee, Jürgen: "Das Elend soll weg von der Straße: Ein empirischer Beitrag. In: Klee, J.; Stöver, H., Hrsg.: Drogen und AIDS. Berlin: DAH Berlin. 1994.
- Klee, Jürgen (Ed.): Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe: Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. 1997.
- Kressig MM, Nydegger LB, Schuhmacher C.: Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Schlussbericht der Gesamtevaluation der niedrigschwelligen Drogenhilfe in der Stadt .
- Landtag von Baden-Württemberg: 12. Wahlperiode, 88. Sitzung v. 18.05.2000: Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und Stellungnahme des Sozialministeriums: Rechtsverordnung für Drogenkonsumräume.
- Lanz, Andreas; Sempach, Robert; Scholz, Gerhard: "Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niedrigschwelligen Tagesstrukturangebot." Sozial- und Präventivmedizin. 1996. 41(Suppl. 1): S35-S44.
- Leitung Gassenzimmer, Sekretariat AAJ. Betriebskonzept der Basler Gassenzimmer. Basel: Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen. ca. 1995. 9 p.
- THE LINDESMITH CENTER: Safer injection rooms. 1999. (electronic copy, Url: The Lindesmith Center, Safer injection rooms. 1999.)

- MacPherson, Donald: Comprehensive systems of care for drug users in Switzerland and Frankfurt, Germany: Report from the 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm and a tour of harm reduction services in Frankfurt, Germany. Vancouver.
- Nadelmann, Ethan, et al.: Safer Injection Rooms. Nov 2001.
- Nejedly, M. M. und Burki, C.: Monitoring HIV risk behaviours in a street agency with injection rooms in Switzerland. Bern: Med. Fak. 1996
- Nickolai, Marion: "Evolution of Frankfurt's approach to the drug problem." EuroMethwork. 1997. No. 12: 3-4.
- Nickolai, M.: Evolution of Frankfurt's approach to the drug problem. EuroMethwork 1997 Canada: City of Vancouver, Social Planning Department. 1999. 21 p.
- PDS Informationen: Sucht- und Drogenpolitische Leitlinien der PDS Leipzig
- Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, vom 16.09.2002
- Ronco, C.; Spuler, G.; Coda, P.; Schopfer, R.: Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. Basel: Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Basel. 1994.
- Ronco, C.; Spuler, G.; Kaiser, R.: "Evaluation des 'Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige' in Luzern". Sozial- und Präventivmedizin. 1996. 41(Suppl. 1): S45-S57.
- Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schopfer R.: Evaluation for alley-rooms I, II and III in Basel. Soc Prev Med 1996; 41: S58-68
- Rutter, S.; Dolan, Kate; Wodak, A.: "Rooms for rent: Injecting and harm reduction in Sydney." Australian and New Zealand Journal of Public Health. 1997. 21(1): 105.
- Saarland: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales. Redew von Frau Minister Dr. Görner zur Änderung des BTMG am 4. Februar 2000
- Schneider, W. & Stover, H. (Editors): Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms. Developed at the Conference: Consumption Rooms as a Professional Service in Addictions – Health. Munster: Bundesverband, 2000. trans J. Kimber.
- Schneider, W., Buschkamp, R., Follmann, A. (Hrsg.): Heroinvergabe und Konsumräume. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 16. Berlin: vwb-Verlag, 1997
- Sorge, R., Kershner, S.: Harm Reduction Coalition. Getting off right: A safety manual for injection drug users. New York, NY: Harm Reduction Coalition. 1998. 81 p.
- Sozialamt der Stadt Zürich. Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich. 1993. 78 p.
- SPD: Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen _ASG Bayern: Mut zu einer besseren Drogenpolitik in Bayern. Landesfachprogramm „Drogenpolitik 1998-2003“. 16.06.2003
- Spreyermann, Chr., Willen, C.: Pilotprojekt Cactus. Evaluationsbericht. Bern, November 2002
- Spreyermann, Chr., Willen, C.: Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich. Bern, Februar 2003
- Stöver, H.: Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen and AIDS-Hilfe Berlin, Germany: AIDS-Forum DAH. 1991.
- Stöver, H., Rotmann, J.: Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen. Univ. Oldenburg, 1999
- Stöver, H.: Consumption rooms – A middle ground between health and public order concerns. Journal of drug issues. 0022-0426/02/02, 2002, 597-606
- Swiss Institute of Comparative Law. Switzerland: Swiss Institute of Comparative Law. 2000, January 7
- Taz 13.12.2003: „Nur die CDU bleibt angefixt“.

- Trautmann, F.: "Druckraum: Befreiend oder erdrückend: Die Perspective zwischen Freiraum, Tagtraum oder Beaufsichtigung." In: Akzept e. V., Ed., Drogen ohne Grenzen. Berlin, Germany: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. 1995. 213-222.
- Trägerverein AAJ, Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen. Halbjahresauswertung: Gassenzimmer 1, Gassenzimmer 2, 01.07. bis 31.12. 1995. Basel: Trägerverein AAJ. 1995. 15 p.
- Trägerverein AAJ, Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen. Halbjahresauswertung: Gassenzimmer Riehenring, Gassenzimmer Spitalstrasse, 01.01. bis 30.06. 1996 Basel: Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen. 1996. 17 p.
- Trägerverein AAJ, Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen. Halbjahresbericht: Gassenzimmer BL, Januar bis Juni 1996. Basel: Trägerverein AAJ. 1996. 11 p.
- Uchtenhagen, A.: "Harm reduction: The case of Switzerland." *European Addiction Research*. 1995, March. 1(3): 86-91.
- Warner, M. N.: *Over de Drempel: Onderzoek naar de mogelijkheid om harddruggebruik binnen een opvangvoorziening in Arnhem te reguleren*. Arnhem, Netherlands: Gelders Centrum voor Verslavingszorg. 1997.
- Weber U, Schneider W. Syringe exchange in Germany. *Subst Use Misuse* 1998; 33: 1093-112.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Spittal, P.M., Li, K., Kerr, Th., et al.: Unsafe Injection Practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: Could safer injecting rooms help? *CMAJ* Aug 21, 2001; 165 (4)
- Wood, E., Kerr, Th., Spittal, P.M., Li, K., et al.: The Potential Public Health and Community Impacts of Safer Injecting Facilities: Evidence from a Cohort of Injection Drug Users. *JAIDS* 32, 2003, 2-8
- Zentrum für angewandte Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) "Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland". Bochum: 2002
- Zurhold, H., Kreutzfeld, N., Degkwitz, P., Verthein, U.: *Drogenkonsumräume*. Freiburg: Lambertus, 2001
- Zurhold, H., Kreutzfeld, N., Degkwitz, P., Verthein, U.: *Evaluation des Gesundheitsraumangebots für Drogenkonsumierende in drei europäischen Städten* Vortragsmanuskript, Hamburg ISD o.J.

ANHANG

Die Geschichte des Basler Konsumraums „Fixerstübli“²

Vorgeschichte

Spritzenabgabe auf der Gasse

Mai 87: Als HIV-präventive Maßnahme verteilten Gassenarbeiter und ehrenamtliche HelferInnen gratis Injektionsmaterial auf der Gasse. Die Junkies freuten sich, die Anwohnerschaft ging auf die Barrikaden, so dass das Projekt angesichts massiver Bürgerwehr-Androhungen nach 4 Monaten eingestellt werden musste.

