

IPP-SCHRIFTEN 16

**Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Katja Thane,
Dr. Nadine Ochmann**

**Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines
Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum
von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit
dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof**

**Im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und
Verbraucherschutz, Freie Hansestadt Bremen**

**Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
der Universität Bremen**

**Herausgeber*innen: Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Karin Wolf-Oster-
mann, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus**

Bremen, Juni 2019

Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 16 / 2019

Titel: Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof.

Autor*innen: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Katja Thane, Dr. Nadine Ochmann

Kontakt Autor*innen: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen.
E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

Herausgeber*innen IPP-Schriften: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Gabriele Bolte (geschäftsführend), Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus.

Kontakt Herausgeber*innen: Prof. Dr. Gabriele Bolte (Geschäftsführende Direktorin), c/o Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11, Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen.

Fon: (+)49 0421 – 218 68980/ -68880, E-Mail: hmertesa@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de.

Bremen, Februar 2019

Umschlaggestaltung: IPP

Download der Online-Ausgabe unter: www.ipp.uni-bremen.de

ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

V.i.S.d.P.: Verantwortlich für die publizierte Fassung sind die Autor*innen der vorliegenden Ausgabe.

Datenschutzerklärung: Es gilt die Datenschutzerklärung der Universität Bremen (Online im Internet unter <https://www.uni-bremen.de/datenschutz/>)

Haftungsausschluss: Es gilt der nachfolgende Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter <https://www.uni-bremen.de/datenschutz/haftungsausschluss/>):

1. Inhalt des Onlineangebotes

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Universität Bremen behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

2. Verweise und Links

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

3. Urheber- und Kennzeichenrecht

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

4. Datenschutz

Sofern innerhalb des Internetangebotes die Möglichkeit zur Eingabe persönlicher oder geschäftlicher Daten (E-Mail-Adressen, Namen, Anschriften) besteht, so erfolgt die Preisgabe dieser Daten seitens des Nutzers auf ausdrücklich freiwilliger Basis.

5. Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen)

Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen.

Die Online-Dokumente und Webseiten einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nicht-gewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden.

Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof

im Auftrag der Senatorin
für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz

Vorgelegt von:

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch
Dr. Nadine Ochmann
Dr. Katja Thane
Universität Bremen | Fachbereich 11
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung 6: Gesundheit & Gesellschaft
Grazer Str. 2 | 28359 Bremen

Bremen
Juni 2019

INHALT

Zusammenfassung	02
1. Ausgangslage, Problemhintergrund und Vorgehen der Studie	04
2. Forschungsstand und Erfahrungen zur Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen	09
2.1 Begriff und Geschichte von Drogenkonsumräumen	09
2.2 Ziele und Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen	10
2.3 Risiken von Drogenkonsumräumen	22
2.4 Zusammenfassung	25
3. Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen	27
4. Konzeptionelle und rechtliche Aspekte von Drogenkonsumräumen	31
4.1 Konzeptionelle Aspekte von Drogenkonsumräumen	31
4.1.1 Modelle und Träger	31
4.1.2 Standorte	33
4.1.3 Personal	34
4.1.4 Öffnungszeiten	36
4.1.5 Räumliche Gestaltung und Konsum-Plätze	39
4.1.6 Zielgruppe und Einlasskriterien	40
4.1.7 Hausordnung und Hausverbote	42
4.1.8 Kooperationen	42
4.1.9 Dokumentation und Evaluation	43
4.2 Rechtsverordnungen	44
5. Kosten für einen Drogenkonsumraum	55
5.1 Einmalige investive Kosten	55
5.2 Personalkosten	55
5.3 Laufende Sachkosten	64
5.4 Fazit und Kosteneffizienz eines DKR	65
6. Empfehlungen für die Umsetzung eines DKR in Bremen	67
7. Ausblick	72
Liste der Rechtsverordnungen	74
Literaturverzeichnis	74

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Ende 2018 von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie untersucht den Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen sowie die Möglichkeiten seiner Umsetzung. Den Hintergrund der Untersuchung bildet dabei einerseits die Frage, ob ein Drogenkonsumraum aus gesundheitspolitischer Perspektive dazu beitragen kann, die Gesundheit von Drogenkonsumierenden zu fördern und die vorhandenen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe in Bremen sinnvoll zu ergänzen. Andererseits stellte sich die Frage, inwieweit eine solche Einrichtung zudem die Ordnungs- und Sicherheitssituation rund um den Bremer Bahnhof verbessern könne, der seit einigen Jahren vermehrt mit Ansammlungen der offenen Drogenszene sowie entsprechenden Sicherheitsproblemen und Unordnungserscheinungen konfrontiert ist. Vor diesem Hintergrund sollte geprüft werden, welche Konzepte, Träger und Standorte für einen Drogenkonsumraum in Bremen infrage kommen und welche Kosten ein solches Projekt nach sich ziehen würde.

Methode: Zur Bearbeitung der Studie kamen unterschiedliche Methoden zum Einsatz: Erstens eine umfassende Recherche der nationalen und internationalen Literatur zu Drogenkonsumräumen und ihren gesundheitlichen und ordnungspolitischen Wirkungen; zweitens fanden Begehungen von fünf deutschen Drogenkonsumräumen in Hamburg, Hannover, Dortmund und Frankfurt statt; drittens wurden je fünf Experteninterviews mit überregionalen Expert*innen sowie Betreibern von Drogenkonsumräumen, fünf problemzentrierte Interviews mit studentischen Hilfskräften in Drogenkonsumräumen und drei Experteninterviews mit Vertreter*innen einschlägiger Träger in Bremen sowie eines mit dem Verfasser des Sicherheitskonzeptes für den Bremer Hauptbahnhof geführt. Schließlich flossen umfangreiche Daten (Interviews mit Polizeibeamt*innen, Streetworker*innen und Drogenkonsumierenden sowie teilnehmende Beobachtungen auf der Bremer Drogenszene) aus dem vom BMBF geförderten und u.a. am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen angesiedelten Projekt „Drugs and Urban Security“ (DRUSEC) mit ein.

Ergebnisse: Drogenkonsumräume sind eine Public Health-Maßnahme, die schwerstabhängigen Menschen die Möglichkeit bietet, illegale Drogen in einem geschützten Raum und unter hygienischen Bedingungen zu sich zu nehmen. In 15 deutschen Städten (z.B. Hamburg, Hannover, Münster, Dortmund, Essen oder Köln) sind solche Drogenkonsumräume seit vielen Jahren etabliert. Dabei weisen alle wissenschaftlichen Studien und praktischen Erfahrungen darauf hin, dass Drogenkonsumräume geeignet sind, die Zielgruppe der besonders gefährdeten Drogenkonsumierenden zu erreichen und die folgenden gesundheitlichen Effekte zu bewirken: a) Vermeidung von Infektionen (HIV, Hepatitiden etc.) und schweren (auch drogenassoziierten) Folgeerkrankungen, b) Verhinderung von Überdosierungen und Drogentodesfällen durch schnelle Notfallhilfe, c) Verbesserung des Kenntnisstandes zu Risiken des Drogengebrauchs sowie zu Möglichkeiten eines ‚Safer Use‘, d) Aufklärung über Behandlungsoptionen und Erhöhung der Motivation der Drogenkonsumierenden, weitere Behandlungsdienste in Anspruch zu nehmen sowie e) Vermittlung der Betroffenen in andere Einrichtungen und Dienste (z.B. in Entgiftung, Substitution, soziale Dienste, medizinische Behandlung etc.). Neben diesen positiven gesundheitlichen Wirkungen hat die Einrichtung von Drogenkonsumräumen stets auch die folgenden ordnungs- und sicherheitspolitischen Effekte: a) Entlastung des öffentlichen Raumes hinsichtlich des öffentlich sichtbaren Drogenkonsums, b) Verminderung konsumspezifischer Ver-

unreinigungen in der Öffentlichkeit (z.B. durch gebrauchte Spritzen) sowie die Entlastung des öffentlich Raumes durch Verlagerung von Szeneansammlungen in die Einrichtung.

Vor diesem Hintergrund wird für Bremen aus zwei Gründen ein erheblicher Bedarf für einen Drogenkonsumraum festgestellt: Erstens ist Bremen (nach jüngsten Schätzungen) mit einem Wert von 5,5 das Bundesland mit den meisten opioidabhängigen Personen pro 1000 Einwohner*innen, vor z.B. Hamburg (4,9), Berlin (3,1), Nordrhein-Westfalen (3,0), Hessen (2,6), Schleswig-Holstein (2,4) oder Niedersachsen (2,1). Und zweitens bejahen alle von uns Befragten (Expert*innen, Vertreter*innen der Bremer Suchthilfe-Träger, Polizeibeamt*innen und Drogenkonsumierende) den dringenden Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen.

Schlussfolgerungen: Alle Evidenz deutet darauf hin, dass die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes sowohl aus gesundheits- als auch sicherheitspolitischer Perspektive sinnvoll und zielführend ist. Empfohlen wird die Einrichtung eines so genannten ‚integrierten Drogenkonsumraumes‘, der in weitere niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Suchthilfe (z.B. Spritzentausch, eingehende Beratung, sozialpädagogische und weitere Überlebenshilfen, gesundheitlich-medizinische Versorgungsangebote, Kontakt- und Aufenthaltsbereich mit dem Angebot von Getränken und warmen Mahlzeiten) eingebettet sein sollte. Zudem wird empfohlen, sowohl einen Raum für den intravenösen Konsum als auch einen Raum für den inhalativen Gebrauch (‚Rauchraum‘) einzurichten und den Drogenkonsumraum insgesamt mit möglichst langen Öffnungszeiten auszustatten (im Text finden sich Modellrechnungen für Sach- und Personalkosten für vier unterschiedliche Öffnungszeiten). Schließlich sollten möglichst wenige Einschränkungen hinsichtlich der Zielgruppe des Drogenkonsumraumes sowie der dort konsumierbaren Substanzen und möglichen Konsumformen (intravenös, inhalativ, nasal, oral) gemacht werden. Unter diesen Voraussetzungen stellt die Implementierung eines Drogenkonsumraumes eine wichtige Ergänzung der bestehenden Angebote der Drogen- und Suchthilfe in Bremen dar.

1. Ausgangslage, Problemhintergrund und Vorgehen der Studie

Die vorliegende Machbarkeitsstudie wurde Ende 2018 von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Bremen in Auftrag gegeben. Sie untersucht den Bedarf sowie die Möglichkeiten der „Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof“.

Bei einem ‚Druckraum‘ oder allgemeiner: einem ‚Drogenkonsumraum‘ handelt es sich um eine Public Health-Maßnahme, die schwerstabhängigen Menschen die Möglichkeit bieten soll, illegale Drogen in einem geschützten Raum, von den Strafverfolgungsbehörden unbehelligt und unter hygienischen Bedingungen zu sich zu nehmen. Damit ist zugleich die Hoffnung verbunden, dass die Adressat*innen auf diese Weise auch für weitere sozialpädagogische, gesundheitliche und medizinische Maßnahmen gewonnen werden können, die ihre soziale und gesundheitliche Situation verbessern und langfristig auch zu einem Ausstieg aus der Sucht führen sollen. Neben diesen und anderen positiven (unten ausführlicher behandelten) gesundheitlichen Wirkungen für die Adressat*innen soll die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in der Regel aber auch Auswirkungen auf den (diese Einrichtung umgebenden) öffentlichen Raum sowie die öffentliche Sicherheit und Ordnung haben: Durch die Einrichtung eines Drogenkonsumraums, so die Erwartung, würden viele der sonst in der Öffentlichkeit stattfinden Konsumvorgänge in den Drogenkonsumraum verlagert: Auf diese Weise werde der öffentliche Raum nicht nur hinsichtlich der Konsumvorgänge, sondern u.a. auch mit Blick auf den dabei anfallenden Abfall (z.B. gebrauchte Spritzen) entlastet. Zudem könne so der Bildung einer ‚offenen Drogenszene‘ entgegengewirkt bzw. die Aufenthaltsorte und die Ausbreitung dieser Szene könnten bis zu einem gewissen Grad gesteuert werden.

Der Auftrag zu dieser Machbarkeitsstudie verweist sowohl auf die oben angedeutete gesundheitspolitische als auch auf die sicherheits- und ordnungspolitische Einordnung von Drogenkonsumräumen: Der Auftrag wurde von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als der Verantwortlichen für die gesundheitliche Versorgung im Lande Bremen erteilt, allerdings mit dem expliziten Verweis auf das ‚*Sicherheitsprogramm Bremer Hauptbahnhof*‘ (Der Senator für Inneres 2018).

Der Bremer Hauptbahnhof ist verkehrstechnisch der zentrale Knotenpunkt in Bremen, an dem der regionale und überregionale Bus- und Schienenverkehr zusammenläuft. Insofern ist der Bahnhof bzw. der Bahnhofsvorplatz An- und Durchlaufstation für unterschiedlichste Personen bzw. Personengruppen: auswärtige Besucher und Besucherinnen; Bremer und Bremerinnen, die am Bahnhof das Verkehrsmittel

wechseln; Personen, welche die rund um den Hauptbahnhof angesiedelten Hotels, Restaurants, Diskotheken (insbesondere die sogenannte ‚Discomeile‘), Behörden und Geschäfte nutzen oder dort arbeiten usw. Zugleich nutzen aber auch solche Personen die Areale rund um den Hauptbahnhof, deren Verhalten regelmäßig Anstoß bei den übrigen Nutzer*innen erregt und ggf. auch Anlass für polizeiliches Einschreiten gibt. Dabei handelt es sich einerseits um wohnungslose und/oder Alkohol konsumierende Personen, andererseits aber auch um Personen aus der Drogenszene, die u.a. den Bereich vor dem Überseemuseum, die Wartebereiche der Straßenbahnhaltestellen oder auch den Eingangsbereich des Bahnhofs nutzen, um sich zu treffen, illegalisierte Drogen zu kaufen und zu verkaufen und diese ggf. auch vor Ort zu konsumieren. Vor diesem Hintergrund hat sich der Bremer Hauptbahnhof seit einigen Jahren zu einem Brennpunkt der BTM- sowie der damit verbundenen Beschaffungs-Kriminalität entwickelt und ist zugleich mit vielfältigen Unordnungserscheinungen (z.B. Vermüllung, ‚wilden Toiletten‘ oder Campieren auf dem Bahnhofsvorplatz) konfrontiert.

Die beschriebene Situation am Bremer Hauptbahnhof hat sich dabei insbesondere seit dem Beginn der Bauarbeiten am so genannten „City Gate“ auf dem Bahnhofsvorplatz verdichtet. Denn hierdurch verringerte sich die zur Verfügung stehende ‚öffentliche‘ Fläche um ca. 5.500m² und es verschwand damit ein Areal, das nun nicht mehr von den unterschiedlichen Personengruppen als Rückzugsgebiet genutzt werden konnte. Dies hatte – wie bereits angedeutet – zur Folge, dass diese Personengruppen ihre Aktivitäten auf den Bahnhofsvorplatz, die Haltestellen der Busse und Straßenbahnen sowie auf angrenzende Areale verlagerten. Das aktuelle *Sicherheitsprogramm Bremer Hauptbahnhof* kommt daher (Der Senator für Inneres 2018: 2) zu dem Ergebnis, dass diese komplexe Gemengelage insgesamt nicht nur zu einer massiven Beeinträchtigung der Nutzungsmöglichkeiten dieses Areals geführt hat, sondern vor allem auch zu einer Beeinträchtigung des Sicherheitsgefühls vieler Menschen, die den Bahnhof und die angrenzenden Bereiche aus unterschiedlichen Gründen aufsuchen bzw. durchqueren müssen.

Um dieser Situation zu begegnen, also den Bereich des Bremer Hauptbahnhofes (mit Blick auf die Begehung von Straftaten) faktisch sicherer zu machen, das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu verbessern und insbesondere auch die Auswirkungen der offenen Drogenszene zu reduzieren, enthält das *Sicherheitsprogramm Bremer Hauptbahnhof* eine Vielzahl an Maßnahmen: Diese reichen von der ‚Bildung von Sicherheitspartnerschaften‘ (Der Senator für Inneres 2018: 13ff.) und der ‚Beseitigung und Bekämpfung von Unordnungserscheinungen und Ordnungsstörungen‘ (ebd.: 8f.) über die ‚konsequente Verfolgung und Ahndung bzw. Verhütung von Straftaten‘

(ebd.: 5f.) und die ‚Optimierung der Videoüberwachung‘ (ebd.: 7f.) bis hin zu städtebaulichen Maßnahmen der Kriminalprävention (u.a. Einrichtung fester Plätze bzw. Unterstände etwa für Wohnungslose oder Konsumierende illegaler Drogen; ebd.: 10) sowie schließlich medizinisch-gesundheitlichen und sozialpädagogischen (niedrigschwelligen) Angeboten der Obdachlosen- und Suchthilfe‘ (ebd.: 10ff.).