Das Projekt Sprützhüsli

Juni 88: Dasselbe Team bezog in der Nähe der «Gasse» eine Wohnung, um dort - unter Ausschluss der Öffentlichkeit - die Abgabe von Injektionsmaterial und Präservativen weiterzuführen. Als zusätzliches Angebot wurde gratis Kaffee und Mineralwasser ausgeschenkt, eine Polstergruppe lud zum Verweilen und ein Flipperkasten sorgte für Unterhaltung. Trotz grosser Werbung auf der Gasse, wurde das Angebot von der Zielklientel kaum genutzt. Dafür wurden einige nicht unbedingt «Junky-tolerante» Alkoholiker und Clochards zu Stammgästen (was wiederum die Zielklientel eher abschreckte). Dass eine Tolerierung des Drogenkonsums die Attraktivität des Angebots steigern würde, war bald einmal klar, eine Konzeptänderung wurde jedoch von der Mehrheit des Teams abgelehnt.

Druckraum-Planung

Im April 89 kam es zur Spaltung; zur Frustration über den Verlauf des Projektes gesellte sich das wachsende Unbehagen, frierende und zitternde Leute mit einer Spritze in der Hand vor die Tür zu stellen. Man beschloss, das Projekt per Ende Monat einzustellen. Darin war man sich einig. Bezüglich des «wie weiter?» gingen die Meinungen jedoch auseinander. Ein Teil des Teams plädierte für die Eröffnung eines Fixerraumes. Ein anderer Teil wehrte sich dagegen, teils aus Bedenken vor der damit verbundenen Verantwortung, teils aus Angst vor Behörden- und Arbeitgeberreaktionen. So verweigerte z.B. die Gassenarbeit die Erlaubnis, das Sprützhüsli-Lokal in einen Fixerraum umzuwandeln.

Dank des Entgegenkommens des involvierten Hausbesitzers konnte ein ehemaliger Spielsalon im Erdgeschoss übernommen werden. Innert zweier Wochen wurden ein Konzept geschmiedet, medizinisches Material und eine Sperrmüllereinrichtung organisiert, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Aerzte und ein Anwalt mobilisiert. Die Finanzierung war kein Thema,- alle Beteiligten arbeiteten unentgeltlich, Spritzen und Kondome wurden von der Aids-Hilfe gespendet und der Vermieter wollte vorerst kein Geld. Am Tag nach der Schliessung des «Sprützhüsli» öffnete das «Fixerstübli», der erste Druckraum Basels seine Türen.

Das Konzept sah einen auf 4 Wochen befristeten Betrieb vor, mit dem Ziel, Aussagen über die praktische Realisierbarkeit eines solchen Projektes zu erarbeiten. Im Falle einer positiven Bilanz sollte das erarbeitete Material zusammen mit der Bitte um professionelle Realisierung der Regierung übergeben werden.

Die Startphase des «Fixerstübli»

Der Geheimtip

Das Team verzichtete beim Beginn des Projekts auf Publizität,- einerseits wollte man die Startphase ruhig angehen, andererseits hatte ein ähnliches Projekt in Bern für erhebliche Unruhe gesorgt; «so etwas» auf keinen Fall zu dulden. Ein offizielles Rechtsgutachten gab es

² leicht gekürzte Fassung des Textes „Druckräume in der Praxis: Entstehung und Verlauf des Basler "Fixerstübli"-Projektes“, Referat und Buchbeitrag anlässlich des akzept-Kongresses, Hamburg 3.-6.6.1993

noch nicht (wegen Querelen um das Berner Contact war ein Gutachten in Auftrag gegeben worden. Nahezu termingerecht wurde es exakt 9 Tage nach Eröffnung des Fixerstüblis vorgestellt. Befund: Fixerräume sind nicht illegal!).

So war das «Fixerstübli» anfangs ein Geheimtip unter ehemaligen «Sprützhüsli»-Gästen. Dennoch verbreitete sich die Kunde auf der Gasse schnell, täglich kamen neue BesucherInnen. Der grosse Ansturm blieb jedoch noch aus,- die Leute waren misstrauisch, wie die Polizei reagieren würde.

... Sie reagierte vorerst gar nicht.

Abschluss der «Probezeit»

Nicht nur die Klientel, auch das Team wuchs von Anfangs 6 auf rund 20 Personen. Gegen Ende des Monats war allen Beteiligten klar, dass das Projekt entgegen der ursprünglichen Absicht weitergeführt werden musste. Das Bedürfnis war da, die Versorgung der Gasse mit sterilem Material verbesserte sich täglich, das Verhältnis zur Klientel entwickelte sich ausgezeichnet, die Arbeit wurde entgegen aller Befürchtungen nicht als belastend empfunden, die Reanimationserfahrung und damit das Gefühl der Sicherheit wuchs. Der rege Zustrom neuer ehrenamtlicher HelferInnen ermöglichte die problemlose Fortführung des 7-Tage-Betriebs.

Der Schritt an die Öffentlichkeit

Juni 89: Nach dem Beschluss, das Projekt zumindest so lange weiterzuziehen, wie die Stadt keine bessere Alternative zu bieten hat, orientierte das Team die Regierung formell mit einem höflichen Schreiben und veranstaltete eine Pressekonferenz. Den Medien war das Ereignis eine dicke Schlagzeile wert.

Das «Fixerstübli» etabliert sich

Finanzen

Juli 89: Erwartungsgemäss reagierte der Gesamtregerungsrat durch Stillschweigen, einzig der Vorsteher des Sanitätsdepartementes begrüßte das Projekt und bot an, sich innerhalb der Regierung für eine Finanzierungsbeteiligung einzusetzen. Dies kam sehr gelegen, da durch die «Normalisierung» des Betriebes nun doch vermehrt regelmässige Kosten entstanden (Verbrauchsmaterial, Miete, Telephon usw.).

Der Spritzenverbrauch überstieg bald einmal die Möglichkeiten des Aids-Hilfe-Budgets; dafür bot sich das Kantonsspital an, das Material aus einem speziellen Fonds zu sponsoren.

Ein Trägerverein entsteht

Winter 89: Die Regierung bewilligte in Form eines einmaligen «Unterstützungsbeitrages» Fr. 50'000.- für das Jahr 1989. Um direkt über das Geld verfügen zu können, sah sich das BetreiberInnenteam genötigt, einen Verein zu gründen (VIRUS). Die Statuten wurden auf die gesetzlichen Minimalanforderungen ausgerichtet.

Anhand der bisherigen Erfahrungen kam die Regierung zum Schluss, dass Druckräume tatsächlich eine sinnvolle Sache sind und beschloss, schnellstens ein entsprechendes Projekt zu realisieren (wenn auch etwas besser kontrollierbar und mit besserer Infrastruktur). Bis dahin sollte das «Fixerstübli» weiterhin unterstützt werden. Die BetreiberInnen erstellten ein Budget für 1990, das wesentlich höher ausfiel, als das bisherige (Fr. 170'000). Zum einen, weil der Injektionsmaterialverbrauch inzwischen auch den Fonds des Spitals zu sprengen drohte, zum anderen, weil die MitarbeiterInnen fortan eine bescheidene Anwesenheitsvergütung erhalten sollten.

Kapazitätsgrenzen

Frühjahr 90: Die unvermindert starke Zunahme des Besucherstromes führte dazu, dass das Lokal bald einmal aus allen Nähten platzte und sich allabendlich Ansammlungen von

Wartenden vor der Tür bildeten. Erste Unmutsäusserungen aus dem Quartier wurden laut und die Regierung bemühte sich zu versichern, dass das eigene Projekt - kein (zusammengeschustertes) «Fixerstübli», sondern ein Gassenzimmer - «demnächst» kommen sollte.

Das Realisierungs-Problem lag vorerst primär bei der Standortsuche,- jeder Vorschlag wurde gleich mit einer Flut von Einsprachen quittiert; «Gassenzimmer ja,- aber nicht bei uns!».

Weniger die Querelen als vielmehr die halbwegs brauchbare Oeffentlichkeitsarbeit des Teams sorgte dafür, dass sich - vornehmlich ausländische - Medien für das Projekt zu interessieren begannen. Es begann eine Zeit, wo sich Privat-TV-Sender und in Drogenpolitik und Drogenarbeit steckende Interessierte die Türklinke in die Hand gaben. Vor allem in Deutschland wurde der Begriff «Fixerstübli» bald zum Dudenanwärter...

Widerstand und Solidarität

Sommer 90: Das allsommerliche Problem der Drogenszene am Rheinbord, einer teuren Wohnlage in unmittelbarer Nähe des «Fixerstübli», wurde auch dieses Jahr akut. Und wie immer reagierte die Polizei mit Vertreibungsaktionen. Neu war, dass die Szene sich nicht am Rhein hin- und herverlagerte, sondern während der «Fixerstübli»-Öffnungszeiten praktisch geschlossen vor dem Lokal auftauchte. Die resultierenden Zustände (v.a. Ansammlungen und Drogenhandel) führen dazu, dass Staatsanwaltschaft und Regierung die Weiterexistenz des «Fixerstübli» von der Erfüllung eines Auflagenkataloges abhängig machten.

So sollten die BetreiberInnen Ansammlungen auflösen, den Drogenhandel in der Umgebung des Lokals verhindern und eine verschärfte Einlassregelung (nur wer schon Stoff hat, darf rein) für die Klientel einführen. Das Team reagierte darauf, indem es diesen Auswuchs zeitgenössischer Surrealität öffentlich machte. Als einzige Konzession hielt sich fortan ein Teammitglied konstant vor dem Lokal auf, um bei allzu chaotischen Szenen schlichtend einzuwirken und Mageninhalte sofort von der Strasse zu spülen.

Die Reaktion auf die Regierungsrätlichen Versuche, dem Team Polizeiarbeit aufzuhalsen, kam prompt: das «Fixerstübli» wurde von einer Welle der Solidarität überrollt; Leserbriefe, Unterschriftenaktionen, Briefe an die Regierung und eine grossartige Medienberichterstattung belehrten die hohen Herren, dass das Problem nicht mit unsinnigen Forderungen gelöst werden kann. Selbst direkte AnwohnerInnen setzten sich für den Weiterbestand des Lokals ein (leider nicht alle).

Erste Versuche der Entlastung

Spritzenbus

Herbst 90: Das Sanitätsdepartement beschloss, das Fixerstübli wenigstens hinsichtlich Spritzenabgabe zu entlasten und lanciert eine mobile Spritzenabgabestelle (betrieben von einem Sanitäter und zwei HelferInnen aus dem virus-Team). Das Projekt scheiterte am militanten Widerstand aus Gewerbekreisen, die durch dieses zusätzliche Angebot eine weitere Zunahme der Drogenszene im Quartier befürchteten (das Quartier muss allerdings seit jeher schon schon mit hohem Verkehr, Prostitution und verschiedenen Alkohol-Absturzknepfen leben).

Der Widerstand der braven «Staatsbürger» reichte von anonymen Flugblattaktionen, einer organisierten Blockade, über Drohungen, den Bus anzuzünden, bis hin zum Verprügeln des Chauffeurs.

Nach der Einstellung des Bus-Projektes wurde ein Spritzenautomat im Quartier installiert, der seither regelmässig Attentaten zum Opfer fiel.

Drogen-Stammtisch

Als durchaus positive Folge dieser Eskalation wurde ein Gesprächsforum für Gewerbler, Junkies, Anwohnerschaft und sonstige durch die Drogenfrage Tangierte einberufen. Nach

einer psychohygienischen Dampfablass-Phase kamen die verschiedenen Lager miteinander in's Gespräch und fanden sich im Konsens, gemeinsam Druck auf die Regierung hinsichtlich der Schaffung weiterer Angebote auszuüben. Um den Dialog weiter aufrecht zu erhalten, wurde die Idee geboren, monatlich einen Drogen-Stammtisch abzuhalten.

Winter 90: Dank des Drogen-Stammtisches, aber auch infolge der tieferen Temperaturen entspannte sich die Lage im Quartier etwas; die lautstarke Opposition gegen das «Fixerstübli» verstummte. Die Hauptopponenten gaben sich zwar nun betont freundlich, schmiedeten jedoch in engem Kreis Pläne, wie ihrer Meinung nach das am ganzen Elend der Welt schuldige «Fixerstübli» eliminiert werden könnte. So entdeckte der einzige direkte Anwohner aus dem Lager der «Scharfmacher» beispielsweise ein neues Hobby: mittels Videokamera suchte er nach Beweisen für eventuelle Straftaten des Teams...

Gassenzimmer-Planung im Endspurt

Dez. 90: Die Regierung versprach einmal mehr, das Gassenzimmer-Projekt zügig voranzutreiben. In der Budgetberatung zum «Fixerstübli» unterlagen die Hardliner aus JD und PMD; die Finanzierungsbeteiligung wurde wiederum genehmigt (diesmal in einer Höhe von Fr. 210'000.-). Gleichzeitig wurde beschlossen, dass die Zahlungen ratenweise erfolgen und bei Eröffnung des Gassenzimmers unverzüglich eingestellt werden sollen.

April 91: Nach erneuten Gerichtsbeschlüssen war die Standortfrage für das Gassenzimmer geklärt; im Juni sollte die Eröffnung sein. Bei der Konzeptvorstellung wurde schnell klar, dass die staatliche Druckraum-Variante zu wenig gassennah und mit nur 4 Druckplätzen zu klein dimensioniert war, um als Ersatz für das «Fixerstübli» (12 Druckplätze) in Frage zu kommen. Im besten Fall durfte mit einer Entlastungswirkung gerechnet werden.

Dies bedeutete für das «Fixerstübli»-Team, dass der Betrieb weiterhin aufrechterhalten werden musste. Allerdings war vorauszusehen, dass im Sommer die staatliche Finanzquelle versiegen würde. Die «Fixerstübli»-BetreiberInnen beschlossen daher einstimmig, ab sofort wieder völlig gratis zu arbeiten.