Was letztere betrifft, so existieren gegenwärtig bereits einige sozialpädagogische und auch medizinische Angebote für wohnungslose sowie alkohol- und/oder drogenkonsumierende Personen rund um das Areal des Bremer Hauptbahnhofes: Zu nennen sind hier etwa das ‚Café Papagei‘ und das ‚frauenzimmer‘ (in beiden Einrichtungen findet auch eine medizinische Versorgung obdachloser Menschen statt), die ‚Bahnhofsmission‘ sowie die ‚Suppenengel‘. Explizit für Konsumierende illegaler Drogen existiert das KBZ (Kontakt- und Beratungszentrum) der ‚Comeback GmbH‘, das direkt gegenüber dem Bahnhof vielfältige niedrigschwellige medizinisch-gesundheitliche (z.B. Substitution, medizinische Ambulanz, Sprizentausch) und (psycho-)soziale Angebote (u.a. offene Beratung, Therapievermittlung, Wohnungshilfe, Kleiderkammer, günstiges Essen und Trinken, Cafébetrieb, Duschen, Möglichkeiten zum Wäsche-Waschen) vorhält. Weiterhin befinden sich im fußläufigen Umfeld des Bremer Hauptbahnhofes Einrichtungen der ‚Ambulanten Suchthilfe Bremen gGmbH‘, deren Angebote allerdings eher ausstiegsorientiert ausgerichtet sind und sich eher an sozial integrierte Klient*innen richten, die Arbeit haben oder zumindest arbeitsfähig sind. Zudem betreibt die ‚AMEOS Gruppe‘ in der Schillerstraße ein Poliklinikum, in dem Drogenkonsumierende allgemeinmedizinisch versorgt werden, sowie eine Substitutionsambulanz, in der ca. 100 opiatabhängige Personen substituiert werden. Eine weitere große Substitutionspraxis (Dr. med. John Koc) befindet sich in der Straße ‚Außer der Schleifmühle‘.

Angesichts der oben dargestellten Situation rund um den Bremer Hauptbahnhof stellt sich die Frage, wie die bestehenden sozialpädagogischen und medizinischen Angebote ggf. ergänzt werden können, um einerseits den möglichen gesundheitlichen Bedarfen schwer abhängiger Menschen Rechnung zu tragen und andererseits die Ordnungs- und Sicherheitslage auf den Arealen vor und um den Bremer Bahnhof nachhaltig zu verbessern und insbesondere die Auswirkungen der offenen Drogenszene zu reduzieren.

Vor diesem Hintergrund stellen sich mit Blick auf die in Bremen vorhandenen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe vier zentrale Fragen:

- Gibt es aus gesundheitspolitischer Perspektive einen Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen? Inwieweit kann die Einrichtung eines Drogenkon-

sumraumes dazu beitragen, die Gesundheit von Drogenkonsumierenden zu fördern, und die vorhandenen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe sinnvoll ergänzen?

- Inwieweit kann die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes die Ordnungs- und Sicherheitssituation rund um den Bremer Bahnhof verbessern? Gibt es aus ordnungspolitischer Perspektive einen Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen?
- Wenn ja: Welche unterschiedlichen Konzepte für einen Drogenkonsumraum gibt es, und wie kann ein adäquates Konzept für einen solchen Drogenkonsumraum in Bremen aussehen?
- Welche Träger und Standorte kommen dafür in Frage und welche Kosten würde ein solches Projekt nach sich ziehen?

Um diese Fragen zu beantworten und zu entsprechenden belastbaren Erkenntnissen zu gelangen, wurden Daten in unterschiedlichen Bereichen erhoben und ausgewertet und auch auf veröffentlichte Studien sowie auf eigenes, bereits bestehendes Datenmaterial zurückgegriffen. Konkret wurde folgendermaßen vorgegangen bzw. kamen folgende Methoden zu Einsatz:

- a) Umfassende Recherche der nationalen und internationalen Literatur zu Drogenkonsumräumen und ihren gesundheitlichen und ordnungspolitischen Wirkungen.
- b) Begehung von fünf Drogenkonsumräumen in vier deutschen Städten:
 - Hamburg: ‚DROB INN‘ (Träger: ‚Jugendhilfe e.V.‘)
 - Hannover: ‚Stellwerk‘ (Träger: ‚STEP gGmbH‘)
 - Frankfurt: ‚La Strada‘ (Träger: ‚AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.‘)
 - Frankfurt: ‚Konsumraum Niddastraße‘ (Träger: ‚Integrative Drogenhilfe e.V.‘)
 - Dortmund: ‚Drogenhilfeeinrichtung Klck‘ (Träger: ‚AIDS-Hilfe Dortmund e.V.‘)
- c) Durchführung und Auswertung von Experteninterviews mit fünf Betreibern von Drogenkonsumräumen in vier Städten sowie mehreren überregionalen Expert*innen.
- d) Durchführung und Auswertung von problemzentrierten Interviews mit studentischen Hilfskräften, die in Drogenkonsumräumen in Hannover und Dortmund beschäftigt sind.
- e) Durchführung und Auswertung von Experteninterviews in Bremen mit folgenden für die Thematik einschlägigen Trägern:
 - ‚Comeback GmbH‘

- ‚Ambulante Suchthilfe e.V.‘
 - ‚AMEOS Gruppe‘.
- f) Experteninterview mit dem Verfasser des Sicherheitskonzeptes für den Bremer Hauptbahnhof.
- g) Auswertung von bereits erhobenen, umfangreichen Daten aus dem vom BMBF geförderten und beim Institut für Public Health und Pflegeforschung (Abt. 6: Gesundheit & Gesellschaft) der Universität Bremen angesiedelten Projekt „Drugs and Urban Security“ (DRUSEC; Teilprojekt Bremen: „Sozialwissenschaftliche Erforschung von Sicherheitsängsten und -risiken in urbanen Kontexten des Alkohol- und Drogenkonsums“). Im Rahmen dieses Projekts wurden zwischen August 2017 und März 2019 u.a. zahlreiche Interviews mit Expert*innen (z.B. Polizeibeamt*innen), vor allem aber auch mit Drogenkonsumierenden geführt sowie vielfältige teilnehmende Beobachtungen in der offenen Drogenszene rund um den Bremer Hauptbahnhof sowie eine teilnehmende Beobachtung im Drogenkonsumraum Fixpunkt in Berlin durchgeführt.

Im Folgenden wird in einem ersten Schritt der nationale und internationale Forschungsstand zu Drogenkonsumräumen (DKR) und ihren gesundheitlichen und ordnungspolitischen Wirkungen dargestellt (Kapitel 2). In einem zweiten Schritt wird dargestellt, inwieweit in Bremen ein entsprechender Bedarf für einen Drogenkonsumraum besteht (Kapitel 3). Im Anschluss werden in Kapitel 4 unterschiedliche Konzepte und Aspekte von Drogenkonsumräumen beleuchtet sowie ein vergleichender Überblick über die vorhandenen Rechtsverordnungen in anderen Bundesländern gegeben. Kapitel 5 enthält sodann Überlegungen und Schätzungen zu den Kosten, die die Einrichtung (unterschiedlicher Modelle) eines DKR mit sich bringen würde. Abschließend werden wir in Kapitel 6 sodann entsprechende Handlungsempfehlungen für die Einrichtung eines DKR in Bremen unterbreiten. Die Studie schließt mit einem kurzen Ausblick (Kapitel 7).

2. Forschungsstand und Erfahrungen zur Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen

2.1 Begriff und Geschichte von Drogenkonsumräumen

Zu Beginn dieses Kapitels soll zunächst Klarheit über den zentralen Begriff dieser Studie hergestellt werden. Der Auftrag der senatorischen Behörde fragt nach der „Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen“. Allerdings wird der Begriff ‚Druckraum‘ im deutschsprachigen Raum für die entsprechenden Einrichtungen seit einigen Jahren immer seltener gebraucht und ist weitgehend durch den allgemeineren Begriff ‚Drogenkonsumraum‘ (DKR) abgelöst worden. Dies trägt der seit einigen Jahren zu beobachtenden Entwicklung Rechnung, dass eine große Zahl dieser Einrichtungen nicht mehr nur Orte für einen sicheren intravenösen (i.v.) Gebrauch darstellen, sondern zunehmend auch das Rauchen von illegalisierten Substanzen (insbesondere Heroin und Kokain) erlauben und dafür in der Regel auch separate Räume eingerichtet haben. Insofern sind auch die international vielfach benutzten Begriffe ‚supervised injection facility‘ (SIF), ‚safe injection site‘ (SIS) oder ‚medically supervised injection centre‘ (MSIC) im Grunde missverständlich, denn anders als der Begriff des DKR stehen alle diese Begriffe für Einrichtungen, in denen ausschließlich der i.v. Gebrauch praktiziert wird. Aus diesem Grund – und v.a. auch, weil die von uns besichtigten Einrichtungen fast alle auch über Rauchräume verfügen – benutzen wir für die infrage stehenden Einrichtungen in dieser Studie im Folgenden (und im Übrigen in Übereinstimmung mit der EMCDDA 2018a) den allgemeineren Begriff des DKR (vgl. hierzu auch Vander Laenen 2018: 24; Woods 2014: 9). Den Begriff ‚Druckraum‘ benutzen auch wir zwar weiterhin, er dient uns allerdings lediglich zur Abgrenzung eines Raumes für den intravenösen (i.v.) Gebrauch von jenen ‚Rauchräumen‘, die dem inhalativen (i.h.) Gebrauch vorbehalten sind. Der Einrichtungstyp eines DKR verfügt also (mittlerweile in der Regel) sowohl über einen ‚Druckraum‘ als auch über einen ‚Rauchraum‘.

Drogenkonsumräume (DKR) werden in Europa mittlerweile seit über 30 Jahren betrieben. Bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es in den Niederlanden und in der Schweiz erste solche Einrichtungen, die zwar rechtlich noch nicht abgesichert, aber gleichwohl toleriert waren. Auch in Deutschland gab es schon Ende der 80er Jahre kurzzeitig entsprechende, tolerierte Angebote in Bremen und Bonn (vgl. Zurhold et al. 2001: 16). Der erste offiziell genehmigte DKR wurde im Juni 1986 in Bern in der Schweiz unter dem Namen ‚Fixerstübli‘ eröffnet; er existiert auch heute noch unter dem Namen ‚K + A‘, was für ‚Kontakt- und Anlaufstelle‘ steht. Seit diesen Anfängen in der zweiten Hälfte der 80er Jahre hat sich dieser Einrichtungstyp stark verbreitet. Inzwischen gibt es 94 DKR weltweit, davon einen in Australien und zwei in

Kanada. Die übrigen 91 DKR sind in neun europäischen Ländern angesiedelt: Belgien (1 DKR), Dänemark (5 DKR in 4 Städten), Frankreich (2 DKR in 2 Städten), Deutschland (24 DKR in 15 Städten), Luxemburg (1 DKR), Niederlande (31 DKR in 25 Städten), Norwegen (2 DKR in 2 Städten), Spanien (13 DKR in 7 Städten) und Schweiz (12 DKR in 8 Städten). Daneben existieren einige inoffizielle DKR in Osteuropa sowie Süd-Ost-Asien; in etlichen anderen Ländern ist die Einrichtung von DKR (Irland, Portugal) bzw. deren zahlenmäßige Ausweitung (Kanada, Australien, Belgien) geplant oder es wird zumindest darüber diskutiert (vgl. Vander Laenen et al. 2018: 23; Stone/Shirley-Beavan 2018: 69f.; EMCDDA 2018a: 3f.).

In Deutschland gibt es derzeit 24 DKR in 15 Städten in sechs Bundesländern. In Hamburg und in Frankfurt werden je vier DKR betrieben. In Berlin existieren zwei feste und zwei deutschlandweit einzige mobile DKR in Form von Bussen. In Hannover, Saarbrücken, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster, Troisdorf und Wuppertal existiert jeweils ein DKR (Deutsche AIDS-Hilfe 2018b) und in Karlsruhe wird voraussichtlich noch in 2019 der erste DKR in Baden-Württemberg eröffnet. Die ersten deutschen DKR wurden 1994 in Hamburg und Frankfurt eingerichtet und operierten in den ersten Jahren in einer rechtlichen Grauzone (vgl. hierzu Zurhold et al. 2001: 16). Erst im Jahr 2000 wurde dann im Rahmen des 3. Betäubungsmitteländerungsgesetzes der neue „§ 10a Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ geschaffen, der seither die rechtliche Grundlage für das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten bildet, indem er die Landesregierungen „ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach Absatz 1 zu regeln“ (§ 10a, Absatz 2 BtMG). Vor diesem Hintergrund haben die sechs Bundesländer, in denen DKR betrieben werden, jeweils eigene Rechtsverordnungen erlassen, die in vielen Bereichen recht ähnlich sind, sich aber in mancher Hinsicht auch deutlich voneinander unterscheiden (hierauf wird in Kapitel 4.2 noch ausführlicher eingegangen).

2.2 Ziele und Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen

Mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen werden national wie international in aller Regel zwei übergeordnete politische Ziele verfolgt: Erstens werden Drogenkonsumräume aus gesundheitspolitischer Perspektive vor allem als Überlebens- und Schutzräume verstanden, in denen der Konsum illegalisierter Substanzen unter hygienischen und sicheren Bedingungen erfolgen kann, in denen im Drogennotfall schnell Hilfe geleistet werden kann und in denen darüber hinaus sowohl medizinische als auch psychosoziale Angebote gemacht werden können. Zweitens zielt die

Einrichtung von Drogenkonsumräumen aus sicherheits- und ordnungspolitischer Perspektive in der Regel darauf ab, die Auswirkungen der ‚offenen‘ Drogenszene an einschlägigen urbanen Orten zu reduzieren, indem Drogenkonsumierenden ein umgrenzter, fester Ort angeboten wird, an dem sie sich aufhalten und auch ihre Drogen konsumieren können (Hunt 2006a: 41f.).

Diese beiden übergeordneten Ziele lassen sich in konkretere Ziele ausdifferenzieren, deren Anzahl und Formulierung in der Literatur leicht variiert (vgl. etwa Vander Laenen 2018; Schatz/Nougier 2012; Deutsche AIDS-Hilfe & akzept e.V. 2011). Eine gleichermaßen plausible und umfassende Liste der Ziele bietet u.E. die Drogenkonsumraum-Seite auf der Homepage der ‚Deutschen AIDS-Hilfe‘¹, die die (sechs) verschiedenen Ziele in drei (gesundheitliche, ordnungspolitische und drogentherapeutische) Zielkategorien zusammenfasst:

Gesundheitliche Ziele

- **Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen** (Reduzierung des Risikos sogenannter drogenassoziierter Erkrankungen wie z.B. HIV, Hepatitiden und Abszesse durch hygienische Konsumbedingungen, d.h. das Zur-Verfügung-Stellen von Injektionsutensilien und Materialien für einen hygienischen und risikoärmeren Konsum in einer angstfreien Atmosphäre)
- **Verhinderung von Überdosierungen und Drogentodesfällen** (Durch die Überwachung der Konsumvorgänge wird sofortige Erste Hilfe bei Überdosierungen und anderen Notfällen, z.B. Bewusstlosigkeit, Atemsuppression, Atemstillstand und epileptische Anfälle, ermöglicht und so auch etliche kostenintensive Notarzteinsätze und/oder Krankenhausaufenthalte vermieden)
- **Verbesserung des Kenntnisstands zu Risiken des Drogengebrauchs** (Die Mitarbeiter*innen im Konsumraum sollen Safer Use-Maßnahmen thematisieren und vermitteln, also schadenreduzierende Strategien, die von den Nutzer*innen in den Alltag übernommen werden können und so das eigene Konsumverhalten beeinflussen sollen)

Ordnungspolitische Ziele

- **Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit** (Entlastung des öffentlichen Raums hinsichtlich des sichtbaren Konsums, konsumspezifischer Verunreinigungen (z.B. Spritzenutensilien oder Tablettenblister) und Szeneansammlungen durch die Verlagerung des Drogenkonsums in die Einrichtung)

¹ Siehe: <https://www.drogenkonsumraum.net/ziele-und-aufgaben> (Zugegriffen: 27.05.2019).

Drogentherapeutische Ziele

- **Kontaktaufnahme zu schwer erreichbaren Drogenkonsumierenden** (Drogenkonsumräume bieten einen geschützten Rahmen, in dem angstfreie Kommunikation und Beziehungsaufbau möglich wird. Das daraus resultierende Vertrauen der Nutzer*innen bietet die Basis für die Vermittlung in weiterführende Hilfen)
- **Erhöhung der Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation**
Der vertrauensvolle Kontakt zu den DKR-Nutzer*innen und die Anerkennung ihrer Eigenverantwortlichkeit bildet die Grundlage dafür, dass Drogenkonsumräume eine wichtige Brückenfunktion im Hilfesystem ausüben können. Die Integration der DKR in die regionalen Drogenhilfestrukturen gewährleistet zudem, dass weiterführende Hilfen „just in time“ bereitstehen oder eingeleitet werden können.

Die Frage ist nun, ob und inwieweit diese Ziele tatsächlich auch erreicht werden. Dabei ist zunächst mit der EMCDDA (2018a) anzumerken, dass die jeweiligen lokalen Behörden die Situation vor und nach der Eröffnung der Einrichtungen sorgfältig überwachten und zugleich dokumentierten, ob die beabsichtigten Änderungen erreicht wurden: „Die Ergebnisse wurden direkt den lokalen und manchmal nationalen politischen Entscheidungsträgern gemeldet, aber die Daten wurden selten in der internationalen Fachliteratur veröffentlicht (...) Allerdings wurden zu den in Sydney und Vancouver als Pilotprojekte geschaffenen Einrichtungen für überwachten injizierenden Drogenkonsum finanziell gut ausgestattete und von Hochschulen unterstützte Evaluationsstudien durchgeführt, für die aufwendige Modelle (einschließlich einer Kohortenstudie) herangezogen wurden und die einen beträchtlichen Fundus von Evidenzdaten bereitstellten“ (EMCDDA 2018a: 5; vgl. auch Hedrich et al. 2010: 308f.). Es liegt daher nahe, in den folgenden Ausführungen auch diese Studien und Ergebnisse immer wieder heranzuziehen. Im Folgenden werden die o.g. Ziele nacheinander abgehandelt.

Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen

Bei der Zielgruppe von DKR handelt es sich um schwer abhängige Drogenkonsumierende, die von anderen Angeboten der Drogen- und Suchthilfe nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Viele dieser Personen weisen aufgrund des Lebens auf der Szene, der häufigen Obdachlosigkeit und Marginalisierung sowie der Folgen des Konsums und der Verunreinigungen der illegalisierten und auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf: Zu

nennen sind Schlafstörungen, ein behandlungsbedürftiger Zahnstatus, psychische Belastungen und Erkrankungen (u.a. depressive Verstimmungen, Unruhezustände, Ängste/Phobien, Suizidversuche) (Dammer et al. 2018: 31); zudem kommt es zu Vergiftungen, Abszessen und sonstigen (Folge-)Erkrankungen, die häufig unbehandelt bleiben; bis zu 9% der i.v. Konsumierenden (in Hannover z.B. 8,7%) sind mit HIV und 42-75% (in Hamburg z.B. 71%, in Hannover 75%) mit Hepatitis C infiziert (RKI 2016: 79f.; vgl. auch Belackova et al. 2018; Bernard et al. 2010: 133; Hunt 2006: 41a). Dabei stellt der i.v. Drogenkonsum für Hepatitis-C-Neuinfektionen insgesamt die Hauptursache dar: „Von den Hepatitis-C-Diagnosen mit Angaben zum Übertragungsweg macht intravenöser Drogenkonsum seit Jahren mit Schwankungen um die 80 % aller Fälle aus“ (Dammer et al. 2018: 24; Pfeiffer-Gerschel et al. 2018: 5).

Vor diesem Hintergrund verstehen sich Drogenkonsumräume vor allem auch als Bestandteil einer niedrighschwelligem, lebensweltorientierten Drogenhilfe und damit zugleich als ein sozialraumbezogenes, szenenahes und akzeptanzorientiertes Unterstützungsangebot (Schneider 2006). Durch die Möglichkeit des Konsums in einem geschützten Rahmen und unter hygienischen Bedingungen sowie durch die Ausgabe und den Tausch von Einwegspritzen werden neue Infektionen mit HIV und HCV – zumindest beim Konsum im DKR – verhindert (Jozaghi/Andresen 2013): Durch die Vergabe von sterilen Konsumutensilien (wie Spritzen, Kanülen, Löffeln, Tupfern etc.) wird die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV, Hepatitis und anderen Infektionskrankheiten verringert, weshalb Drogenkonsumräume grundsätzlich einen wichtigen Beitrag zur Infektionsprophylaxe leisten (Dammer et al. 2018: 40; Simon et al. 2006: 79). Zugleich stellen Stolz et al. (2007a: 37), die 760 i.v. Drogenkonsumierende befragten, die einen DKR in Vancouver nutzten, auch fest, dass die regelmäßige Nutzung des DKR „is associated with positive changes in injecting practices, including less reuse of syringes, increased use of sterile water, cleaning of injection sites and cooking/filtering of drugs. In addition, those participants who reported consistent SIF use were less likely to report rushed injections, a practice associated previously with non-sterile injection and increased risk for overdose“ (vgl. auch Cleirec et al. 2018; Kinnard et al. 2014; Jazaghi/Andresen 2013; Schatz/Nougier 2012: 4; Semaan et al. 2011; Bravo et al. 2009; Kerr et al. 2005; Zobel/Dubopis-Arber 2004: 4).

Die Literatur stimmt darin überein, dass DKR zu einer Reduktion der Inzidenz der Infektionen beitragen (Hedrich et al. 2010: 312); auch unsere Interviewpartner in den verschiedenen DKR bestätigen diese Ergebnisse nachdrücklich. Infrage steht allerdings, wie stark dieser Effekt ist: Während Andresen/Boyd (2010) errechneten, dass der DKR in Vancouver jährlich durchschnittlich 35 neue HIV-Infektionen verhindere,

errechnete Pinkerton (2011) nur 5-6 verhinderte HIV-Infektionen. Aber auch wenn grundsätzlich von einer Reduktion der Inzidenz von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumierenden auszugehen ist, so kommt die EMCDDA (2018a) insgesamt mit einigem Recht zu dem Ergebnis, dass der tatsächliche Einfluss von DKR auf diese Reduktion nur schwer abzuschätzen sei: „Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Einrichtungen nur einen begrenzten Teil der Zielpopulation erreichen und die Abgrenzung ihrer Auswirkungen von denen anderer Maßnahmen mit methodischen Problemen verbunden ist“ (EMCDDA 2018a: 6; vgl. auch Stöver et al. 2019: 2; Hedrich et al. 2010).

Verhinderung von Überdosierungen und Drogentodesfällen

2017 sind in der Bundesrepublik Deutschland laut der ‚Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht‘ (DBDD) 1.272 Personen (2016: 1.333, 2015: 1226) aufgrund des Konsums illegalisierter Drogen verstorben (Dammer et al. 2018: 6). Auch wenn damit die Zahl der sogenannten Drogentoten nach einem fünfjährigen Anstieg bundesweit erstmals wieder leicht gesunken ist, so bewegt sie sich doch gleichwohl auf hohem Niveau. Ähnliches gilt auch für das Land Bremen, wo – nach 19 in 2015 und 17 in 2016 – erneut 19 solcher Todesfälle im Jahr 2017 gezählt wurden², was (bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl von ca. 680.000 im Lande Bremen in 2017) rund 2,8 ‚Drogentote‘ pro 100.000 Einwohner bedeutet: Damit bewegt sich Bremen wie etwa auch Essen (2,9) oder Stuttgart (2,9) bundesweit in einem Mittelfeld zwischen Berlin (4,7), Köln (4,6) oder Frankfurt (3,6) im oberen und Düsseldorf (0,5), Dortmund (1,0) oder Hannover (1,9) im unteren Bereich (vgl. ausführlicher Bundeskriminalamt 2018; Dammer et al. 2018: 6f.). Nach Dammer et al. (2018) sind bei Drogentodesfällen im Jahr 2017 Überdosierungen von Heroin/Morphin (auch in Verbindung mit anderen Substanzen) mit 32% weiterhin die häufigste Todesursache (2016: 38%, 2015: 45%). Der Anteil der Drogentodesfälle, „bei denen Substitutionsmittel allein oder in Verbindung mit anderen Drogen als hauptsächliche Substanz nachgewiesen wurden, liegt wie im Vorjahr bei 17 % (218 Fälle). Vergiftungen durch andere Substanzen als Opiate, vor allem durch Kokain/Crack und Amphetamin/Methamphetamin waren in 18% der Fälle todesursächlich“ (Dammer et al. 2018: 7f.). Dazu kommen 6,7% der Todesfälle durch Suizide und 14% durch Langzeitschäden; interessant ist auch noch der Aspekt, dass Opiat-basierte Arzneimittel, insbesondere Fentanyl, für ca. 10% der Todesfälle ursächlich waren (Dammer et al. 2018:

² Siehe: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37339/umfrage/drogentote-in-deutschland-nach-bundeslaendern/> (abgerufen: 21.03.2019).

8f.). Insgesamt waren 84,6% der ‚Drogentoten‘ männlich und der Altersdurchschnitt lag bei 39 Jahren.

Laut der vom Robert-Koch-Institut (RKI) herausgegebenen, sogenannten ‚DRUCK-Studie‘ („Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“) können Drogentodesfälle in Drogenkonsumräumen effektiv verhindert werden, da hier eine schnelle, hygienische und effektive Hilfe im Fall eines Drogennotfalles vorhanden ist (Robert-Koch-Institut 2016: 145). Für Dammer et al. (2018: 4) spielen Drogenkonsumräume eine entscheidende Rolle für die Schadensminderung bei i.v. Drogenkonsumierenden. Dies lässt sich auch gut an entsprechenden Zahlen verdeutlichen. So kam es z.B. in den Drogenkonsumräumen in NRW im Jahr 2016 zu insgesamt 351 Drogennotfällen (0,17% aller Konsumvorgänge), in denen Erste Hilfe geleistet werden musste. Dabei wurden „in 7 Fällen Drogentodesfälle durch sofortige Wiederbelebungsmaßnahmen verhindert. Notärztliche Hilfen wurden in 168 Fällen (...) hinzugezogen und der Transport ins Krankenhaus war bei 134 Fällen erforderlich“ (Landesstelle Sucht NRW 2016: 22). Insgesamt kann man sagen, dass Drogenkonsumräume die Zahl der Drogentodesfälle allein dadurch deutlich verringern können, weil diese Konsumvorgänge in einem überwachten Setting stattfinden, das sofortige Hilfe garantiert. Diese Wirkung wird von allen unseren Interviewpartnern nachdrücklich betont und ist auch in der nationalen und internationalen Fachliteratur vielfältig nachgewiesen (vgl. etwa EMCDDA 2018a, 2018b; Karamouzian et al. 2018; Bouvier et al. 2017; Kinnard et al. 2014; Jozaghi/Andresen 2013; Marshall et al. 2011; Flotiront et al. 2008; Kerr et al. 2007; Maher/Salmon 2007; Hedrich 2004; Poschadel et al. 2002). Schließlich konnte durch zeitreihenanalytische Verfahren gezeigt werden, „dass die Einführung von DKR in deutschen Städten, statistisch signifikant zur Senkung der Anzahl Drogentoter beitragen konnte“ (Stöver et al. 2019: 2; vgl. auch Hedrich et al. 2010: 315; Poschadel et al. 2002).

Darüber hinaus führen Drogenkonsumräume bei vielen Konsumierenden auch zu einem größeren Risikobewusstsein beim Konsum (Deutsche AIDS-Hilfe 2018a), wodurch Verhaltensänderungen bezogen auf einen möglichst risikoarmen Konsum gefördert werden (z.B. der Umstieg von intravenösem auf den inhalativen Konsum; vgl. Stöver & Schäffer 2015). Und schließlich kann über das soziale und Beratungsangebot des Drogenkonsumraumes Kontakt zu solchen Konsumierenden aufgebaut werden, die von anderen Angeboten nicht erreicht werden – wodurch in vielen Fällen auch Ausstiegsprozesse initiiert und die Betroffenen in andere Hilfemaßnahmen vermittelt werden können. In NRW beispielsweise lag die Zahl der Weitervermittlungen in weiterführende Hilfeangebote des Drogenhilfesystems (insbesondere in sozia-

le Hilfen und drogentherapeutische Ambulanzen) im Jahr 2016 bei 16.372 Fällen (Landesstelle Sucht NRW 2016: 22).

Verbesserung des Kenntnisstands zu Risiken des Drogengebrauchs

Es war bereits oben angesprochen worden, dass die regelmäßige Nutzung des DKR assoziiert ist mit positiven Veränderungen bei Injektions-Praktiken. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da der Wissensstand hinsichtlich dieser Praktiken in der Gruppe der Drogenkonsumierenden häufig sehr unzureichend ist. Das Robert Koch-Institut (2016) fasst dies in der so genannten ‚DRUCK-Studie‘ folgendermaßen zusammen:

„Von allen Teilnehmenden mit injizierendem Konsum in den letzten 30 Tagen berichteten 9%, von anderen gebrauchte Spritzen und Nadeln benutzt zu haben, 10% hatten selbst benutzte Spritzen/Nadeln an andere weitergegeben, 19% hatten gebrauchte Filter/Löffel benutzt, und 21% selbst benutzte Filter/Löffel weitergegeben. Wasser/Wassergefäße hatten in den letzten 30 Tagen 22% geteilt. Das Teilen von Spritzen und Nadeln war assoziiert mit einer ungenügenden Versorgung mit sterilen Nadeln und Spritzen je Konsumvorgang, wohingegen das Teilen von Löffeln, Filter und Wasser insbesondere beeinflusst wurde durch ein ungenügendes Wissen der Möglichkeit einer HCV-Übertragung durch dieses Verhalten. Personen mit besserem Wissen praktizierten das Verhalten seltener. Insgesamt waren zwischen 46% und 52% der Teilnehmenden nicht ausreichend mit sterilen Nadeln und Spritzen für die in den letzten 30 Tagen berechneten injizierenden Konsumvorgänge versorgt. Ein Fünftel der Teilnehmenden wusste nicht, dass durch das Teilen von Filtern, Löffeln und Wasser HCV übertragen werden kann, fast die Hälfte kannte nicht das Risiko des Teilens von Snief Röhrchen. Erhebliche Wissenslücken zeigten sich bei der HBV-Impfung, noch größere bei der HIV-Postexpositionsprophylaxe“ (RKI 2016: 10).

Alle Evidenzen deuten darauf hin, dass Drogenkonsumräume geeignete Orte sind, um Drogenkonsumierende mit den entsprechenden hygienischen Utensilien sowie Wissen und Informationen auf eine Weise zu versorgen, dass sie diese auch annehmen können und wollen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Nutzung überwachter Drogenkonsumräume zu einer Eindämmung von Risikoverhalten, wie etwa der gemeinsamen Nutzung von Spritzbestecken oder dem Teilen von Filtern, Löffeln und Wasser, beiträgt (EMCDDa 2018a; Cleirec et al. 2018; Kinnard et al. 2014; Jazaghi/Andresen 2013; Schatz/Nougier 2012: 4; Semaan et al. 2011; Hedrich et al. 2010; Bravo et al. 2009) – dies bestätigen insbesondere auch Nutzer*innen der DKR selbst (Stoltz et al. 2007; Manthe 2011).

Die Nutzung von DKR wirkt sich aber nicht nur auf ein positiv verändertes Verhalten beim Injizieren aus, sondern sie verändert häufig auch die Applikationsart, wenn dies vom Personal im DKR thematisiert wird. So steigen viele Personen, die einen DKR

nutzen, z.B. auf das Rauchen von Heroin um, was eine deutlich risikoärmere Art der Applikation ist als die des i.v. Konsums (Stöver et al. 2019). Veränderungen dieser Art haben viele DKR dazu veranlasst, ihre Leistungen auf den inhalativen Konsum auszuweiten (EMCDDA 2018a: 5). Im Dortmunder DKR hat dies z.B. dazu geführt, dass die Einrichtung mittlerweile mehr Plätze für den inhalativen Gebrauch vorhält als für den i.v. Gebrauch. Haben früher ca. 60% der DKR-Benutzer*innen Heroin gespritzt und 40% dieses geraucht, so praktizieren mittlerweile nur noch 30% i.v. Gebrauch, 70% hingegen rauchen das Heroin. Diese Veränderung ist als großer Erfolg im Sinne eines risiko- bzw. schadenminimierenden Gebrauchs zu werten und die Aufstockung der Rauchplätze von 10 auf 15 nur folgerichtig – dies umso mehr, als Heroin im DKR Dortmund mit 88-89% immer noch die am häufigsten konsumierte Substanz ist, auch wenn der Gebrauch von Kokain und Crack seit 2017 von 3-4% auf 10-11% in 2018 leicht angestiegen sei.

Diese positiven Veränderungen im Sinne einer *harm reduction* sind zum großen Teil Folge und Ergebnis der Beratung und Unterstützung hinsichtlich *safer use* durch die Mitarbeiter*innen in den DKR, so dass man insgesamt gesichert sagen kann, dass es im Kontext von DKR zu einer deutlichen Verbesserung des Kenntnisstandes zu Risiken des Drogengebrauchs (innerhalb und außerhalb von DKR) kommt.

Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit

Für die Einrichtung von DKR (nicht nur) in Deutschland setzten sich zwar immer auch die Vertreter*innen einer akzeptierenden, niedrigschwelligen und *harm reduction*-orientierten Drogen- und Suchthilfe ein, mindestens ebenso wichtig war allerdings stets die Unterstützung durch ordnungspolitisch orientierte Akteure: „Large open drug scenes near major train stations, a high number of drug-related deaths, consumption in public spaces, and visible impoverishment in tourist attraction areas constituted the premises for more and more city residents, businessmen, law enforcement officers, and HIV and drug counsellors to argue for the establishment of DCRs in Germany“ (Schatz/Nougier 2012: 11). Entsprechende Probleme und Überlegungen existieren auch im Kontext des *Sicherheitsprogramms Bremer Hauptbahnhof* und es ist deshalb die Frage, inwieweit ein DKR sicherheits- und ordnungspolitisch Wirksamkeit entfaltet.

Der Literatur ist durchgängig zu entnehmen, dass sich DKR als ordnungspolitisches Instrument bewährt haben, weil sie erheblich dazu beitragen können, die ‚offene Drogenszene‘ weitgehend aus dem Sichtfeld der Allgemeinbevölkerung heraus und an einen fest umgrenzten Ort zu verlagern. So halten sich die Szenemitglieder z.B. in

Hamburg („Drob Inn“) und Hannover („Stellwerk“) weitgehend im öffentlichen Raum direkt vor der jeweiligen Einrichtung auf und bleiben hier auch von der Polizei weitgehend, wenn auch nicht vollständig, unbehelligt. Insofern handelt es sich gewissermaßen um eine Art ‚Risiko-Management‘ im Sinne einer Win-Win-Situation: Den Konsumierenden eröffnet sich auf diese Weise ein Schutzraum im unmittelbaren Umfeld des DKR, während der weitere öffentliche Raum (meist in den Innenstädten) von Problemen durch sichtbaren Konsum, konsumspezifische Verunreinigungen und Szeneansammlungen entlastet wird. Prinzleve und Martens (2003: 41) vermerken in ihrer Evaluation der Abendöffnungszeiten des ‚Drob Inn‘: „Das Drob Inn ist gleichzeitig ein Anziehungspunkt für DrogenkonsumentInnen. Dies führt aber nicht zu einer Belastung für den Stadtteil, gerade weil das Drob Inn ein Anziehungspunkt ist und von vielen DrogenkonsumentInnen genutzt wird. ‚Netto‘ geht der Betrieb der Einrichtung mit einer Entlastung des Stadtteils einher.“

Diese Wirkung von DKR wird auch von der internationalen Literatur bestätigt. So formuliert etwa Hunt (2006: 42) mit Blick auf den DKR in Vancouver: „Recent Canadian evidence now gives very strong evidence that, within inner city settings with high levels of drug use, the opening of a DCR can effectively reduce public injecting, discarded needles/syringes and drug related litter“ (vgl. auch Kinnard 2014:6; Hadland et al. 2014; Flotiront et al. 2008; Maher/Salmon 2007; Kimber et al. 2003; Wood et al. 2003, 2006b; Kerr et al. 2006a, Fischer et al. 2002, 2004). Diese Ergebnisse bestätigt auch die EMCDDA (2018a) und verweist u.a. auf Entwicklungen in Barcelona, wo die durchschnittliche Zahl der ungesichert weggeworfenen Spritzen, die monatlich in der Umgebung eingesammelt wurden, von 13.000 im Jahr 2004 auf 3.000 im Jahr 2012 zurück gegangen sei.