Der Container-Druckraum

Frühjahr 91: Der Drogenstammtisch beschloss ein Projekt zur Entlastung des «Fixerstübli» und zur Dezentralisierung der Szene: ein anderer Stadtteil sollte mit einem provisorischen Druckraum beglückt werden. Ein Baucontainer wurde gekauft, Handwerker aus dem Quartier bauten ihn zu einem einladenden Raum um, freiwillige HelferInnen fanden sich schnell und das know how, sowie das Material stellte das «Fixerstübli».

Als Standort wurde ein ruhiger Platz zwischen Stadttheater und Kirche ausgewählt, die direkt betroffenen Anrainer standen dem Projekt positiv gegenüber (mit Ausnahme eines vor Jahren selbst wegen Kokainhandel verurteilten Wirtes, der seine Gäste vor der Nähe von Junkies bewahren wollte).

Am 30.4. wurde der Container ohne Allmend-Bewilligung aufgestellt und gleich darauf von Bauarbeitern grosszügig eingezäunt. Dies auf Veranlassung des Justizdirektors, der dem Stammtisch wenige Wochen zuvor «viel Glück» für das Projekt gewünscht hatte. Nun leistete er seinen Beitrag in Form eines mannshohen doppelt ausgelegten Zauns, der den Container vor Beschädigung und vor Benutzung schützen sollte. Dass der Zaun ohne Tore ausgelegt war, hatte offenbar weniger mit des Magistraten mangelnder Erfahrung im Bauwesen zu tun, als vielmehr mit dem Willen, seine Drogenpolitik anschaulich zu versinnbildlichen...

Mai 91: Nach einigen Tagen gab die Regierung dem Druck der Öffentlichkeit nach und erteilte eine provisorische Allmendbewilligung. Der Container-Druckraum durfte den Betrieb aufnehmen.

Zu grosse Entfernung von der Szene, keine Handelsplätze und die geringe räumliche Kapazität sorgten für einen nur zögerlichen Zustrom. Auch szeneverlagernde Aktionen seitens

des «Fixerstübli» blieben ohne Erfolg; der Container wurde kaum genutzt, derweil sich vor dem «Fixerstübli» bis zu 100 Personen auf der Strasse anstauten.

Juni 91: Eines Nachts fiel der Container einem Molotow-Cocktail zum Opfer. Der Drogenstammtisch hielt mangels anderer Perspektiven am Projekt fest und beschaffte Ersatz. An die optimistischen Beteuerungen der Regierung, dass sich Mitte Monat das Problem dank der Gassenzimmer-Eröffnung von selbst lösen würde, glaubte niemand.

Das erste Gassenzimmer

Ein neuer Druckraum wird eröffnet ...

Juni 91: Das ebenfalls weit abseits der Gasse gelegene Gassenzimmer öffnete Mitte Juni seine Türen und stiess trotz grosser Cafeteria und gestylter Innenarchitektur vorerst auf wenig Akzeptanz seitens des Zielpublikums. Auch vom «Fixerstübli» initiierte verlagerungsfördernde Massnahmen (Bus-Pendelverkehr) halfen nichts. In der Folge bot das «Fixi»-Team den Sozialarbeiter-Innen des Gassenzimmers einen befristeten Personalaustausch an, einerseits, um der Klientel die BetreiberInnen des neuen Druckraumes näher zu bringen (auf der Gasse haben «etablierte Sozis» kein besonders gutes Image), andererseits sollten diese im «Fixerstübli» etwas in ihren neuen Tätigkeitsbereich eingearbeitet werden. Zudem erhoffte man sich durch diese Massnahme einen gewissen Einfluss auf das Gassenzimmer-Konzept, -allerdings vergeblich...

Der Justizdirektor verkündete stolz, dass die Tage des Fixerstübli nun endgültig gezählt seien und löste damit neue Proteste aus; initiiert durch den Kantonsarzt befasste sich z.B. die «Medizinische Gesellschaft» (Arztekammer) mit dem Fall und überreichte der Regierung eine geharnischte Protest-Petition mit den Unterschriften von über 300 Ärzten (welche bis heute in einer regierungsrätlichen Schublade auf Beantwortung wartet).

... der Container stirbt ...

Dem inzwischen wiedereröffneten Container wurde die Verlängerung der bis Ende Juni erteilten Allmendbewilligung nicht erteilt. Rechtfertigung: EIN Gassenzimmer genügt. In einer wunderschönen Trauerfeier mit ausserordentlich guter Teilnahme wurde der Druckraum symbolisch beerdigt (unter den Trauergästen befanden sich Angehörige praktisch aller Institutionen und Behörden, welche in der Ueberlebenshilfe tätig sind).

... das "Fixerstübli" macht weiter

Juli 91: Als auch die Regierung einsehen musste, dass das Gassenzimmer mit Anlaufproblemen zu kämpfen hatte, beschloss sie, das «Fixerstübli» noch für eine zweimonatige Uebergangszeit weiterzufinanzieren.

Die Polizei versuchte inzwischen, die Szene mit der Brechstange zum «offiziellen Druckraum» zu verlagern: breitflächige Verhaftungsaktionen rund um's Lokal wurden zum alltäglichen Spektakel.

Auf Ende Monat stellte die Regierung die Beitragszahlungen ein. Anfragen des «Fixi»-Teams an Bund und Nachbarkantone wurden wohlwollend zur Prüfung entgegengenommen und Monate später, nach Rücksprache mit der Basler Regierung, mit Bedauern abgewiesen («um den Basler Regierungsrat nicht vor den Kopf zu stossen»).

Kampfansage an das «Fixerstübli»

Schärmützel mit Justizdirektor

August 91: Der Justizminister, der das Fortbestehen des «Fixi» je längs je mehr als persönliche Schmach zu empfinden schien, versäumte keine Gelegenheit, das Projekt und seine BetreiberInnen zu diffamieren; Gehässigkeiten schmückten Briefe, Interviews und Communiqués.

Die Angegriffenen «schlugen» zurück; auf der seriösen Schiene wurden die Anfeindungen

durch vermehrte Medienarbeit widerlegt, auf der anarchistischen Schiene wurde der Magistrat mittels Aktionen, Ansteckknöpfen usw. vollends der Lächerlichkeit preisgegeben.

Die Früchte der Repression

Sept. 91: Die Hartnäckigkeit der polizeilichen Arbeit rund um, 's Lokal, das «Fixerstübli» konnte einen Rückgang der Frequentierung in der Grössenordnung von rund 30% verzeichnen, war aber immer noch hoffnungslos überlastet (im Vergleich zu früher herrschten nun jedoch geradezu idyllische Zustände). Das Gassenzimmer hatte inzwischen ebenfalls seine Kapazitätsgrenzen erreicht.

Wie sehr sich die qualitative Entlastung durch das Gassenzimmer auf den Fixerstübli-Betrieb ausgewirkt hatte, wurde vor allem an den Sonntagen augenfällig (Ruhetag des Gassenzimmers!).

Interessant hatte sich die Zusammensetzung der Klientel der beiden Druckräume entwickelt: das Gassenzimmer fand eher Anklang bei den sozial integrierteren, «pflegeleichteren» Junkies, während die «Problemfälle», die Gassenfreaks und Polytoxikomanen dem niederschwelligeren «Fixerstübli» den Vorzug gaben (Dies und auch die durch die anhaltende Polizei-Hyperaktivität verursachte Hektik schlug sich z.B. deutlich in den Beatmungsstatistiken nieder).

Frustriert über das weitgehende Scheitern der Absicht, die Szene restlos aus dem Quartier zu verbannen, distanzieren sich die drogenpolitischen Hardliner allmählich vom Drogenstammtisch, organisierten sich zu einer IG, wetterten fortan koordiniert gegen die Zustände, initiierten eine Schlammschlacht gegen das «Fixerstübli» und versuchten, mit Drohungen und Blümchen für den Polizeiminister Druck auf die Regierung auszuüben.. Einer der wenigen Hardliner, der dank des Stammtisches vom Saulus zum Paulus geworden war, sah sich plötzlich einem Telephonterror ausgesetzt und musste massive Geschäftseinbussen in Kauf nehmen. Nach einer Nervenkrise wechselte er das Lager erneut..

Kündigung

Der seit längerer Zeit unter Finanznot leidende Hausbesitzer hatte nach langer Suche einen Käufer für die Liegenschaft gefunden, der jedoch nicht bereit war, das «Fixerstübli» und die sich im gleichen Haus befindenden Büros der Gassenarbeit mitzuübernehmen. Daher erfolgte zusätzlich zu allem andern Ungemach auch noch die Kündigung auf März 92.

Der «virus» erhob beim Mietgericht Einspruch.

Die Fronten erweichen nicht

Okt. 91: Die Regierung machte für das «Fixerstübli» inzwischen zwar kein Geld mehr locker, sah aber ein, dass bei einer Schliessung des Lokals der Kollaps für das Gassenzimmer vorprogrammiert wäre.

Andererseits standen die Wahlen vor der Tür und die Scharfmacher des Kleinbasler Gewerbeadels drohten dem Justizminister, der ihnen schon wiederholt hoch und heilig die unverzügliche «Fixerstübli»-Schliessung versprochen hatte, mit Liebesentzug.

Auch das nächste Versprechen, Ende Jahr ein zweites Gassenzimmer zu eröffnen, um den - Zitat- «anarchistischen und liberalistischen» Laden dann endlich schliessen zu können, konnte die aufgebrauchten Gemüter nicht besänftigen. Dazu kam erschwerend, dass sich die Presse hinter das «Fixerstübli» stellte und den Magistraten von der andern Seite her ebenfalls unter Beschuss nahm.

Der Angeschossene ergriff die Flucht nach vorne und besuchte im Turnus die einflussreicheren Familien aus dem Kreis der Scharfmacher, um sich «an Ort ein Bild zu machen» und um für die Wahl zu retten, was zu retten war.

In der Folge setzte eine eigentliche Verleumdungskampagne gegen den Betrieb ein, der Argumentationsnotstand wurde mit Polemik überspielt; in Interviews verbreitete der Justizminister die abstrusesten Vorwürfe gegen das Team. Die harmloseste Lüge war noch

die verbale Reduzierung des «Fixerstübli» auf einen Drittel seiner Grösse, die massivste bestand in der Aeusserung des Verdachteten, das «Fixi»-Team sei selbst in den Drogenhandel verwickelt.

Dez. 91: Die drogenpolitische Situation verschärfte sich zusehends. Die «IG betroffener Anrainer» reichte eine auf nur mässige Unterstützung gestossene Petition ein, in welcher ultimativ ein Paket von «Aufräummassnahmen» (u.a. die unverzügliche Schliessung des «Fixerstübli») gefordert wurde. Der Polizeiminister begrüsst die Delegation mit offenen Armen.

Als Reaktion darauf startete der Stammtisch eine Gegenpetition «pro Fixerstübli», die in nur drei Wochen von über 4000 PolitikerInnen, Fachleuten und AnwohnerInnen unterzeichnet wurde. Diese Petition liegt noch immer in den Schubladen des Rathauses.

Die Regierung verkündete der staunenden Oeffentlichkeit, dass man in Rekordzeit einen Standort für ein zweites Gassenzimmer gefunden, die Standortbewilligung durchgeboxt und einen Kredit bewilligt habe (auch dieses Lokal sollte in einem Quartier abseits der Drogenszene entstehen). Mit dessen Eröffnung Ende Jahr würde das «Fixerstübli» (einmal mehr) offiziell geschlossen.

Solidaritätskundgebungen auf allen Ebenen:

Ein klassisches Orchester und eine experimentelle Jazzgruppe stellten sich zu einem gemeinsamen Benefizkonzert in einer Kirche zur Verfügung. Fachleute forderten die Regierung dazu auf, das neue Gassenzimmer durch das erfahrene «Fixi»-Team betreuen zu lassen und die Spendenkasse erlebte einen ungeahnten Aufschwung.

Die Regierung stellte dem «Fixerstübli» ein bemerkenswertes Schriftstück zu, in dem festgestellt wurde, dass der Betrieb «die öffentliche Sicherheit und Ordnung auf das Schwerste gefährde» und befahl die Schliessung des Lokals auf Ende Januar. «Im Falle einer unverzüglichen und unangefochtenen Schliessung» sei man bereit, den Rest-Betrieb zu finanzieren; andererseits werde das Lokal polizeilich geschlossen.

Da das Schreiben ohne Rechtsmittelbelehrung abgefasst war, formell also keine Verfügung darstellte, konnte kein Einspruch dagegen erhoben werden. Auf Anfrage bestätigte das Justizdepartement dass die der Oeffentlichkeit als «verpflichtenden Regierungsbeschluss» vorgestellte Weisung in Tat und Wahrheit lediglich als formlose Information zu betrachten sei.

Die Polizei dagegen bereitete sich auf den entscheidenden Schlag gegen die Szene im Kleinbasel vor und massierte die Kontrollen derart, dass es für DrogenkonsumentInnen beinahe unmöglich wurde, unkontrolliert das «Fixerstübli» aufzusuchen.

Endspurt

Jan. 92: Die Eröffnung des zweiten Gassenzimmers verschob sich aufgrund einer superprovisorischen Verfügung erneut um einen Monat. Die Trägerschaft hatte sich in Folge personeller Rekrutierungsprobleme inzwischen mit dem «virus» betreffs Mitarbeit im neuen Lokal in Verbindung gesetzt. Die Verhandlungen scheiterten jedoch an unvereinbaren Differenzen konzeptueller Art (Betriebskonzept, Strukturen, Hierarchien, Anstellungsverhältnis).

Neue Spritzenbezugsmöglichkeiten

Da das Gesundheitsamt durch das bevorstehende Ende des «Fixerstübli» eine Unterversorgung der Gasse mit Injektionsmaterial befürchtete, wurde in Zusammenarbeit mit 32 Apotheken eine Spritzentausch-Aktion gestartet (So erfolgreich, dass einige Apotheken inzwischen wegen Überbelastung aus dem Projekt aussteigen wollen).

Beruhigung im «Fixerstübli»

Die intensivierte Polizeiarbeit bewirkte, dass der Betrieb im «Fixerstübli» zusehends angenehmer wurde. Vor dem Lokal bildeten sich kaum noch Ansammlungen, herumstehende

Personengruppen standen in der Regel auf der Lohnliste der Polizei. Die Frequentierung hatte - an den Oeffnungstagen des Gassenzimmers- ein Idealmass erreicht (die positiven Auswirkungen durch die gesunkene Frequentierung wurden allerdings durch den weitgehend kompensiert).