Insofern führt die Verlagerung des Drogenkonsums in den DKR – abhängig freilich von den Öffnungszeiten – zu einer Entlastung des öffentlichen Raums. Die Relevanz dieses Aspektes wird deutlich, wenn man die Zahlen der Konsumvorgänge in DKR betrachtet, welche ohne eine solche Einrichtung häufig in der Öffentlichkeit stattfinden würden. So gab es laut dem entsprechenden Evaluationsbericht z.B. in den zehn DKR in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2018 insgesamt 271.602 Konsumvorgänge (Landesstelle Sucht 2019: 7). In Frankfurt wurden 2017 in vier DKR 191.015 Konsumvorgänge von 4.649 unterschiedlichen Nutzer*innen dokumentiert (Stöver & Förster 2018: 4). Dabei haben die Konsumierenden die jeweiligen Substanzen zu 86,4% intravenös und zu 13,7% nicht intravenös konsumiert (ebd.: 36). In Hamburg fanden 2017 230.597 Konsumvorgänge in den vier vorhandenen DKR statt, allein in dem vom ‚Drob Inn‘ betriebenen DKR waren es 140.936 (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2018: 4). Da die DKR in aller Regel auch Möglichkeiten

zum Aufenthalt (inklusive Getränke- und Essensangebote, medizinische Versorgung, Toiletten etc.) bieten, entsteht auch durch diese Angebote eine zusätzliche Entlastung des öffentlichen Raums.

Zugleich wird berichtet, dass es in der Umgebung von DKR nicht zu einem Anstieg von (Beschaffungs-)Kriminalität kommt (EMCDDA 2018a: 6; Hedrich et al. 2010: 319). So konnten Wood et al. (2006b) aufzeigen, dass der DKR in Vancouver („Insite“) im Jahr nach seiner Eröffnung nicht zu einem merklichen Anstieg von Drogenhandel oder Beschaffungskriminalität geführt habe. Insofern würden die positiven Effekte des DKR (Reduzierung des Konsums in der Öffentlichkeit sowie des HIV/HCV-Risikoverhaltens) nicht durch einen Anstieg krimineller Aktivitäten in der Nachbarschaft aufgewogen (vgl. auch Wood et al. 2006aa 1403). Insgesamt, so Hedrich et al. (2010: 319) zeigten die Ergebnisse aus Vancouver, „that Insite has reduced public disorder, in particular public injecting, and has not exacerbated drug-related crime. Furthermore, Insite has provided a mechanism for police referral of individuals who engage in public injecting.“ Vergleichbare Ergebnisse lieferten Studien zu dem DKR in Sydney (vgl. Freeman et al. 2005).

Insgesamt kann man festhalten, dass DKR regelhaft zu einer Eindämmung des Drogenkonsums in der Öffentlichkeit und der damit verbundenen Störungen der öffentlichen Ordnung führen (EMCDDA 2018a: 6). Aber auch wenn die o.g. Studien dafürsprechen, dass die (Beschaffungs-)Kriminalität im Umfeld der DKR nicht ansteigt, sondern weitgehend stabil bleibt, so sind doch DKR keineswegs ‚Allheilmittel‘ im Sinne der öffentlichen Ordnung (Schneider 2004). So verändern sie z.B. nicht die Situation, dass die Drogenkonsumierenden ihre Drogen auf einem illegalen Markt erwerben müssen, und sie verhindern daher selbstverständlich auch nicht diesen illegalen Markt selbst. Zudem ist der Grad der Entlastung des öffentlichen Raumes maßgeblich davon abhängig, ob die Größe der Einrichtung und die Anzahl der Konsumplätze der örtlichen Situation angemessen sind, ob es ggf. angemessene, abgegrenzte Warte- und Aufenthaltsbereiche vor der Einrichtung gibt und insbesondere wie die Öffnungszeiten gestaltet sind: „If DCRs are to have an impact at community level it is necessary to provide sufficient capacity relative to the estimated size of the target population, to locate rooms on sites that are easily accessible, and to ensure that opening hours are long enough to meet demand, especially in the evenings and on weekends“ (Hedrich et al. 2010: 322).

Kontaktaufnahme zu schwer erreichbaren Drogenkonsumierenden

Ein zentrales Ziel von DKR ist es, mit denjenigen Drogenkonsumierenden in Kontakt zu treten, die von anderen Einrichtungen und Maßnahmen der Drogen- und Suchthil-

fe nicht erreicht werden. Bei dieser höchst vulnerablen Personengruppe handelt es sich um schwer abhängige Drogenkonsumierende, die einen starken Bezug zu ‚offenen Drogenszenen‘ haben, die häufig obdachlos oder von Obdachlosigkeit bedroht sind, die aufgrund ihrer Konsumgewohnheiten (i.v. Gebrauch, Konsum in der Öffentlichkeit, Benutzung gebrauchter Spritzbestecke oder anderer gebrauchter Konsumutensilien etc.) häufig mit HIV, HBV oder HCV infiziert sind bzw. ein hohes Risiko haben, sich zu infizieren und die insgesamt einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen (vgl. EMCDDA 2018a; Vander Laenen et al. 2018; Stöver et al. 2019; Schatz/Nougier 2012).

Alle gesichteten Evaluationen und Studien (sowie alle von uns durchgeführten Begehungen und Experteninterviews) belegen, dass DKR besonders geeignet sind, die oben skizzierte Personengruppe zu erreichen und mit diesen Personen in Kontakt zu bleiben (EMCDDA 2018a; Stöver et al. 2019; Hadland et al. 2014; Hedrich et al. 2010). In seiner 2011 durchgeführten Bestandsaufnahme zu DKR in Deutschland kam der ‚Arbeitskreis Drogenkonsumraum‘ zu dem folgenden Ergebnis: „Drogenkonsumräume stellen einen geschützten Rahmen zur Kommunikation und zum Beziehungsaufbau dar. Es kommen Kontakte mit den Nutzer*innen zustande, die die Möglichkeit bieten in einem informellen Rahmen offen über persönliche Probleme und Konsumrisiken zu sprechen. Das dabei entwickelte Vertrauen der Nutzer*innen kann sich auf die gesamte Einrichtung und deren Kooperationspartner*innen übertragen. Hieraus entwickeln sich häufig Beziehungen, die eine Basis darstellen, um eine passgenaue Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote zu ermöglichen“ (Köthner et al. 2011: 16).

Der vertrauensvolle Kontakt zu der beschriebenen Personengruppe hat aber auch noch einen weiteren Vorteil, der vor allem auch für die öffentliche Gesundheit (Public Health) von Bedeutung ist: Als Anbieter niedrigschwelliger Dienste, die in unmittelbarem Kontakt mit den Drogenkonsumierenden stehen, bekommen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der DKR häufig als Erste Einblick in neue Drogenkonsum-Muster und spielen damit eine wichtige Rolle bei der frühzeitigen Ermittlung neuer Trends bei den besonders gefährdeten Personen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen (EMCDDA 2018a: 7). In diesem Sinne können sie fungieren als „a sensitive and timely early warning system about drug use trends and effects of market changes (...) they can help to gain in-depth knowledge of risky drug use practices and risk-increasing aspects of the local environment“ (Hedrich et al. 2010: 321).

Erhöhung der Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation

Es war bereits oben deutlich geworden, dass die mehr oder weniger regelmäßige Nutzung von DKR das Verhalten von Drogenkonsumierenden positiv beeinflussen und verändern kann. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Nutzung von DKR einerseits zu einer Eindämmung von Risikoverhalten, wie etwa der gemeinsamen Nutzung von Spritzbestecken oder dem Teilen von Filtern, Löffeln und Wasser, beiträgt, andererseits aber auch zu einer Veränderung der Applikationsart führen kann: Viele Personen, die einen DKR nutzen, steigen z.B. auf das Rauchen von Heroin um, was eine deutlich risikoärmere Art der Applikation ist als die des i.v. Konsums und zugleich eine deutliche Veränderung von Lebensgewohnheiten darstellt (Stöver et al. 2019; DeBeck et al. 2011).

Der oben angesprochene vertrauensvolle Kontakt, der gerade auch durch die Ermöglichung eines ungestörten Drogengebrauchs gestärkt wird, eröffnet den Zugang zu dieser Personengruppe und kann die Bereitschaft zur Veränderung des Konsumverhaltens positiv beeinflussen. Wichtig sei hierbei jedoch, so Köthner et al. (2011: 16), „die Eigenverantwortlichkeit und die Handlungsautonomie der Drogengebraucher anzuerkennen und zu stärken. Drogen gebrauchende Männer und Frauen werden in ihrer aktuellen Lebenssituation von den Mitarbeiter*innen mit Wertschätzung und Akzeptanz angenommen. Sie zeigen Nutzer*innen ihre eigenen Ressourcen, klären über die Möglichkeiten der Drogenhilfe oder anderer Angebote auf.“ Zahlreiche Studien belegen, dass die Nutzung von DKR mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Entgiftungs- und Suchtbehandlungen einhergeht (EMCDDA 2018a: 6). So konnten DeBeck et al. (2011: 174f.) für den DRK in Vancouver zeigen, dass für i.v. Drogenkonsumierende die regelmäßige Nutzung des DKR und der Kontakt zu den DKR-Mitarbeiter*innen die Aufnahme einer Suchtbehandlung und auch ein Beenden des Injizierens wahrscheinlicher machte. Ebenfalls für Vancouver berichten Gaddis et al. (2017: 5), dass die regelmäßige Nutzung des DKR auch die Anmeldung zu einer Entgiftungsbehandlung vor Ort („on-site detoxification service co-locates with the SIF“) begünstigte. Dies wiederum sei insofern ermutigend, weil „previous studies have found enrollment in detoxification services to be associated with further engagement in other forms of treatment“ (Gaddis et al. 2017: 5; Wood et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund erweisen sich DKR als ein Baustein im vielfältigen Leistungsspektrum der Kontakt-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe. Sie ermöglichen mit ihrer Niedrigschwelligkeit den vertrauensvollen Zugang zu jenen Personen, die von den anderen Einrichtungen nicht erreicht werden, haben zugleich aber auch eine Brückenfunktion in andere, weiterführende Beratungs- oder Behandlungszusammenhänge: Diese reichen von Beratungen über Ent-

giftungen und Substitutionsbehandlungen bis hin zu suchttherapeutischen Behandlungen. Einschränkend muss hier sicherlich gesagt werden, dass keineswegs alle Personen der Zielgruppe auf diese Art und Weise weitergeleitet werden können bzw. wollen; gleichwohl aber kann das Angebot eines DKR ein Baustein sein, entsprechende Effekte wahrscheinlicher zu machen.

2.3 Risiken von Drogenkonsumräumen

Die Einrichtung von DKR war häufig politisch umstritten und ging von jeher mit verschiedenen Befürchtungen unterschiedlicher Akteure einher. Die Befürchtungen betreffen dabei insbesondere vier Bereiche bzw. Fragen:

- a) Verführen DKR Personen dazu, mit dem Drogenkonsum zu beginnen?
- b) Verleiten DKR Drogenkonsumierende dazu, mehr Drogen zu konsumieren bzw. mit dem Injizieren von Drogen überhaupt erst zu beginnen?
- c) Reduzieren DKR die Wahrscheinlichkeit, dass die i.v. Konsumierenden eine Suchtbehandlung aufsuchen?
- d) Vergrößern DKR die Probleme der öffentlichen Ordnung, weil sie Drogenkonsumierende und Drogendealer aus anderen Gegenden anlocken, und steigt im Umfeld von DKR die Drogen- und Beschaffungskriminalität?

Im Folgenden werden diese Befürchtungen einzeln aufgegriffen und der jeweilige Forschungsstand sowie entsprechende Erfahrungen aus anderen Städten (u.a. auch Ergebnisse unserer Interviews) mit DKR dargestellt.

a) Verführen DKR Personen dazu, mit dem Drogenkonsum zu beginnen?

Es liegen u.W. keine Studien oder Erfahrungen vor, dass Personen durch die Existenz eines DKR zum Gebrauch illegalisierter Drogen motiviert oder gar verführt werden. Für den gut erforschten Betrieb des DKR in Vancouver kommen Hedrich et al. (2010:312) zu dem Ergebnis: „The Canadian research in particular shows that concerns that DCRs delay entry into treatment or even promote drug use are not substantiated. There were no observable increases nor decreases in drug use in the community.“

Auch alle von uns befragten Betreiber von DKR in Deutschland verneinen eine Verführung von Nicht-Konsumierenden zum Gebrauch illegalisierter Substanzen durch die Eröffnung oder den Betrieb eines DKR. Dabei wird stets auch darauf verwiesen, dass gelegentlich Konsumierenden oder andere Personen, die nicht von den jeweiligen Substanzen abhängig seien, ohnehin kein Zugang zum DKR gewährt werden

dürfe, da dies bereits in den jeweiligen Länder-Verordnungen über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen geregelt sei. So bestimmt etwa die entsprechende Verordnung für Hamburg in § 10: „Die Benutzerinnen oder Benutzer müssen aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben und über Konsumerfahrungen verfügen. Bei reife- oder krankheitsbedingten Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit einer Person in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung ist die Person von der Benutzung des DKR auszuschließen“; für Nordrhein-Westfalen wird in § 8 der hier geltenden Verordnung geregelt: „Nutzerinnen und Nutzer von Drogenkonsumräumen dürfen grundsätzlich nur volljährige Personen mit Betäubungsmittelabhängigkeit und Konsumerfahrung sein“; und auch in der Berliner Landesverordnung wird in § 10 festgelegt: „Die Benutzung des DKR darf nur solchen Personen gestattet werden, die aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben.“

Insgesamt muss man mit der EMCDDA (2018a: 6) feststellen, dass es keinerlei Belege gibt, die dafür sprechen, dass Nicht-Konsumierende durch die Verfügbarkeit von DKR zu einem Konsum illegalisierter Substanzen verleitet werden.

b) Verleiten DKR Drogenkonsumierende dazu, mehr Drogen zu konsumieren bzw. mit dem Injizieren von Drogen überhaupt erst zu beginnen?

Auch zu dieser Befürchtung liegen keine Studien oder Erfahrungen vor, die belegen würden, dass Drogenkonsumierende durch die Eröffnung oder den Betrieb von DKR dazu verleitet werden, mehr Drogen zu konsumieren bzw. mit dem Injizieren von illegalisierten Drogen überhaupt erst zu beginnen. Die EMCDDA vermerkt hierzu unmissverständlich: „Es gibt keine Belege dafür, dass die Verfügbarkeit von Einrichtungen, die einen sicheren injizierenden Drogenkonsum ermöglichen, zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder einer Erhöhung der Häufigkeit des injizierenden Konsums führt“ (EMCDDA 2018a: 6).

Die von uns befragten Betreiber*innen von DKR berichten vielmehr sogar eher das Gegenteil: Die injizierenden Drogenkonsumierenden würden durch die Nutzung des DKR nicht nur hinsichtlich der hygienischen Rahmenbedingungen ihres Konsums gesundheitsbewusster, sondern wechselten häufig auch zu der deutlich weniger risikanten Konsumform der Inhalation bzw. des Rauchens (i.h. Gebrauch) der illegalisierten Substanzen (insbesondere auch der Opiate). Das beste Indiz hierfür ist, wie oben bereits ausgeführt, dass mittlerweile die meisten DKR dazu übergegangen sind, aufgrund der deutlich gestiegenen Nachfrage neben den Räumen für i.v. Gebrauch auch sogenannte Rauchräume anzubieten. War dabei die Anzahl der Plätze für i.v.

Gebrauch in früheren Jahren höher als die der Plätze für i.h. Gebrauch, so hat sich dies an einigen Standorten mittlerweile geändert – am deutlichsten wohl im DKR in Dortmund, wo mittlerweile 8 i.v. Plätzen 15 i.h. Plätze gegenüberstehen.

Insgesamt kann man sagen, dass die Befürchtung, Drogenkonsumierende würden aufgrund eines DKR dazu verleitet, mehr Drogen zu konsumieren bzw. mit dem Injizieren von Drogen überhaupt erst zu beginnen, unbegründet erscheint und dass die Erfahrungen sogar eher in die gegenteilige Richtung weisen.

c) Reduzieren DKR die Wahrscheinlichkeit, dass die i.v. Konsumierenden eine Suchtbehandlung aufsuchen?