Das Gassenzimmer leidet

Anders im Gassenzimmer: Einerseits explodierte die Besucherzahl förmlich, andererseits bekundeten viele Besucher Mühe, sich an das neue Konzept und die straffere Betriebsführung zu gewöhnen. Zu allem Ueberfluss brachten die Leute noch den Frust über die polizeiliche Vertreibungstaktik mit in's Lokal. Die Nerven des Gassenzimmer-Teams litten, die Aufgabe einer «psychosozialen Betreuung» konnte nicht einmal ansatzweise wahrgenommen werden, die Arbeit im Gassenzimmer wurde zum reinen Ordnungsdienst. Der Deal hatte sich beinahe völlig zum neuen Angebot hin verlagert.

Allerdings muss hier auch angemerkt werden, dass das subjektive Erleben die Beurteilung beeinflusste: Das, was von den Gassenzimmern als «extremer Trubel» bezeichnet wurde, war für «Fixerstübli-Geeichte» der Normalzustand...

Wahlen

Die Wahlen waren inzwischen vorüber, mehrere PolitikerInnen aus den verschiedensten Lagern, die sich mit dem Thema Drogenpolitik profiliert hatten, zogen in's Stadtparlament (Grossrat) ein. Bei den Wahlen in den Regierungsrat hatten sowohl der das «Fixerstübli» bekämpfende Justizminister, als auch der Sanitätsdirektor (unterstützte das «Fixerstübli») nicht mehr die entscheidende Stimmenzahl geschafft. Während die Bürgerlichen wohlweislich ihren Kandidaten für den zweiten Wahlgang austauschten, schickte die SP ihren Mann weiterhin in's Rennen.

Solidarität aus einer unerwarteten Ecke

Das Mietgericht behandelte die "Fixi"-Kündigung, bescheinigte dem Fortbestehen der Institution «öffentliches Interesse» und ordnete zum Entsetzen des Eigentümers und zur Verblüffung des Teams die Verlängerung des Mietvertrages um ein halbes Jahr an.

Das «Fixi» lässt sich nicht kaufen

Nachdem die juristische Abklärung ergeben hatte, dass gegen den «Schliessungsbefehl» mangels Rechtsgültigkeit keine rechtlichen Gegenschritte unternommen werden konnten, und die Regierung den Antrag nach einer rechtsverbindlichen Verfügung abgelehnt hatte, stellte sich die Frage, ob man sich auf eine Kraftprobe einlassen und das angebotene Geld ausschlagen soll. Der Entscheid fiel einstimmig zugunsten der Konfrontation. Das «Fixerstübli» sollte solange geöffnet bleiben, bis die Regierung die alte Forderung nach einer Alternative im Quartier erfüllt hat.

Um ein Zeichen zu setzen, dass auch ohne Kniefälle vor der Regierung Geld in die Kasse fliessen kann, organisierte der «virus» Ende Januar eine grossangelegte und einträgliche Benefizveranstaltung (Podium, Konzert, Disco). Anlässlich des Podiums kritisierte der teilnehmende Sanitätsdirektor das Verhalten seiner Regierungsratskollegen in Sachen «Fixerstübli» auf das Schärfste, was die bürgerlichen Parteien mit einem Kesselreiben beantworteten (Vorwurf: «Verletzung des Kollegialitätsprinzips»).

Leider scheiterte der Mann auch im zweiten Wahlgang..

Betriebsbehinderung der aufwendigen Art

Mit dem zweiten Gassenzimmer kamen auch die Polizisten

3.2.1992: Pünktlich zur Eröffnung des zweiten Gassenzimmers fuhr ein Grossaufgebot an Polizei vor dem «Fixerstübli» auf. Da die juristische Handhabe für eine Schliessung nach wie vor fehlte, hatte die Einsatzleitung beschlossen, den Betrieb durch einen cordon sanitaire lahmzulegen, das will heissen, durch eine Polizeikette auf Allmend, die jeden potentiellen Druckraum-Benutzer schon vor dem Betreten des Lokals abfängt. In der Praxis gestaltete sich

das so, dass die knapp einen Meter breite Eingangstüre von über 40 Uniformierten bewacht wurde! MitarbeiterInnen des Betriebes hatten jedoch nach wie vor ungehinderten Zutritt. Spott und Kritik blieben nicht aus und die Polizei bemühte sich, das Aufgebot im Verlauf der folgenden Tage und Wochen allmählich zu reduzieren.

In 500 Jahren nichts gelernt

Auf der Politbühne liess die alte Regierung als eine ihrer letzten Amtshandlungen noch einen Kopfrollen: Der Kantonsarzt, seines Zeichens Leiter des Gesundheitsamtes, hatte die Regierung öffentlich mit klaren Worten zu kritisieren gewagt und verwickelte sich in eine lautstarke Auseinandersetzung mit einem Polizeioffizier, der die Spritzenabgabe aus dem blockierten Lokal heraus an anlaufende Junkies behinderte. Die Regierung nahm dies zum Vorwand, den (auch wegen anderen Engagements nicht eben geliebten) Chefbeamten wegen «Verletzung der Treuepflicht» aus seinem Amt abzuwählen.

NB. Dieselbe musste vor nahezu 500 Jahren schon einmal ein Stadtarzt erleben: wegen regierungskritischer Aeusserungen wurde damals Paracelsus aus der «Humanistenstadt Basel» verjagt.

Die «Fixerstübli»-Blockade dauert an

Das BetreiberInnenteam tat der Regierung den Gefallen nicht, das Feld zu räumen. Tag für Tag erschien ein komplettes Team, öffnete und schloss den Betrieb pünktlich. Die Zwischenzeit wurde mit Diskussionen mit den dem Blockierungsauftrag nachkommenden Beamten, Gesprächen mit abgewiesenen BesucherInnen und PassantInnen ausgefüllt. Zwischendurch gab's Videos und Kaffeekränzchen (freundliche Beamte wurden eben- falls bewirtet). An Sonntagen, wenn die Gassenzimmer geschlossen waren, schwärmte das «Fixi»-Team zu Spritzenverteilaktionen auf der Gasse aus. Die Polizei versuchte dies anfänglich zu verhindern, sah aber bald ein, dass sie vom rechtlichen Standpunkt aus keine Handhabe dazu hatte.

Eine andere rechtsstaatliche Fragwürdigkeit bestand in der Zutrittsbehinderung an sich. Viele StammkundInnen beschwerten sich zwar lauthals, waren aber aus verständlichen Gründen nicht bereit, eine Anzeige gegen die Zugangsbehinderung zu einer Privatliegenschaft zu erstatten. Dies machte schliesslich eine Mitarbeiterin des Teams, welche mangels Ausweis nicht eingelassen wurde. Ein Anwaltsbüro übernahm den Fall, reichte bei Regierung und Polizei ein Rekursverfahren ein und untermauerte dies mit einem mehrseitigen Katalog von Gesetzen und Verordnungen, gegen welche die Blockade versties. Das Verfahren ist heute - nach mehr als einem Jahr - noch immer hängig. In der Öffentlichkeit rechtfertigte sich die Regierung damit, dass die Betriebsunterbindung auf Wunsch der Anwohnerschaft erfolgt sei. Diese Pauschalisierung liess sich ein benachbarter Hausbesitzer und Anwohner nicht gefallen und verlangte von der Regierung den Abzug der Polizei und die Wiederaufnahme des «Fixi»- Betriebs. Andere AnwohnerInnen schlossen sich an.

Der Brief blieb unbeantwortet.

Zur besseren Nutzung der brachliegenden Räumlichkeiten, beschloss das Team, das Lokal 1 x wöchentlich dem Junkie-Bund für Sitzungen zur Verfügung zu stellen. Die Bewacher opponierten nicht!

Der «Cordon sanitaire» war nach einigen Wochen auf 2 Beamte geschrumpft. Da oftmals dieselben Polizisten eingesetzt wurden, entwickelten sich allmählich nahezu kollegiale Verhältnisse.

In Polizeikreisen setzte grosses Murren und Unbehagen über den Auftrag ein; die Sinnlosigkeit war offensichtlich, die Drogenszene befand sich ausserhalb der Gassenzimmer-Oeffnungszeiten nach wie vor am Rhein und nahm wegen des Fehlens einer Auffangstelle in

unmittelbarer Nähe vermehrt den Charakter einer offenen Szene an; im Quartier herrschte Spritzenmangel, vermehrt fand der Drogenkonsum zudem wieder in Hauseingängen statt. Spritzenauswaschende Junkies gehörten wieder zum Stadtbild.

Angesichts der Unsinnigkeit des «Fixerstübli»-Blockade-Auftrages liess die Aufmerksamkeit der Beamten zusehends nach, vermehrt konnten sich wieder Junkies einschleichen (welche die Ruhe genossen). Nach 6 Monaten Belagerung war die Polizeiblockade so löcherig geworden, dass ein gewisser Minimalbetrieb wieder zum Alltag wurde.

Hier Ruhe - dort Chaos

Derweil eskalierten die Zustände in und um die Gassenzimmer in einem Ausmass, das selbst nach Ansicht der Polizei die seinerzeitigen Zustände rund um das «Fixerstübli» übertraf. Der Grund lag im ungenügenden Angebot an Druckplätzen, an einem Gerichtsentscheid, der parallele Öffnungszeiten der beiden Gassenzimmer verhinderte und am Beschluss der Gassenzimmer-Teams, die Aussentür zu schliessen, sobald sich dreissig Personen im Gebäude befinden. Letzteres bedeutete für die Klientel nicht nur lange Wartezeiten vor den Druckräumen der Gassenzimmer, sondern noch viel längere vor den Lokalen. Und sowohl mangels Personal, als auch aus prinzipiellen Auffassungen über den Arbeitsauftrag waren die BetreiberInnen nicht gewillt, eine Aufsicht vor den Lokalen zu postieren

Neuorientierung

In der inzwischen neu formierten Regierung hatte ein ehemaliger Drogenfahnder den Posten des Justizministers übernommen. In mehreren Gesprächen mit dem «virus» wurde signalisiert, dass die Blockade aufgehoben würde, falls die «Fixerstübli»-Betreiberschaft ein akzeptables Konzept vorlegen könne. Das Konzept (experimentelle und multifunktionale Anlaufstelle) kam, stiess auf grosses Interesse und wurde schliesslich eines einzigen Satzes wegen zurückgewiesen: Der «virus» mochte sich nicht konzeptuell auf einen abstinenzorientierten Betrieb festlegen. In Gesprächen liessen die Behörden zwar wissen, dass man bei Konsum im Lokal beide Augen zudrücken werde, bestand aber trotzdem auf einer schriftlichen Fixierung eines «prinzipiellen» Konsumverbots.

Es wurde September, bis eine unverfängliche Formulierung gefunden wurde, die auf beidseitige Akzeptanz stiess. Nun aber eilte es der Regierung nicht mehr mit der Erledigung des Traktandums, da Ende Monat ohnehin der Mietvertrag für das Lokal auslief.

Dafür hatte sich aber die Einsicht durchgesetzt, dass die beiden Gassenzimmer nicht in der Lage waren, die Lücke, die das «Fixerstübli» hinterlassen hatte, zu schliessen. Gleichzeitig mit der endgültigen Schliessung des Lokals (nach achtmonatiger Belagerung) öffnete ein drittes Gassenzimmer die Tore.

Epilog

Ein Jahr danach ...

März 93: Basel hat noch immer seine drei Gassenzimmer, eines davon ist inzwischen in ein Industriequartier umgezogen (An den alten Standort erinnern nur noch Klagen der Anrainer bis vor das Bundesgericht und happige Schadenersatzforderungen).

Staatsanwaltschaft und Polizei versuchen unermüdlich, vermehrt Einfluss auf die Betriebe zu nehmen. Für diese Behörden bedeuten die Gassenzimmer primär die Rechtfertigung für «Aufräum-» und Vertreibungs-Aktionen auf der Gasse. Zudem werden sie als Überwachungsort geschätzt.

Der neue Justizdirektor steht zu den Gassenzimmern, möchte sie jedoch nicht als Liberalisierungsvorboten, sondern als Rekrutierungsfeld für den ersten Schritt in die Abstinenz sehen.

Die Junkies haben sich an die neuen Angebote gewöhnt, die Szene ist etwas breitflächiger über die Stadt verteilt; das Zentrum befindet sich jedoch allen Verlagerungsversuchen zum Trotz noch immer im angestammten Quartier. Die Jahre des «Fixerstübli» haben in der

Erinnerung der Junkies bereits nostalgische Verklärung angenommen («die gute alte Zeit als alles noch besser war»).

Die Gassenzimmer selbst funktionieren nicht so, wie es eigentlich gedacht war:

- *der Dezentralisierungseffekt ist nur gering; vor dem einem Lokal hat sich der Deal etabliert,- dort findet auch der grosse Andrang statt, währenddem es in den beiden anderen sehr ruhig zugeht.*
- *Die vom Konzept vorgesehene «psychosoziale Betreuung» gibt es nach wie vor nur auf dem Papier,- die MitarbeiterInnen sind durch Ordnungsdienst und Notfallinterventionen ausgelastet.*
- *Infolge der Finanzkrise Basels werden bei den BetreuerInnenteams keine zusätzlichen Stellen bewilligt. Billiger arbeitende Freiwillige will man nicht, da dies die Arbeitsplatz- und damit auch die Lohnklassifizierung in Frage stellen könnte.*
- *inzwischen wurde auch die sonntägliche Öffnung eines der drei Lokale wieder eingestellt (zu hohe Konzentration - zu wenig Geld für die Öffnung eines weiteren Lokals). Dies führte dazu, dass ehemalige «Fixerstübli»-MitarbeiterInnen derzeit wieder Spritzenabgabe-Aktionen auf der Gasse durchführen.*

Bei allem Verständnis für den Kampf der Gassenzimmer-MitarbeiterInnen für bessere Arbeitsbedingungen und für die Erhaltung des Lohnniveaus bleibt doch die bittere Tatsache, dass letztendlich die Junkies die Leidtragenden sind..