Diese Befürchtung beruht auf der Annahme, dass die Ermöglichung eines sicheren i.v. Drogenkonsums in einem DKR die Motivation bei den Konsumierenden schwächt, sich in weiterführende Suchtbehandlungen zu begeben. Dass diese Annahme eher nicht zutrifft, hatten wir oben (Kap. 2.2) bereits ausführlich dargestellt. Die EMCDDA (2018a: 6) betont ausdrücklich, dass „die Nutzung von Drogenkonsumräumen mit einer verstärkten Inanspruchnahme sowohl von Entgiftungs- als auch von Suchtbehandlungen, einschließlich opioidgestützter Substitutionstherapien, einher“ gehe. Insbesondere auch für den u.a. im Rahmen einer Kohortenstudie gut erforschten DKR in Vancouver wird festgestellt, „dass die Besucher der Einrichtung in Vancouver vermehrt erfolgreich an Suchtbehandlungsdienste überwiesen werden konnten und häufiger Entgiftungsbehandlungen und methadongestützte Erhaltungstherapien in Anspruch nahmen“ (EMCDDA 2018a: 6; vgl. z.B. auch Gaddis et al. 2017; DeBeck et al. 2011; Wood et al. 2007). Diese Ergebnisse, die auch von unseren Interviewpartner*innen in den besuchten DKR nachdrücklich betätigt werden, sind, wie ebenfalls oben bereits ausgeführt, insbesondere auf die vertrauensvolle Kommunikation und Kontaktpflege zwischen Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen im DKR zurückzuführen, wodurch diese Einrichtungen erfolgreich in Sinne einer ‚Brückenfunktion‘ in andere, weiterführende Beratungs- und Behandlungszusammenhänge agieren.

d) Vergrößern DKR die Probleme der öffentlichen Ordnung, weil sie Drogenkonsumierende und Drogendealer aus anderen Gegenden anlocken, und steigt im Umfeld von DKR die Drogen- und Beschaffungskriminalität?

Drogenkonsumräume, insbesondere dann, wenn sie in weitere psychosoziale und medizinische Angebote und Maßnahmen integriert sind, sind ein attraktives Angebot für die Zielgruppe der schwer abhängigen und ggf. von Obdachlosigkeit bedrohten

Personen, die mit diesen Maßnahmen erreicht werden sollen. Insofern ergibt sich gewissermaßen erfreulicherweise ein gewisser Sog von Betroffenen in diese Einrichtungen, die ja für sie bestimmt sind. Allerdings ist es nach Einschätzung unserer Interviewpartner*innen in den von uns besuchten DKR unwahrscheinlich, dass die Attraktivität einer solchen Einrichtung über die Stadtgrenzen hinausreicht. Zum einen stünden die entsprechenden Anfahrtswege für die Betroffenen in keiner sinnvollen Relation zum Nutzen, zum anderen hätten die meisten größeren Städte in der Umgebung von Bremen bereits DKR (etwa Hamburg, Hannover, Münster oder Dortmund). Darüber hinaus könne man, um einen entsprechenden „Tourismus“ zu unterbinden, per Landesverordnung den Kreis der Nutzer*innen auf solche Personen beschränken, die in Bremen gemeldet sind. Insoweit kommt es dann auch nicht zu einer Vergrößerung von Problemen der öffentlichen Ordnung aufgrund der Attraktivität der Einrichtung.

Vielmehr weisen – wie oben unter 2.2 bereits ausführlich erläutert – alle Forschungen und Erfahrungen darauf hin, dass der öffentliche Raum hinsichtlich des öffentlichen Konsums illegalisierter Drogen und den damit verbundenen Problemen deutlich entlastet wird; und zudem kommt es im Umfeld von DKR nicht zu einer Zunahme der örtlichen Drogen- und Beschaffungskriminalität (EMCDDA 2018a: 6). Gleichzeitig bleibt es allerdings eine Tatsache, dass die illegalisierten Drogen, die im DKR konsumiert werden, auf dem illegalen Markt erworben werden müssen. Solange dies der Fall ist, wird es auch einen illegalen Drogenhandel geben (müssen), weil ein legaler Markt nicht existiert und die konsumierten Substanzen auch nicht verschrieben werden können. Wo sich dieser illegale Handel nach der Einrichtung eines DKR abspielen wird, hängt u.a. von der Wahl des Standortes sowie der entsprechenden Umgebung ab.

2.4 Zusammenfassung

Insgesamt kann man festhalten, dass alle Evidenz aus wissenschaftlichen Studien und Evaluationen sowie aus Erfahrungen der Praxis darauf hinweist, dass DKR geeignet sind, die Zielgruppe der besonders gefährdeten Drogenkonsumierenden, die (noch) nicht bereit oder willens sind, den Drogenkonsum aufzugeben, zu erreichen und mit ihnen in Kontakt zu bleiben. Indem DKR diesem Personenkreis den überwachten Konsum illegalisierter Substanzen unter hygienischen und sicheren Bedingungen in einer angstfreien Atmosphäre ermöglichen, können sie die folgenden gesundheitlichen Effekten bewirken:

- Vermeidung von Infektionen (HIV, Hepatitiden etc.) und schweren (auch drogenassoziierten) Folgeerkrankungen;
- Verhinderung von Überdosierungen und Drogentodesfällen durch schnelle Notfallhilfe;
- Verbesserung des Kenntnisstandes zu Risiken des Drogengebrauchs sowie zu Möglichkeiten eines ‚Safer Use‘;
- Aufklärung über Behandlungsoptionen und Erhöhung der Motivation der Drogenkonsumierenden, weitere Behandlungsdienste in Anspruch zu nehmen;
- Vermittlung der Besucher*innen in andere Einrichtungen und Dienste, z.B. in Entgiftung, Substitution, soziale Dienste, medizinische Behandlung etc. („Brückenfunktion“).

Die Möglichkeit zum überwachten Konsum illegalisierter Substanzen unter hygienischen und sicheren Bedingungen in einer angstfreien Atmosphäre hat zudem auch die folgenden ordnungs- und sicherheitspolitischen Effekte:

- Entlastung des öffentlichen Raumes hinsichtlich des öffentlich sichtbaren Drogenkonsums;
- Verminderung konsumspezifischer Verunreinigungen in der Öffentlichkeit (z.B. durch Spritzen oder Tablettenblister);
- Mögliche Entlastung des öffentlich Raumes durch Verlagerung von Szeneansammlungen in die Einrichtung.

Schließlich lassen die vorhandenen Erfahrungen und Ergebnis den Schluss zu, dass alle Befürchtungen, die im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb von DKR angeführt werden, sich in der Praxis in aller Regel nicht bewahrheiten. Insofern kann man zusammenfassen:

- DKR verführen Personen nicht dazu, mit dem Drogenkonsum zu beginnen.
- DKR verleiten Drogenkonsumierende nicht dazu, mehr Drogen zu konsumieren oder mit dem Injizieren überhaupt erst zu beginnen.
- DKR reduzieren nicht die Wahrscheinlichkeit, dass die i.v. Konsumierenden eine Suchtbehandlung beginnen – sie erhöhen vielmehr diese Wahrscheinlichkeit.
- DKR vergrößern nicht die Probleme der öffentlichen Ordnung, sie locken nicht Drogenkonsumierende aus anderen Städten an und führen auch nicht zu einem Anstieg der Beschaffungskriminalität in ihrem Umfeld.

3. Bedarf für einen Drogenkonsumraum in Bremen

Die nationale Strategie der Bundesregierung in der Drogen- und Suchtpolitik verfolgt ein Vier-Säulen-Modell, das sich aus 1. *Suchtprävention*, 2. *Beratung und Behandlung*, 3. *Schadensreduzierung* und 4. *Angebotsreduzierung und Strafverfolgung* zusammensetzt (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2018: 9ff.). In der Säule Schadensreduzierung sind neben der Vergabe von Spritzen und anderen Safer Use-Utensilien, der Bereitstellung von Testmöglichkeiten auf Infektionserkrankungen, der Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden, der Verhinderung von Todesfällen durch Überdosierungen sowie dem Notfalltraining und Einsatz von Naloxon insbesondere auch DKR aufgeführt (ebd.: 20ff.). Wie bereits erwähnt, sind die Mindestanforderungen für DKR bundesweit einheitlich gesetzlich geregelt, die Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb eines DKR obliegt allerdings den zuständigen Behörden der Bundesländer. Da sich bislang allerdings (mit Baden-Württemberg) nur sieben Bundesländer entschlossen haben, DKR einzurichten und zu betreiben, muss in Rechnung gestellt werden, dass die grundsätzlichen drogenpolitischen Ausrichtungen einzelner Landesregierungen (oder auch Parteien) sowie politische Prioritätssetzungen durchaus einen Einfluss darauf haben, wie der Bedarf für einen DKR politisch eingeschätzt wird.

Aus fachlicher Sicht hingegen wird der Bedarf für einen DKR durchgängig bejaht – und das gilt auch und insbesondere für Bremen. Alle von uns befragten DKR-Betreiber in anderen Städten betonen, dass nach ihrer Einschätzung die Situation von Drogenkonsumierenden in Bremen mit der in ihren eigenen Städten vergleichbar und insoweit ein DKR in Bremen längst überfällig sei. Auch die von uns befragten Vertreter*innen der drei räumlich und fachlich einschlägigen Träger der Drogen- und Suchthilfe in Bremen (‘Comeback GmbH’, ‘Ambulante Suchthilfe e.V.’ und ‘AMEOS Gruppe’) bestätigen den Bedarf für einen DKR in Bremen ohne Einschränkungen: DKR seien eine seit Jahren erprobte und erfolgreiche Einrichtungsform, sie ermöglichen und verbesserten den Zugang zu einer ansonsten nur schwer erreichbaren, vulnerablen Gruppe von Drogenkonsumierenden und böten insbesondere die (oben bereits ausführlich erörterten) Möglichkeiten zur Verhinderung von tödlichen Überdosierungen und Infektionen, zur Verbesserung des Kenntnisstandes zu ‘Safer Use’, zur Weitervermittlung in andere soziale und therapeutische Einrichtungen etc. Ebenfalls mit Bezug auf gesundheitliche Belange befürworten auch die im Rahmen von ‘DRUSEC’ befragten Bremer Streetworker die Einrichtung eines DKR in Bremen. Und schließlich legen alle Befragten großen Wert darauf, dass die Einrichtung eines DKR zum i.v. Drogengebrauch nicht ausreiche, sondern dass zudem ein relevanter Bedarf für den nasalen und insbesondere inhalativen Konsum bestehe. Das entspre-

che auch den Erfahrungen in anderen Städten mit DKR. Die Bremer Befragten tun sich relativ schwer mit Schätzungen zur Größenordnung der Zahl der Personen, die einen DKR in Bremen nutzen würden, sprechen aber übereinstimmend von mehreren Hundert potentiellen Nutzer*innen. Ein*e Expert*in spricht von ca. 4.000 Opiat-abhängigen in Bremen, von denen ca. 10-15%, also 400-600 Personen zur Klientel eines DKR zu zählen seien.

Darüber hinaus wird der Bedarf für die Einrichtung eines DKR in Bremen auch von Vertreter*innen der Polizei bestätigt: Der Verantwortliche des ‚Sicherheitsprogramms Bremer Hauptbahnhof‘, Jens Körber, ist sich im Interview mit uns sicher, dass sich die Situation der öffentlichen Sicherheit und Ordnung am Bremer Hauptbahnhof durch die Einrichtung eines DKR deutlich verbessern würde. Die Probleme, die von der Zielgruppe eines DKR ausgingen, ließen sich mit polizeilichen Mitteln nicht lösen. Vielmehr koste eine ‚offene Drogenszene‘ viel Geld, weil die Polizei auf unterschiedliche Beschwerdelagen reagieren und entsprechend nachsetzen müsse, das Problem aber nicht beseitigen, sondern allenfalls eindämmen könne. Insofern rechne sich die Einrichtung eines DKR für Bremen aus Sicht der Polizei auch volkswirtschaftlich. Ähnlich bejahend äußern sich auch Polizeibeamt*innen, die im Rahmen von ‚DRUSEC‘ interviewt wurden. Auch sie verweisen darauf, dass auf diese Weise der öffentliche Konsum in die Einrichtung verlagert sowie die Vermüllungs-Situation verbessert werden könne.

Schließlich äußern auch die Mitglieder der offenen Drogenszene, die im Kontext von teilnehmenden Beobachtungen (‚DRUSEC‘) befragt wurden, das Bedürfnis nach einem entsprechenden DKR. Die Drogenkonsumierenden berichten dabei häufig von ihren Erfahrungen mit DKR aus anderen Städten und wünschen sich entsprechende Angebote auch in Bremen. Dabei geht es ihnen einerseits ganz grundsätzlich um sichere und geschützte Orte, an denen sie sich aufhalten können, andererseits aber auch konkret um einen DKR, weil hier der Konsum der verunreinigten Substanzen vom Schwarzmarkt aufgrund der Anwesenheit von medizinisch kompetentem Personal deutlich sicherer sei. Zugleich verweisen sie auf problematische Situationen und zum Teil entwürdigende Ereignisse beim Konsum in der Öffentlichkeit. Auch stören sich die Mitglieder der Szene selbst an der Vermüllung durch Spritzen und sonstigem szenetypischen Müll. Die Schätzungen der Szenemitglieder belaufen sich dabei auf mehrere Hundert potentielle Nutzer*innen eines DKR in Bremen.

Insgesamt kann man sagen, dass sowohl die befragten DKR-Betreiber in anderen Städten sowie die befragten Träger der bremischen Sucht- und Drogenhilfe als auch die befragten Polizeibeamt*innen den Bedarf für einen DKR in Bremen bejahen. Zudem äußern auch die Drogenkonsumierenden selbst das dringende Bedürfnis nach

der Einrichtung einer entsprechenden Räumlichkeit. Insoweit scheint der Bedarf für einen Bremer DKR gegeben.

Diese Einschätzung wird auch durch eine aktuelle Studie unterstrichen, die am 1. März 2019 im ‚Deutschen Ärzteblatt‘ erschienen ist und an der vier renommierte und einschlägige Forschungsinstitute³ beteiligt waren. In der Studie wird die aktuelle Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit in Deutschland geschätzt. Die Schätzung für das Jahr 2016 basiert dabei „auf einer Zählung von Personen in Deutschland mit einer Opioidabhängigkeit, die im Substitutionsregister gemeldet waren, einer Zählung der in der ambulanten und stationären Suchthilfe gemeldeten Personen ohne Substitutionsbehandlung und einer Hochrechnung auf alle Einrichtungen sowie einer Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit, die weder im Substitutionsregister noch in der Suchthilfe erfasst waren“ (Kraus et al. 2019: 137, ausführlicher 138f.).

Die Gesamtschätzung ergab 166.294 Personen mit einer Opioidabhängigkeit in Deutschland (davon 123.988 Männer und 42.307 Frauen). Die Gesamtzahl wurde auf die Anzahl der 2016 in Deutschland gemeldeten 53.963.400 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren bezogen und daraus eine Rate von 3,05-3,11 Opioidabhängigen pro 1000 Einwohner*innen dieser Altersklasse errechnet. Für die einzelnen Bundesländer wurde sodann die jeweilige Anzahl der Opioidabhängigen auf der Grundlage der in den Bundesländern registrierten Substituierten geschätzt, wobei die Schätzungen zwischen 0,1 und 5,5 opioidabhängigen Personen pro 1000 Einwohner*innen schwankten (wobei die Zahlen hier auf alle Einwohner*innen bezogen werden und nicht auf eine bestimmte Altersgruppe). Bremen nimmt bei diesen Schätzungen den absoluten Spitzenwert von 5,5 Opioidabhängigen pro 1000 Einwohner*innen ein, gefolgt von Hamburg (4,9), Berlin (3,1), Nordrhein-Westfalen (3,0), Hessen (2,6), Schleswig-Holstein (2,4) und Niedersachsen (2,1). Am anderen Ende des Spektrums finden sich insbesondere die neuen Bundesländer: Brandenburg (0,1), Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern mit jeweils 0,3, Thüringen mit 0,4 und Sachsen-Anhalt mit 0,7 Opioidabhängigen pro 1000 Einwohner*innen (Kraus et al. 2019: 140).

Die Schätzung für Bremen erfolgte mit Bezug auf die am 31.12.2016 im Bundesland Bremen (also in den Städten Bremen und Bremerhaven) gemeldeten 678.753 Einwohner*innen. Die Rate von 5,5 pro 1000 Einwohner*innen entspricht dabei einer geschätzten Anzahl von 3.745 opioidabhängigen Personen im Bundesland Bremen.

³ Dies sind konkret: das *Institut für Therapieforschung (IFT)* in München, das *Department for Public Health Sciences* an der Stockholm University, das *Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)* am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie das *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)* mit der *Bundesopiumstelle (BOPST)* in Bonn.

Würde man hier wiederum mit dem/der oben angeführten Expert*in davon ausgehen, dass 10-15% dieser Personen zu der Klientel eines DKR zählen würden, dann ergäbe das wiederum eine Zahl von rund 400-600 Personen.

Hierbei ist zu bedenken, dass die Schätzungen von Kraus et al. (2018) nur Opioidabhängige betreffen. Es ist kaum zu sagen, wie viele Konsumierende von z.B. Kokain, Crack, Benzodiazepinen, Amphetaminen etc. hier hinzugerechnet werden müssen, zumal meist ein polyvalenter Drogengebrauch praktiziert wird. Insofern sind und bleiben alle diese Zahlen zwar freilich Schätzungen, sie passen aber zu den Schätzungen der Bremer Praktiker*innen sowie auch der Szenemitglieder selbst, die alle von einigen Hundert potentiellen Klient*innen eines DKR in Bremen sprechen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass sowohl aus fachlich-gesundheitlicher als auch aus polizeilich-ordnungspolitischer Perspektive der Bedarf für einen DKR in Bremen konstatiert werden muss. Die von den Mitgliedern der offenen Drogenszene in Bremen formulierten Bedürfnisse unterstreichen diesen Befund, wobei insgesamt von einer geschätzten Zahl von 400-600 potentiellen Nutzer*innen eines DKR in Bremen auszugehen ist.

4. Konzeptionelle und rechtliche Aspekte von Drogenkonsumräumen

In diesem Kapitel werden konzeptionelle und rechtliche Aspekte von DKR in Deutschland dargestellt und diskutiert. In einem ersten Schritt werden wichtige Aspekte und Strukturelemente von DKR (z.B. Modelle, Träger, Standorte, Öffnungszeiten, Personalausstattung) betrachtet, um in einem zweiten Schritt eine vergleichende Sichtung der unterschiedlichen Rechtsverordnungen der einzelnen Bundesländer vorzunehmen.