Das ehemalige «Fixerstübli» ist heute ein Architekturbüro; rund um die Liegenschaft ist es etwas ruhiger geworden. Nicht aber auf der Gasse. Die Quartierscharfmacher haben ein neues Opfer gefunden: jetzt kämpfen sie für die Schliessung eines in der Szene gelegenen Kioskes, dessen Betreiberinnen seit Gassengedenken so etwas wie die guten Seelen der Szene darstellen, sowie für die Zubetonierung eines historischen Durchganges, in dem Junkies Schutz vor Wolkenbrüchen suchen.

Auf der Gasse hat sich nicht viel geändert, ausser dass die Polizei die Repressionsschraube noch etwas mehr angezogen hat. Eine Fahrt zum nächsten Polizeiposten mit Striptease gehört beinahe schon zum Tagesprogramm der Gassenfreaks. Allen Bemühungen zum Trotz hat es die Polizei jedoch (noch) nicht geschafft, die etablierte Szene an der touristisch wertvollen Rheinpromenade zu vertreiben.

Dafür hat das im Moment v.a. bei jüngeren Leuten stark boomende «Folienrauchen» zur Bildung von neuen Szenen geführt.

Der Rechtsstreit um die Legalität der behördlichen «Fixerstübli»-Blockade ist auf unbefriedigende Art und Weise vorläufig abgeschlossen: Das Verfahren wurde bis nach dem Ende der Belagerung auf Eis gelegt, erst dann empfahl das Polizeidepartement der Regierung, den Rekurs abzulehnen. Im Frühjahr 93 behandelte schliesslich die Regierung die Angelegenheit, ging mit keinem Satz auf die gesamten Anklagepunkte (Nötigung, Besitzumsstörung, Wegrechtsbehinderung, Eingriffe in die Vereinsfreiheit) ein, sondern beendete das Verfahren mit dem Hinweis auf «fehlendes aktuelles Interesse» und auferlegte der Klägerin die Kostenübernahme. Auf eine Weiterziehung des Verfahrens an das Bundesgericht musste aus finanziellen Gründen verzichtet werden.

AUSTRALIEN:

Religion and Politics

Vatican Bans Catholic Workers From Controversial Australian Drug Program

29 September 2000 (Newsroom)

-- A Vatican decree this month effectively bans the Australian Sisters of Charity from participating in an 18-month trial of Australia's first medically supervised injecting service for heroin addicts.

The six-page ruling, prepared by the Vatican's Congregation for the Doctrine of the Faith (CDF), orders Catholic organizations not to participate in the pilot project sponsored by the New South Wales government while the Roman Catholic Church prepares a manual advising church members who work with drug addicts.

Deaths from heroin overdoses continue to set records in Australia, prompting some government officials and church leaders to advocate a pilot project in which addicts would be given free heroin and safe rooms in which to inject the narcotic.

Dr. Peter Carnley, the **Anglican archbishop of Perth**, has argued that providing safe injecting houses, short-term heroin prescriptions and professional counseling could be useful in a broader strategy to resolve Australia's drug problem. Last year 46 percent of Australians tried drugs and more than 800 people died of heroin overdoses, according to government figures. That is nearly twice the number of homicides reported.

Sister Annette Cunliffe, congregational leader of the **Sisters of Charity**, said the ruling puts the Vatican at odds with many **Australian Catholics**. "I don't believe most Catholics are opposed to supervised injecting services. We received over 170 letters of support, many from Catholics," she told Newsroom.

The CDF, the Catholic Church's most powerful doctrinal tribunal in **Rome**, said in its ruling that despite its good intentions the pilot program comes too close to supporting "the grave evil of drug abuse and its foreseeable bad side effects." The committee expressed concern that although legal injection services are aimed at saving lives and promoting rehabilitation, they could make the situation of drug users chronic when they see that their decision to inject illegal drugs is neither obstructed by medical personnel nor punished under the law. The CDF believes lives can be saved in other ways and promotes rehabilitation that involves less cooperation in evil with equal or greater promise of success.

The decree came six months after the Sisters of Charity presented the Vatican with a detailed description and ethical defense of the nation's first proposed injecting center in **Kings Cross, Sydney's** prostitution district.

Many Catholic bishops and health workers in Australia have endorsed the plan, contending that it is not inconsistent with Catholic teaching. **Melbourne Archbishop George Pell** has consistently spoken out against legal injecting rooms, however, maintaining that the issue is to get people off drugs, not stabilize their addiction.

The CDF drugs manual, currently in its second reading, will offer advice in line with church teaching, according to **Mexican Archbishop Javier Lozano**. The archbishop, who also is president of the **Pontifical Council for Health Care**, said that all drugs are dangerous. "The real problem is the person who takes these substances, because he manifests symptoms of grave malaise," the archbishop said. "He is a person we must help, because he lives in a world devoid of values and lacking in love."

Cunliffe said she was "pleased to note there was no disagreement in moral principle between the Sisters and the CDF, though there are differences of emphasis and a different final conclusion."

Two state governments -- **Australian Capital Territories (ACT)** and **New South Wales (NSW)** -- have passed legislation to provide injecting rooms but are still waiting for them to open.

The **Australian Uniting Church's Wesley Central Mission** had hoped to open **Melbourne's** first supervised injecting room, but the **City Council** rejected it in June. The church expects to start a trial of an injecting room in **Sydney** by the end of the year.

CALLS TO CLOSE INJECTING ROOM -- An anti-drugs group today called for Sydney's heroin injecting room to be shut down, after a report it commissioned found that overdose rates at the centre were 36 times higher than in the surrounding neighbourhood. Drug Free Australia executive director Michael Robinson said the money spent on the Kings Cross injecting room should be reallocated to prevention programs. "The government and the injecting room are all about keeping people on drugs," he said. "(The centre) has failed on its own indicators. It should be closed, and that money should be put into rehabilitation." But NSW Premier Bob Carr, whose government this month decided to continue for four years the trial of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, dismissed the call. "On balance, it's better to have a medically supervised injecting room than to have these people injecting in the alleyways of Kings Cross, forcing the paramedics, the ambulance crews, to risk their own lives trying to track them down when an overdose has occurred," he told reporters.

The injecting room's medical director, Ingrid van Beek, said the Drug Free Australia report's findings were based on false assumptions. "We would strongly dispute the figure of 36 times the number of overdoses. That is incorrect," she said.

Dr van Beek said the rate of non-fatal overdoses in the community was always under-reported, because it relied on self-reporting by drug users. High overdose rates at the centre were not surprising because the injecting room targeted high-risk drug users, she said.

KANADA:

In Vancouver, Canada, a promised safe-injection center will open "in the next week or so," according to Mayor Larry Campbell. Campbell made the opening of a safe-injection center a priority after running on promises to effectively handle the drug problem in Vancouver's downtown Eastside. Campbell, who secured some \$ 2 million in operating expenses for the first year, was "positive the money will be there for the second and the third and the fourth and the fifth year."

Vancouver's long-awaited safe-injection site for drug addicts will open "in the next week or so," one of its greatest champions said yesterday.

"Health Canada is in town and yesterday they went down and looked at it," said Vancouver Mayor Larry Campbell, who essentially won his job after promising to deal with the drug problems in the Downtown Eastside.

Campbell said he had secured \$ 2 million from Premier Gordon Campbell to operate the site in its first year.