4.1 Konzeptionelle Aspekte von Drogenkonsumräumen

Im Folgenden werden wichtige konzeptionelle Aspekte und Überlegungen zu DKR dargestellt. Die Grundlagen für dieses Kapitel sind neben der Recherche wissenschaftlicher Literatur zum einen die Konzepte und Jahresberichte der einzelnen Einrichtungen, soweit sie uns vorliegen, sowie unsere Begehungen und Interviews in fünf Konsumräumen und Gespräche mit weiteren Expert*innen (Einzeldarstellungen der von uns besuchten Konsumräume in Hamburg, Hannover, Frankfurt und Dortmund finden sich im Anhang).

Obwohl alle Drogenkonsumräume grundsätzlich dazu dienen, einen sicheren und hygienischen Konsum von mitgebrachten illegalen Substanzen zu ermöglichen, gibt es dennoch Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung und den konzeptionellen Überlegungen. Diese haben immer etwas mit der finanziellen Ausstattung der Einrichtungen zu tun, aber auch mit fachlichen Überlegungen und Schwerpunktsetzungen der Einrichtung bzw. des jeweiligen Trägers.

4.1.1 Modelle und Träger

Es lassen sich grundsätzlich drei idealtypische Modelle von DKR in Europa unterscheiden, wobei z.B. die EMCDDA (2018a: 4) zwischen integrierten, spezialisierten und mobilen Einrichtungen unterscheidet:

1. *Integrierte DKR*: Die meisten DKR entsprechen diesem Modell und sind dementsprechend „in niedrighschwellige Einrichtungen integriert. Die Überwachung des Drogenkonsums ist dabei eine von mehreren überlebenswichtigen Leistungen, die in denselben Räumlichkeiten angeboten werden, wie die Bereitstellung von Lebensmitteln, Duschen und Kleidung für Obdachlose, die Ausgabe von Präventionsmaterial wie Kondomen und Abfallbehältern für schar-

fe/spitze Instrumente sowie das Angebot von Beratungsleistungen und Drogenbehandlungsdiensten“ (EMCDDA 2018a: 4).

2. *Spezialisierte DKR*: Bei diesem Einrichtungstyp liegt der Fokus auf dem Konsumraum. „Spezialisierte Drogenkonsumräume bieten häufig ein engeres Leistungsspektrum, das in unmittelbarem Zusammenhang mit dem überwachten Konsum steht und die Ausgabe hygienischer Spritzbestecke, Gesundheitsberatung und Aufklärung über sicheren Drogenkonsum, Notfallmaßnahmen und die Bereitstellung von Räumlichkeiten umfasst, in denen Drogenkonsumenten nach dem Konsum überwacht werden können“ (EMCDDA 2018a: 4f.).
3. *Mobiler DKR*: Mobile Konsumräume gibt es gegenwärtig nur in Barcelona und Berlin. Sie befinden sich in umgebauten Bussen, die jeweils zur Öffnungszeit an den jeweiligen Standort gefahren werden: „Sie ermöglichen ein geografisch flexibles Angebot der Leistungen, betreuen jedoch in der Regel weniger Besucher als Einrichtungen mit einem festen Standort“ (EMCDDA 2018a: 5). Nachdem es in den 1990er Jahren in Hamburg das so genannte ‚Druckmobil‘ gab, werden heute nur noch zwei mobile DKR von Fixpunkt e.V. in Berlin betrieben.

Alle DKR befinden sich in freier Trägerschaft, wobei sich in Deutschland ganz unterschiedliche Träger in diesem Bereich engagieren: So ist etwa bei zwei DKR (La Strada in Frankfurt und Klick in Dortmund) die jeweilige lokale AIDS-Hilfe der Träger, die ansonsten allerdings keine weiteren Angebote in der Drogenhilfe vorhält. Drei DKR werden von überregional tätigen Trägern betrieben, die sich in unterschiedlichen sozialen Bereichen betätigen: So wird der DKR Köln vom Sozialdienst katholischer Männer betrieben, der DKR in Troisdorf von der Diakonie und der zukünftige DKR in Karlsruhe wohl von der AWO. Alle anderen DKR sind in der Trägerschaft von lokalen Vereinen oder gGmbHs der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe, die teilweise noch weitere Einrichtungen in der jeweiligen Stadt oder Region betreiben. In den Städten mit mehreren Konsumräumen (Hamburg, Berlin, Frankfurt) werden diese allerdings jeweils von unterschiedlichen Trägern betrieben.

Die Ziele und Aufgaben von DKR sind deutschlandweit grundsätzlich dieselben (vgl. Kap. 2.2). Gleichwohl gibt es unterschiedliche konzeptionelle Schwerpunkte: Neben dem grundsätzlichen Ziel der Überlebenseicherung sehen einige Einrichtungen ihr Hauptziel darin, die Konsument*innen ans Hilfesystem anzudocken und zu stabilisieren, andere legen hingegen größeren Wert auf Beratung oder weiterführende Angebote wie z.B. Beschäftigungsangebote innerhalb der Einrichtung. Einige Einrichtun-

gen legen mehr Wert auf die medizinische Versorgung, andere mehr auf sozialpädagogische Hilfen.

4.1.2 Standorte

Die meisten Konsumräume befinden sich in zentraler Lage, in der Nähe des Hauptbahnhofs bzw. der Aufenthaltsorte der Drogenszene. In Hamburg und Berlin gibt es Standorte in verschiedenen Stadtteilen, die jeweils szenenah sind (in Hamburg: Hauptbahnhof/St. Georg, Harburg und St. Pauli; in Berlin: Friedrichshain-Kreuzberg/Kottbusser Tor, Neukölln/Hermannplatz sowie die südlichen Bahnhöfe der Linie U8⁴). In Frankfurt befinden sich drei DKR im Bahnhofsviertel und ein vierter (Schielestr.) weiter außerhalb. Dass auch die Schielestr. von den Konsument*innen angenommen wird, liegt zum einen an dem regelmäßigen Shuttlebus aus dem Bahnhofsviertel; zum anderen hält die Einrichtung in der Schielestr. noch viele weitere Angebote vor, insbesondere auch eine große Übernachtungsstätte sowie Beschäftigungsangebote.

Dass ein DKR in größerer Entfernung zur Szene nicht immer gut angenommen wird, zeigt das Beispiel Köln: Hier wurde ein zweiter Konsumraum (der erste befindet sich direkt am Hbf.) in Köln-Deutz eröffnet. Dieser DKR war zwar vom Hauptbahnhof in ca. 15 Minuten mit dem Nahverkehr zu erreichen, wurde von den Konsument*innen aber aufgrund der Entfernung zur Szene nicht angenommen. Schließlich wurde diese Einrichtung nach zwei Betriebsjahren 2012 wieder geschlossen (Albert 2016). Ein weiterer DKR soll in Köln nun am Neumarkt entstehen, nahe den Aufenthaltsorten der Szene – dieser konnte bislang jedoch noch nicht realisiert werden (ebd.).

Neben der Entfernung zur Szene ist die unmittelbare Nachbarschaft der Einrichtungen von besonderem Belang. Regelmäßig gibt es Anwohnerproteste, wenn ein Konsumraum geplant wird, und auch nach der Inbetriebnahme kommt es immer wieder zu Konflikten mit der Nachbarschaft, insbesondere dann, wenn sich der DKR in unmittelbarer Nachbarschaft zu Wohn- und Geschäftseinheiten befindet. Anders stellt sich dies z.B. beim Hamburger Drob Inn sowie beim Stellwerk in Hannover dar: Beide Einrichtungen sind sehr zentral in Hauptbahnhofsnahe gelegen, aber ohne direkte Nachbarn, so dass es hier der Szene möglich ist, sich vor bzw. im Umfeld der Einrichtung aufzuhalten. Diese Plätze sind politisch und auch polizeilich toleriert und „gewollt“, damit sich die Szene nicht im Stadtteil verstreut, sondern sich überwiegend (zumindest während der Öffnungszeiten) hier aufhält. Hier finden zwar auch gelegentlich polizeiliche Kontrollen statt, diese werden jedoch i.d.R. „mit Augenmaß“

⁴ Hierbei handelt es sich um das Drogenmobil in Berlin, das der Drogenszene gewissermaßen folgt, da diese auch aufgrund der polizeilichen Vertreibungspraxis zum Teil sehr „mobil“ ist und sich nur kurz an bestimmten Stadtorten trifft (Fixpunkt 2012, S. 4.)

durchgeführt. Solche szenenahen Standorte (ohne Anwohner*innen in der direkten Nachbarschaft) werden von unseren Interviewpartner*innen als ideal bezeichnet. Anders als in Hamburg und Hannover haben z.B. die drei Frankfurter, im Bahnhofsviertel gelegenen DKR kein gesondertes Areal vor der Einrichtung zu Verfügung, da bei allen die Eingangstür direkt auf den Gehsteig mündet. Da sich aber selbstverständlich auch hier Personen vor den Einrichtungen aufhalten, führt dies häufig zu Konflikten mit Anwohner*innen. Insofern erscheinen entsprechende Aufenthaltsbereiche oder Vorplätze vor der Einrichtung als ausgesprochen sinnvoll.

4.1.3 Personal

Generell sind in den DKR Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen beschäftigt. Neben Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen findet sich vor allem medizinisches Personal wie Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Rettungssanitäter*innen oder Arzthelfer*innen sowie sonstige Mitarbeiter*innen (i.d.R. studentische Hilfskräfte). In einigen Einrichtungen gibt es zudem ärztliches Personal, Küchenpersonal (Hauswirtschafter*in, Koch/Köchin) sowie Sicherheitspersonal. Sowohl die Anzahl des Personals als auch die fachliche Qualifikation bzw. deren Mischung variiert erheblich je nach den weiteren Angeboten der Einrichtung, der fachlich-konzeptionellen Ausrichtung, dem Standort, den Räumlichkeiten sowie den Öffnungszeiten.

In den integrierten Einrichtungen ist das Personal dementsprechend nicht nur für den DKR an sich zuständig, sondern für eine Vielzahl an Aufgabenbereichen. In den meisten Einrichtungen wird ein Rotationsprinzip während einer Schicht praktiziert; eine explizite Trennung des DKR von den restlichen Angeboten ist somit kaum möglich oder sinnvoll.

Für ein integriertes Modell braucht es nach Meinung der Expert*innen mindestens sechs Personen während einer Schicht, da für den Fall eines Drogennotfalls genug Personal anwesend sein muss, um zum einen den Notfall zu versorgen und zum anderen den Betrieb und die Aufsicht in der Einrichtung aufrecht zu erhalten. Je nach den räumlichen Gegebenheiten und der Größe der gesamten Einrichtung sowie der eigentlichen Konsumräume können auch mehr Personen notwendig sein. In der Betriebserlaubnis für die Dortmunder Einrichtung wird explizit eine Zahl von sieben Personen für den Betrieb des DKR vorgeschrieben (ohne Küchenbetrieb und medizinische Versorgung). In manchen Einrichtungen gibt es zusätzlich einen ‚Hintergrunddienst‘, i.d.R. Sozialarbeiter*innen, die Büroarbeiten erledigen, aber im Falle eines

Drogennotfalls, einer Krisenintervention oder auch einer intensiveren Beratung schnell zur Verfügung stehen.

Die Aufgabenverteilung der einzelnen Mitarbeiter*innen lässt sich unterschiedlich gestalten. Im Druckraum ist immer eine Person zur Aufsicht und Ausgabe der Konsumutensilien sowie zur Safer Use-Beratung anwesend. In machen Einrichtungen arbeiten grundsätzlich Sozialpädagog*innen im Druckraum (z.B. Drob Inn Hamburg) oder andere Fachkräfte (z.B. Sozialpädagog*innen oder Krankenpflegekraft im K!ck in Dortmund), um so eine Vertrauensbasis zu den Klient*innen aufzubauen und weitergehende Beratung und den Zugang zu weiterführenden Hilfen zu erleichtern. In vielen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen ist überwiegend medizinisches Personal (Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder Rettungssanitäter*innen) im Druckraum tätig, da hier konzeptionell ein größerer Fokus auf medizinische Aspekte und Safer Use-Beratung gelegt wird. In der Frankfurter Niddastr. hingegen arbeiten quasi ausschließlich studentische Hilfskräfte im Konsumraum, während im Hannoveraner Stellwerk alle Berufsgruppen (Sozialpädagog*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, studentische Hilfskräfte) im Konsumraum arbeiten.

Die sonstigen Mitarbeiter*innen bzw. studentische Hilfskräfte nehmen sehr unterschiedliche Aufgaben wahr. Im Hamburger Drob Inn beispielsweise obliegen den studentischen Hilfskräften die sogenannten Serviceaufgaben, wie etwa das Führen der Anmelde Listen für die Konsumräume, der Spritzentausch, die Essens- und Getränkeausgabe im Café, die Ausgabe in der Kleiderkammer und die Organisation der Duschen und Waschmaschinen für die Klient*innen. Im Stellwerk Hannover dagegen übernehmen die studentischen Hilfskräfte gleichberechtigt alle Aufgaben im Team (außer Beratung), führen also auch die Aufsicht im Konsumraum, sprechen Hausverbote aus oder regeln den Einlass in die Konsumräume. Im Frankfurter DKR Niddastr. wiederum, der konzeptionell ein spezialisierter DKR (mit wenigen weiteren Angeboten) ist, arbeiten ausschließlich Studierende (insgesamt sieben pro Schicht) mit einer sozialpädagogischen Fachkraft zusammen, während in mindestens zwei DKR (Münster und Bielefeld) gar keine studentischen Hilfskräfte beschäftigt werden, da hier die fachliche Qualifikation des Personals als essentiell für eine gute Arbeit mit der Klientel angesehen wird. Ein strukturelles Problem ergibt sich bei studentischem Personal dahingehend, dass hier mit einer höheren Fluktuation zu rechnen ist, weil sie spätestens nach Abschluss des Studiums diesen Job in der Regel beenden.

Teamsitzungen finden regelmäßig in allen Einrichtungen statt, vielfach getrennt für das studentische und das Fachpersonal, im Hamburger Drob Inn zusätzlich getrennt für das Tag- und das Nachtteam. In Hannover und der Frankfurter Niddastr. hingegen finden die Teamsitzungen mit allen gemeinsam statt. Supervision wird i.d.R. nur

für das Fachpersonal angeboten, in der Niddastr. auch für studentisches Personal, welches hier zudem auch sehr umfangreiche Fort- und Weiterbildungen erhält.

In einigen Einrichtungen ist Sicherheitspersonal tätig, so beispielsweise in Dortmund und in Hannover. In beiden Städten gehört der Vorplatz der Einrichtung zur Einrichtung dazu, so dass diese hier auch das Hausrecht hat und Aufsicht führen muss. In beiden Städten ist dieser Bereich umzäunt und außerhalb der Öffnungszeiten nicht zugänglich. In Dortmund arbeiten während der Öffnungszeiten immer zwei uniformierte Sicherheitsleute zusammen, in Hannover ist es häufig nur eine Person, die überdies nicht uniformiert ist. In beiden Städten ist das Sicherheitspersonal auch auf den umliegenden Gehsteigen und Plätzen tätig und nicht nur auf dem Gelände der Einrichtung.

4.1.4 Öffnungszeiten

Die Öffnungszeiten der einzelnen DKR hängen vor allem von der finanziellen Ausstattung der Einrichtung ab und unterscheiden sich enorm. Die wöchentliche Öffnungszeit variiert zwischen 20 und 105 Stunden und die tägliche Öffnungszeit zwischen vier und 20 Stunden (vgl. Tabelle 1). Neun Einrichtungen haben am Wochenende geschlossen, neun weitere Einrichtungen haben sieben Tage die Woche geöffnet, teilweise dann am Wochenende mit kürzeren Öffnungszeiten. Das Drob Inn in Hamburg hat mit 20 Stunden täglich (Mo-Fr) die längsten täglichen Öffnungszeiten (von 9 Uhr morgens bis 5 Uhr nachts). Die kürzesten Öffnungszeiten haben die DKR in Bochum und Troisdorf mit je vier Stunden täglich. Die längste wöchentliche Öffnungszeit bietet mit 105 Stunden der DKR Elbestr. in Frankfurt, die kürzeste Bochum und das Berliner Drogenkonsummobil 1 mit je 20 Stunden pro Woche. Die durchschnittliche wöchentliche Öffnungszeit aller Einrichtungen liegt bei 46,6 Stunden. Die drei Frankfurter Konsumräume im Bahnhofsviertel haben ihre Öffnungszeiten miteinander abgestimmt, so dass zwischen 6 und 23 Uhr immer mindestens eine Einrichtung geöffnet hat. In Frankfurt haben zudem zwei der drei Einrichtungen in Bahnhofsnähe 365 Tage im Jahr geöffnet, so dass insgesamt eine sehr hohe Erreichbarkeit gewährleistet ist.

Grundsätzlich raten alle Interviewpartner*innen zu möglichst langen Öffnungszeiten, denn schließlich finde der Konsum nicht nur in eng begrenzten Zeitfenstern statt. Insofern könnten die DKR auch nur während ihrer Öffnungszeiten für Hilfsangebote für die Klient*innen sowie eine Entlastung des Stadtteils sorgen. Aus diesem Grund plant beispielsweise das Stellwerk in Hannover eine Erweiterung seiner Öffnungszeiten um zwei Stunden täglich (Mo.-Fr.) sowie um sechs Stunden am Samstag und am

Sonntag. Diese Ausweitung der Öffnungszeiten wird mit 160.000 bis 200.000 Euro zusätzlichen Kosten veranschlagt (hauptsächlich Personalkosten).

Das allgemeine Plädoyer für lange Öffnungszeiten wird auch durch die regelmäßig durchgeführte Frankfurter Szenebefragung im Rahmen des ‚MoSyd-Monitorings‘ untermauert. Deren Ergebnisse weisen darauf hin, dass es einen Trend zu einer immer längeren täglichen Aufenthaltsdauer der Konsumierenden auf der Szene gibt. So hielten sich im Jahr 2016 die Konsument*innen täglich mit durchschnittlich 11,9 Stunden deutlich länger auf der Szene auf als in den Jahren zuvor, wobei sich 75% sogar täglich auf der Szene aufhalten, auch dies der höchste Wert seit 2002 (Werse et al. 2017: 49f.). Bernard (2016: 35f.) konnte zudem zeigen, dass sich Frauen im Schnitt noch einmal deutlich länger auf der Szene aufhalten als Männer. Alle diese Zahlen sprechen für möglichst lange Öffnungszeiten eines Konsumraumes, sowohl um Hilfen anbieten zu können als auch um Belastungen für den öffentlichen Raum zu reduzieren. In der folgenden Tabelle 1 findet sich eine Übersicht über die Öffnungszeiten sowie die Zahl Plätze für den i.v. sowie den i.h. Konsum der deutschen DKR.

Tabelle 1: Übersicht Öffnungszeiten und Plätze der DKR in Deutschland

DKR	Öffnungszeiten	Öffnungszeit pro Woche	Plätze
Drob Inn, Hamburg	Mo, Mi, Do, Fr 9.00 Uhr - 5.00 Uhr Di 14.30 Uhr - 5.00 Uhr Sa 12:00- 17:00 Uhr	6 Tage 99,5 Stunden	10 Plätze i.v. 5 Plätze i.h.
Stay Alive, Hamburg	Mo: 11:30 - 19 Uhr Di - Fr: 13 -19 Uhr	5 Tage 31,5 Stunden	6 Plätze i.v. 8 Plätze i.h.
Ragazza, Hamburg	Mo + Di 9.00 - 15.00 Uhr Do - So 19.00 - 24.00 Uhr	6 Tage 32 Stunden	4 Plätze i.v. 6 Plätze i.h.
Abrigado, Hamburg	Mo - Fr: 13:30- 19:00	5 Tage 27,5 Stunden	4 Plätze i.v. 4 i.h. Plätze (Heroin) 3 bis 4 Express-Plätze (nasal und Crack)
Birkenstube, Berlin	Mo - Fr 10:30 -16:30 Uhr	5 Tage 30 Stunden	7 Plätze i.v. 7 Plätze i.h.
SKA, Berlin	Mo - Fr 12 - 17 Uhr	5 Tage 25 Stunden	6 Plätze i.v., nasal 5 Plätze i.h.
Drogenkonsummobil 1, Berlin	Mo - Fr 14:00 -18:00 Uhr	5 Tage 20 Stunden	4 Plätze i.v./nasal
Drogenkonsummobil 2, Berlin	Mo - Fr 12:00 - 17 :00 Uhr	5 Tage 25 Stunden	3 Plätze i.v./nasal
Elbestr., Frankfurt	Mo - So 6-21 Rauchraum: Mo und Mi - Fr 8:30-17, Di 8:30-15	7 Tage 105 Stunden	10 Plätze i.v., 5 Plätze i.h.
La Strada, Frankfurt	Mo und Mi - Fr 8:30-19:30, Di 8:30-14	5 Tage 49,5 Stunden	7 Plätze i.v.
Niddastr. Frankfurt	Mo 17-23, Di-So 11-23	7 Tage 78 Stunden	12 Plätze i.v., 4 Plätze i.h.
Eastside, Schielestr.	Mo - So 9:45-12:30 und 16-21:30	7 Tage 57,75 Stunden	8 Plätze i.v., 2 Plätze i.h.
Stellwerk, Hannover	Mo - Mi, Fr.: 10:00 -18:00 Uhr, Do 11:00 -17.30 Uhr	5 Tage 39,5 Stunden	9 Plätze i.v. 3 Plätze i.h.
DKR Saarbrücken	Mo - Sa: 10:00 - 18:30 Uhr So - und Feiertags: 13:00 - 17:00 Uhr	7 Tage 55 Stunden	12 Plätze i.v./nasal 4 Plätze i.h.
DrogenHilfeZentrum, Bielefeld	Mo.- Fr.: 09:00 - 20:00 Uhr Sa.: 10:00 -18:00 Uhr	6 Tage 61 Stunden	8 Plätze i.v. 14 Plätze i.h.
DKR Bochum	Mo - Fr 9.00 - 13.00 Uhr	5 Tage 20 Stunden	5 Plätze i.v./ nasal 3 Plätze i.h.
DKR Bonn	Mo - Fr 11:00-18:00 Uhr Sa-So, Feiertage 11:00-17:00	7 Tage 47 Stunden	5 Plätze i.v. 3 Plätze i.h.
Klck Dortmund	Mo, Mi -Sa 10-16 Uhr Di und So 10 -14 Uhr	7 Tage 38 Stunden	8 Plätze i.v. 15 Plätze i.h.
DKR Düsseldorf	Mo.-Fr.: 8:30-20:00 Sa-So, Feiertage:10:30-15:00	7 Tage 66,5 Stunden	5 Plätze i.v./nasal 3 Plätze i.h./nasal 2 Plätze flexibel
DKR Essen	Mo - Fr : 08.00-20.00 Sa, So und Feiertage: 11.15-18.00	7 Tage 73,5 Stunden	8 Plätze i.v. 5 Plätze i.h./ nasal
DKR Köln	Mo - Fr 08:30-13:00 Uhr Mo - Di 16:30-20:15 Uhr So + Feiertage 08:30-13:00 Uhr	6 Tage 35,5 Stunden	3 Plätze variabel i.v. oder i.h.
DKR Münster	Mo - Do: 10:00 - 17:00 Uhr Fr 10:00 – 16:00 Uhr Sa: 10:00 – 15:00 Uhr	6 Tage 39 Stunden	4 Plätze i.v./nasal 2 Plätze i.h.
DKR Troisdorf	Mo-So 12:30-16:30 Uhr	7 Tage 28 Stunden	4 Plätze i.v.
DKR Wuppertal	Mo - Fr: 10:00 - 16:00 Uhr So 10:00 -14:00 Uhr	6 Tage 34 Stunden	5 Plätze i.v. 6 Plätze i.h.

4.1.5 Räumliche Gestaltung und Konsum-Plätze

Die meisten DKR befinden sich in Gebäuden, welche entsprechend umgebaut und an die Bedürfnisse einer solchen Einrichtung angepasst wurden. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Gebäude und Aufteilungen. Manche Einrichtungen sind über zwei Etagen angelegt, andere sehr verwinkelt. Es gibt Einrichtungen in sehr alten Gebäuden und in ganz neuen, extra hierfür gebauten Häusern. In manchen Gebäuden befinden sich weitere Einrichtungen oder Mietparteien, andere nutzen ein Gebäude komplett. Diese Vielfalt macht deutlich, dass die Einrichtung eines DKR grundsätzlich in fast jedem Gebäude möglich ist.

Die meisten Einrichtungen haben je einen Konsumraum für den i.v. Konsum (Druckraum) und für den i.h. Konsum (Rauchraum).⁵ Dies liegt daran, dass sich die Konsummuster auf der offenen Szene in Deutschland in den letzten Jahren verändert haben: Zum einen findet vermehrt Rauchkonsum von Heroin statt, zum anderen ist der Konsum von Crack inzwischen in fast allen größeren deutschen Städten angekommen. Einige Einrichtungen haben auf diese Veränderungen inzwischen reagiert und zusätzlich zu einem bereits bestehenden Druckraum einen Rauchraum eingerichtet oder aber die Platzzahl dem Bedarf der Szene angepasst. Wie bereits oben beschrieben, hat beispielsweise das Klck in Dortmund die Zahl der Rauchplätze im Jahr 2017 von zehn auf 15 erhöht, da für diese Konsumform immer mehr Bedarf deutlich wurde und die Warteliste für den Rauchraum immer länger wurde, so dass viele Klient*innen außerhalb/vor der Einrichtung konsumierten. Das La Strada in Frankfurt erweitert derzeit die Einrichtung um einen Rauchraum.

Die Anzahl der Konsumplätze bewegt sich insgesamt (Druck- und Rauchplätze) zwischen drei Plätzen in Köln und 23 Plätzen in Dortmund, wobei das Verhältnis zwischen Druck- und Rauchraum variiert: In Dortmund gibt es 15 Rauchplätze und 8 Druckplätze, im Drob Inn (Hamburg) und der Elbestr. (Frankfurt) ist das Verhältnis mit jeweils 10 Druckplätzen und 5 Rauchplätzen umgekehrt. Die Expert*innen betonen, dass es sinnvoll ist, für jeden der Räume einen eigenen Eingang zu haben. Den Rauchraum z.B. nur durch den Druckraum erreichen zu können, habe sich nicht als sinnvoll erweisen, da dies zu Unruhe im Druckraum führe. Zudem betonen die Expert*innen, dass die Räumlichkeiten insgesamt groß genug geplant werden sollten, da Enge auch Stress-Situationen befördere. Weiterhin sei eine gute Lüftungsanlage für den Rauchraum, aber ebenso für den Druckraum wichtig, wobei grundsätzlich auch die Möglichkeit bestehen solle, die Fenster der DKR zu öffnen.

⁵ Nasaler Konsum spielt insgesamt eine deutlich untergeordnete Rolle und wird beispielsweise bei Bedarf je nach freien Plätzen in einem der beiden Räume ermöglicht.

Die räumliche Gestaltung der Konsumräume hängt einerseits mit den baulichen Gegebenheiten zusammen, andererseits aber auch mit konzeptionellen Überlegungen. In einigen DKR steht in der Mitte ein langer Tisch, an dessen Kopfende die aufsichtführende Fachkraft steht, so dass eine gute Kommunikation möglich ist. In vielen anderen Einrichtungen sitzen die Klient*innen zum Konsumieren zur Wand gewandt und mit dem Rücken zum Raum, wobei sie teilweise an kleinen Einzeltischen, teilweise an durchgehenden Tischen mit Trennwänden sitzen. Die Möglichkeit zu einem abgeschirmten Konsum mittels einer verstellbaren Trennwand ist allen DKR gegeben. In einigen Einrichtungen gibt es zudem einen Notfallraum neben dem Druckraum, in dem Notfälle behandelt werden können, während der Betrieb im Konsumraum weiterläuft.

Neben der regelmäßigen Schulung des Personals im Bereich drogenbedingter Notfälle existieren in allen Einrichtungen Notfallpläne, deren konkrete Ausgestaltung sich auch an den räumlichen Gegebenheiten der Einrichtung orientiert. Zur Sicherheit der Mitarbeiter*innen gibt es in manchen Einrichtungen z.B. mobile Notfallklingeln. Da drogenbedingte Notfälle sich nicht nur in den Konsumräumen ereignen, sondern auch in anderen Teilen der Einrichtung (z.B. auf den Toiletten) sowie im Umfeld der Einrichtung, sind auch hier bauliche Vorkehrungen zu finden: So sind die Vorräume der Toiletten häufig über Glastüren einsehbar und die Toilettentüren selbst nach unten offen, damit Notfälle in diesen Bereichen nicht längere Zeit unbemerkt bleiben.

4.1.6 Zielgruppe und Einlasskriterien

Die Einlasskriterien für die DKR ergeben sich einerseits aus den Rechtsverordnungen (vgl. ausführlicher Kap. 4.2), andererseits aber auch aus den Kooperationsvereinbarungen und Verträgen mit den jeweiligen geldgebenden Behörden sowie aus weiteren fachlichen Überlegungen.

Grundsätzlich sind nur fest zum Konsum entschlossene Personen im DKR zugelassen, während Erst- und Gelegenheitskonsument*innen ausgeschlossen sind. In der Regel müssen die Besucher*innen volljährig sein; 16-17-Jährige werden aber teilweise nach einer Einzelfallprüfung und mit verstärkter Betreuung und Weitervermittlungintensität in den Konsumräumen zugelassen. Stark intoxikierte (oder alkoholisierte) Personen sind vom Konsumraum ausgeschlossen, ebenso wie Personen, denen die „Einsicht“ in ihr Tun fehlt, wie es in den Verordnungen formuliert ist.

Ein weiterer relevanter Punkt ist der Einlass von substituierten Personen. In vielen Bundesländern wurden diese per Rechtsverordnung ausgeschlossen, was neben

praktischen Problemen der Überprüfbarkeit vor allem auch fachliche Fragen aufwirft. Wenn diese Personen nämlich fest zum Konsum entschlossen sind, wovon i.d.R. auszugehen ist, werden sie diesen Konsum außerhalb der Einrichtung durchführen – mit den bekannten negativen Folgen. Das Land NRW hat daher zum 01.01.2016 seine Rechtsverordnung dahingehend verändert, Substituierten den Zugang zum DKR zu gewähren. Die entsprechenden Erfahrungen werden durchweg positiv bewertet, da die Klient*innen offener mit den Mitarbeiter*innen reden könnten und ihre Substitutionsbehandlung nicht mehr verleugnen müssten. In Essen beispielsweise lag im Jahr 2016 der Anteil der Substituierten an den Nutzer*innen bei knapp 40%, wobei sich die Anzahl der Konsumvorgänge im Vergleich zu den Jahren davor nicht wesentlich geändert hat (Fechner 2017: 88). Es sei deshalb davon auszugehen, dass Substituierte auch vor der Änderung der Rechtsverordnung den Konsumraum genutzt, ihren Status als Substituierte aber verheimlicht hätten. Ähnliche Erfahrungen wurden in Dortmund gemacht. Zudem ist es den Substituierten auch durch die Änderung der BtmVV nun möglich, offen über Beigebrauch zu reden, ohne Sanktionen fürchten zu müssen, was die (sozial-)pädagogische Arbeit mit den Substituierten erleichtert, weil mögliche Veränderungsprozesse oder auch Motive für den Beigebrauch eher und leichter angesprochen werden können (Fechner 2017).

In mehreren DKR in NRW sind nur Personen mit Wohnsitz in der jeweiligen Stadt zugelassen. Diese Bestimmung soll eine Sogwirkung aus dem Umland vermeiden, wird jedoch vom Fachpersonal kritisch gesehen: Zum einen, weil ein Sogeffekt insgesamt in Zweifel gezogen wird, zum anderen, weil konsumentschlossene Szeneangehörige aus dem Umland dann im Umfeld der Einrichtung konsumieren. Dies vor allem auch deshalb, weil die übrigen Angebote der Einrichtung (außer den Konsumräumen selbst) durchaus von dieser Gruppe genutzt werden dürfen.

Insgesamt kann man sagen, dass alle Expert*innen dazu raten, die Zugangsbeschränkungen so gering wie möglich zu halten und sowohl Substituierten als auch nicht Ortsansässigen den Einlass zu gewähren: Insgesamt sollten die Verordnungen – was Zulassungsbeschränkungen betrifft – so voraussetzungsarm wie möglich formuliert werden. In diese Richtung argumentiert auch der bundesweite ‚AK Drogenkonsumräume‘ in einer Stellungnahme im Jahr 2014 (AK Drogenkonsumräume 2014), da der Ausschluss von Personengruppen und Konsummustern, die potentiell besonders risikobehaftet sind, zu einem vermehrten Konsum im Umfeld der Einrichtung und damit auch zu vermehrten Drogennotfällen in diesem Bereich führe.

In vielen Einrichtungen müssen die Konsument*innen einen Vertrag zur Nutzung des DKR unterschreiben. Hierzu müssen sie sich ausweisen und je nach den örtlichen Bedingungen in diesem Vertrag auch erklären, dass sie nicht substituiert werden.

Diese Verträge gelten üblicherweise für ein Jahr und müssen dann erneut ausgestellt werden. In der Frankfurter Niddastr. werden die Konsument*innen zudem über ein spezielles PC-Programm erfasst und werden darüber in den Konsumräumen ein- und ausgeloggt. In Hamburg und Hannover hingegen ist die Nutzung der DKR anonym, es werden keine personenbezogenen Daten erhoben. Somit ist hier die Nutzung beispielsweise auch für Menschen ohne Aufenthaltsstatus oder solche Personen möglich, die sich nicht persönlich registrieren lassen möchten.

Schließlich gibt es mit dem Ragazza in Hamburg den deutschlandweit einzigen DKR, in den ausschließlich Frauen Einlass finden. Zwar ist der Anteil der Frauen auf der Szene mit ca. 20-30% deutlich geringer als der der Männer, es handelt sich jedoch um eine besonders vulnerable Gruppe. In den Konsumräumen in NRW betrug der Anteil der Frauen an den Konsumvorgängen 11,2% im Jahr 2016 mit leicht sinkender Tendenz gegenüber den Vorjahren (Landesstelle Sucht NRW 2017). Somit ist der Frauenanteil hier noch geringer als in der offenen Drogenszene generell, was ein Indiz dafür sein könnte, dass ggf. mehr auf die Bedürfnisse dieser Gruppe eingegangen werden müsste.

4.1.7 Hausordnung und Hausverbote

Um einen geregelten und sicheren Ablauf in der Einrichtung zu gewährleisten, haben alle Einrichtungen Hausordnungen erlassen, wobei etwaige Verstöße mit Hausverboten geahndet werden, die jedoch in aller Regel zeitlich befristet sind. Dabei sprechen einige Einrichtungen zeitlich klar fixierte Hausverbote aus (z.B. eine Woche Hausverbot für Drogenweitergabe in der Einrichtung oder für das Herumlaufen im Druckraum mit offener Spritze), während in anderen in jedem Einzelfall über die genaue Sanktion entschieden wird. Zudem wird meist unterschieden zwischen einem Einrichtungsverbot und einem Konsumraumverbot: Bei letzterem können die anderen Angebote der Einrichtung (wie z.B. Beratung, Spritzentausch oder medizinische Versorgung) weiterhin wahrgenommen werden.

4.1.8 Kooperationen

In allen Interviews wurde deutlich, dass eine enge und vor allem vertrauensvolle Kooperation mit den Ordnungsbehörden unerlässlich ist. In einigen Städten finden regelmäßige (z.B. monatliche) Treffen zwischen der Drogenhilfeeinrichtung und der jeweils zuständigen Polizei (z.B. zuständiges Revier, spezielle Drogenabteilungen) statt. Zum Teil finden diese Treffen in größerer Runde statt (z.B. Frankfurt) und wer-

den protokolliert, während solche Treffen in anderen Städten eher informell bzw. nach Bedarf stattfinden. Für eine möglichst reibungslose Arbeit wird es allgemein als unerlässlich angesehen, die Polizei von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines DKR zu überzeugen und die eigene Arbeit auch transparent zu machen, indem man z.B. Polizeibeamt*innen die Einrichtung zeigt (außerhalb der Öffnungszeiten). Neben den regelmäßigen, ‚offiziellen‘ Treffen gibt es vielfach auch informellere Kontakte und Austausch mit der Polizei.

Für mindestens ebenso relevant werden aber auch Kooperationen mit anderen Hilfeinrichtungen, insbesondere mit Substitutionspraxen, Übernachtungseinrichtungen, Betreutem Wohnen sowie anderen Hilfe- und Beratungsstellen angesehen. Zudem, so der dringende Rat aller von uns befragten Expert*innen, müsse in allen Phasen der Implementation und des Betriebs eines DKR maximale Aufklärung, Information und Transparenz mit Blick auf die Öffentlichkeit, insbesondere aber auch mit Blick auf mögliche Anwohner und anliegende Gewerbetreibende hergestellt werden. Nur durch die Einbeziehung aller relevanten und betroffenen Akteure lasse sich die für eine solche Einrichtung erforderliche Akzeptanz realisieren.

4.1.9 Dokumentation und Evaluation

Alle Träger von Drogen- und Suchthilfeinrichtungen dokumentieren ihre Angebote und deren Nutzung. In den Konsumräumen werden üblicherweise Strichlisten geführt, mit denen die konsumierten Substanzen und die Konsumformen sowie das Geschlecht und das Alter der Nutzer*innen erhoben werden. Notfälle werden in getrennten Statistiken erhoben, wobei üblicherweise zwischen leichten und schweren Notfällen unterschieden sowie der Einsatz von Rettungswagen (RTW) und Notarzteinsetzungsfahrzeugen (NEF) dokumentiert wird. Diese Statistiken werden teilweise zu Berichten zusammengefasst und regelmäßig den Ordnungs- und Sicherheitsbehörden zur Verfügung gestellt.

In Frankfurt erfolgt u.W. derzeit die umfangreichste Dokumentation, und zwar über das Computerprogramm Kontext. Hier werden neben den konsumrelevanten Daten auch Gesundheitsdaten und Wohnsitz etc. abgefragt, wenn die Konsument*innen sich erstmals anmelden. Zudem gibt es in Frankfurt eine jährliche ausführliche Konsumraumevaluation für alle DKR gemeinsam, die vom Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) durchgeführt wird (die letzten Evaluationen: Stöver und Förster 2018, 2017, 2016). Diese ausführlichen jährlichen Berichte eröffnen die Möglichkeit, sowohl allgemeine Veränderungen über die Jahre als auch Unterschiede zwischen

den Einrichtungen nachzuvollziehen. In manchen anderen Bundesländern werden die Daten nur an die jeweilige Behörde weitergegeben.

Für Klient*innen im Beratungskontakt gibt es weitere Dokumentationssysteme wie ‚Horizont‘, ‚Vivendi Consil‘ oder ‚Patfak‘, die in den Einrichtungen zusätzlich zu den eigentlichen Konsumraumdokumentationen eingesetzt werden. Diese personen- und einrichtungsbezogenen Daten werden in vielen Bundesländern von externen Forschungsinstitutionen ausgewertet und publiziert, so dass umfassende und fortlaufende Evaluationsberichte vorhanden sind.

4.2 Rechtsverordnungen

Die rechtliche Grundlage für DKR bildet das dritte Gesetz zur Änderung des BtMG und hier der § 10a BtMG: „Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“. Nach diesem Paragraphen können oberste Landesbehörden die Erlaubnis für die Einrichtung von DKR erteilen. Basis für diese Erlaubnis ist eine entsprechende Rechtsverordnung des jeweiligen Bundeslandes. § 10a BtMG Abs. 2 führt Mindeststandards für jene Bereiche an, auf die sich die jeweiligen Rechtsverordnungen beziehen müssen. Dies sind:

- I. Erteilung Erlaubnis/ Anwendungsbereich
- II. Betriebszweck
- III. Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten
- IV. Medizinische Notfallversorgung
- V. Medizinische Beratung
- VI. Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten
- VII. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten
- VIII. Zusammenarbeit mit örtlichen Behörden
- IX. Einschlusskriterien, Substanzen, Konsumform
- X. Ausschlusskriterien
- XI. Hausordnung
- XII. Dokumentation/Evaluation
- XIII. Personal
- XIV. Leitung
- XV. Überwachung

Bisher haben sechs Bundesländer Rechtsverordnungen erlassen: Hamburg (04/2000), NRW (09/2000, Änderung 2015), Saarland (05/2001), Hessen (09/2001, letzte Änderung 2016), Niedersachsen (03/2002) und Berlin (12/2002).⁶ Der Umfang der einzelnen Verordnungen variiert zwischen 13 und 16 Paragraphen und umfasst maximal sieben Seiten. Teilweise werden ausführliche Beschreibungen der einzu-

⁶ Inzwischen hat auch Baden-Württemberg am 25.03.2019 eine Verordnung erlassen. Da uns hier die Verordnung noch nicht vorliegt, werden wir sie in der folgenden Analyse nicht berücksichtigen.

reichenden Anlagen angeführt und teilweise wird die Gendersprache verwendet. Eine Besonderheit der Verordnung von Hessen ist es, dass sie immer nur für fünf Jahre gültig ist.

Im Folgenden werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Rechtsverordnungen zu den Bereichen I bis XV dargestellt. Zu beachten ist dabei, dass der Begriff DKR nicht einheitlich benutzt wird: Manchmal ist mit DKR in den Verordnungen der konkrete Druck- und/oder Rauchraum gemeint, manchmal die gesamte Einrichtung.

Zu I. und II: Erteilung Erlaubnis/Anwendungsbereich und Betriebszweck

Die Ziele der DKR werden in allen Verordnungen ähnlich beschrieben:

„Der Drogenkonsumraum muss der Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe für Drogenabhängige dienen. Er muss ausstiegsorientiert und auf die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen hin angelegt sein; dies muss bereits in der Konzeption und der Außendarstellung erkennbar sein. Der Betrieb des Drogenkonsumraumes muss dazu beitragen,

- die durch Drogenkonsum bedingten Gefahren zu senken,
- die Behandlungsbereitschaft der Benutzerinnen und Benutzer zu wecken und dadurch den Einstieg in den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
- die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen einschließlich der ärztlichen Versorgung zu fördern
- und die Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu verringern“ (§ 2 Niedersachsen, ähnlich: § 2 NRW, § 2 Hessen, § 2 Berlin, § 2 Saarland).

Nur die Rechtsverordnung von Hamburg bildet eine Ausnahme, indem zusätzlich als Zielgruppe für den DKR „Personen, die für Drogenhilfemaßnahmen nur schwer erreichbar sind“ (§ 2 Hamburg), explizit genannt werden und die Reduzierung der Belastungen für die Öffentlichkeit nicht als Ziel angeführt wird.

In einigen Verordnungen wird an dieser Stelle ein Werbeverbot ausgesprochen z.B.: „Träger und Personal dürfen für den Besuch der Drogenkonsumräume nicht werben“ (§ 2 NRW). Im Rahmen der Aufklärungsarbeit darf jedoch auf die Einrichtung hingewiesen werden (§ 2 NRW).

In der Verordnung von Niedersachsen wird zusätzlich festgelegt, dass „der Drogenkonsumraum als Teil einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung in das Gesamtkonzept des örtlichen Drogenhilfesystems eingebunden (§ 1 Niedersachsen)“ werden soll.

Zu III: Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten

Die Ausstattung der Räumlichkeiten wird in allen Verordnungen ähnlich festgelegt. Der DKR selbst muss ein separater Raum sein, mit abwischbaren und desinfizierbaren Wänden und Böden. Die Flächen müssen ebenfalls desinfizierbar und leicht zu reinigen sein. Außerdem müssen ausreichende Beleuchtung und Belüftung sowie ein Zugang zu sanitären Anlagen vorhanden sein. Die Bereitstellung von sterilen Einmalspritzen und Kanülen, Tupfern, Ascorbinsäure und weiterem Injektionszubehör sowie deren ggf. sachgerechte Entsorgung werden ebenfalls festgelegt. An dieser Stelle werden auch „geeignete Folien zum inhalativen Konsum“ (§ 3 NRW) genannt. Diesen Zusatz hat NRW erst in der Änderungsordnung von 2016 aufgenommen, vorher gab es diesbezüglich Rechtsunsicherheiten (Dettmer & Schneider 2016, S. 60).

In der Verordnung von Niedersachsen werden zusätzlich „verstellbare Trennwände“ genannt (§ 3) und die Verordnung von NRW führt an dieser Stelle „gesonderte Wartebereiche“ an (§ 3). In einigen Verordnungen ist davon die Rede, dass DKR von „eine[m] ständig wechselnden Personenkreis“ (§ 4 Hamburg, § 3 Berlin, § 3 Saarland) aufgesucht werden.

Auch der freie Zugang für Rettungsdienste wird in einigen Verordnungen unter dieser Rubrik festgeschrieben (z.B. NRW), bei anderen Verordnungen erfolgt dies im Rahmen der Paragraphen zur medizinischen Notfallversorgung (z.B. § 4 Hessen, § 5 Hamburg).

Zu IV: Medizinische Notfallversorgung

In allen Verordnungen wird festgelegt, dass es einen medizinischen Notfallplan geben und welcher Behörde der Plan vorgelegt werden muss. NRW führt hier zusätzlich an, dass es einen Notfallkoffer geben muss (§ 4 NRW).

In einigen Verordnungen ist festgelegt, dass das Personal zu schulen ist (§ 4 NRW, § 4 Hessen, § 4 Saarland). Alle Verordnungen bis auf die von Niedersachsen führen an, dass der Drogenkonsum unter Sichtkontrolle des Personals stattfinden muss. Hierbei werden unterschiedliche Formulierungen verwendet: „[S]tändige Sichtkontrol-

le der Applikationsvorgänge durch in der Notfallversorgung geschultes Personal“ (§ 5 Hamburg) oder durch „in der Notfallversorgung geschultes Personal ständig zu beobachten (§ 4 NRW)“.

Berlin und Hessen führen zusätzlich an, dass der Notfallplan auch Unfallschutzprävention und Maßnahmen bei Verletzung des Personals beinhalten muss (§ 4 Hessen, § 4 Berlin).

Zu V: Medizinische Beratung

Alle Verordnungen formulieren hier ähnlich: Im DKR selbst findet keine ausführliche Beratung statt, sondern es wird „in allen konsumrelevanten Fragen medizinische Beratung und Hilfe zum Zweck der Risikominderung gewährt [...], insbesondere in Bezug auf Infektionsrisiken, die Gefährlichkeit der mitgeführten Betäubungsmittel und die Konsumart“ (§ 6 Niedersachsen). Die Beratung (oft ‚Safer Use‘ genannt) soll von geschultem Personal durchgeführt werden. Eine weitere Spezifizierung des geschulten Personals erfolgt nicht. Allerdings muss laut der Verordnung von Berlin „im Drogenkonsumraum [...] mindestens eine Krankenpflegekraft tätig sein“ (§ 5 Berlin). In der Verordnung von Hamburg wird betont, dass es kein ärztliches Personal sein muss: „Medizinische Beratung und Hilfe erfordern kein ärztliches Handeln, bedürfen aber eines nachweislich medizinisch geschulten Personals“ (§ 6 Hamburg).

Zu VI: Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten

Auch wenn im DKR selbst keine ausführlichen Beratungsgespräche stattfinden sollen, müssen alle Einrichtungen die Vermittlung in weiterführende Angebote aufweisen. Dies wird in allen Verordnungen ähnlich formuliert: „Es muss sichergestellt sein, dass das Fachpersonal (...) über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus über weitergehende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie informiert und auf Wunsch Kontakte zu geeigneten Einrichtungen vermittelt“ (§ 7 Niedersachsen).

In diesen Zusammenhang wird lediglich in der Verordnung von Berlin ‚qualifiziertes Personal‘ definiert: „Es muss sichergestellt sein, dass durch qualifiziertes Personal (Diplom-Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder gleichwertige Qualifikation) über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt und auf Wunsch Kontakte zu geeigneten Einrichtungen vermittelt werden“ (§ 6 Berlin).

Zu VII und VIII: Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten und Zusammenarbeit mit örtlichen Behörden

Hier wird in den Verordnungen unterschieden in Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten *in* der Einrichtung und *vor* der Einrichtung, wobei sich die Verordnungen bezüglich der Vorschriften zum Verhalten *in* der Einrichtung ähneln; bis auf den Besitz von illegalisierten Substanzen müssen alle anderen Straftaten verhindert werden:

„(1) Es muss sichergestellt sein, dass Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BtMG zum Eigengebrauch in geringer Menge, innerhalb des Drogenkonsumraumes nicht geduldet werden und dass die Benutzerinnen und Benutzer darauf hingewiesen werden.

(2) Es muss die Anweisung an das Fachpersonal bestehen, 1. den Hinweis nach Absatz 1 erforderlichenfalls persönlich gegenüber den Benutzerinnen und Benutzern des Drogenkonsumraumes zu wiederholen und 2. die in Absatz 1 genannten und nicht zu duldbaren Straftaten unverzüglich zu unterbinden“ (§ 7 Niedersachsen).

Die Verordnung von NRW führt in diesem Kontext die Hausordnung an. Die Hausordnung muss mit den Behörden abgestimmt werden und das Personal ist für die Einhaltung der Hausordnung verantwortlich:

„(1) Es ist eine mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden abgestimmte Hausordnung zu erlassen und gut sichtbar auszuhängen. Die Nutzerinnen und Nutzer sind ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, mit Ausnahme des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch gemäß § 8 Abs. 3 Satz 3, innerhalb der Einrichtung verboten sind und unverzüglich unterbunden werden.

(2) Die Einhaltung der Hausordnung ist durch das Personal zu überwachen.

(3) Bei einem Verstoß gegen die Hausordnung sind die Drogenabhängigen von der weiteren Nutzung auszuschließen. Über die Dauer des Nutzungsausschlusses entscheidet die Leitung der Einrichtung“ (§ 6 NRW).

Laut der Verordnung von Berlin ist das Personal verpflichtet die Polizei einzuschalten, wenn es selbst die Straftaten nicht in den Griff bekommt: „Es muss gegenüber dem Personal die Anweisung bestehen, 1. den Hinweis nach Absatz 1 erforderlichenfalls persönlich gegenüber den Benutzerinnen und Benutzern des Drogenkonsumraums zu wiederholen und 2. die in Absatz 1 genannten und nicht zu duldbaren Straftaten unverzüglich zu unterbinden; bleibt dies erfolglos, sind das Personal oder

die Leitung des Drogenkonsumraums verpflichtet, die Polizei zu benachrichtigen“ (§ 8 Berlin).

Die Vorschriften zum Verhalten vor den Einrichtungen sind ebenfalls überall ähnlich formuliert und es werden klare Vereinbarungen und Kooperationen mit der Polizei bzw. der zuständigen Behörde gefordert. Zudem muss die Szenebildung verhindert und alle Maßnahmen mit Behörden und ggf. Nachbarn abgestimmt werden: „Die Träger von Drogenkonsumräumen haben mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Formen ihrer Zusammenarbeit schriftlich festzulegen und mit ihnen regelmäßig Kontakt zu halten, um frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume zu verhindern. Die Leitung der Einrichtung hat die einrichtungsbedingten Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld zu beobachten und besondere Vorkommnisse zu dokumentieren“ (§ 7 NRW).

In einigen Verordnungen wird dieses Thema weiter spezifiziert. So muss es in Niedersachsen eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit Gesundheitsbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gemeinde geben, wobei zur Polizei ein ständiger Kontakt gehalten werden soll und Maßnahmen abgestimmt werden müssen (§ 9 Niedersachsen). In der Verordnung von Hamburg wird angeführt, dass es ein wöchentliches Kurzprotokoll über Auswirkungen auf das Umfeld geben muss (§ 9 Hamburg). In der Verordnung des Saarlandes wird der Kontakt zur Polizeidienststelle gefordert, „um frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung im Umfeld der Drogenkonsumräume zu verhindern“ (§ 9 Saarland).

Zu IX: Einschlusskriterien, Substanzen, Konsumformen

Die Einschlusskriterien sind in allen Verordnungen ähnlich geregelt: Die Personen müssen volljährig sein und eine Betäubungsmittelabhängigkeit bzw. Konsumerfahrung aufweisen, Jugendliche (ab 16 Jahren) haben nur nach Einzelfallprüfung Einlass. Die Berliner Verordnung formuliert z.B.: „Jugendlichen darf der Zugang nur dann gestattet werden, wenn die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder aufgrund besonderer Umstände nicht vorgelegt werden kann und sich das Personal im Einzelfall nach besonderer Prüfung anderer Hilfemöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt hat“ (§ 10 Berlin).

Als Substanzen, deren Konsum im DKR erlaubt ist, werden Opiate, Kokain, Amphetamin und deren Derivate genannt. Durch die Änderungsordnung von NRW wurden

dort 2016 auch Benzodiazepine aufgenommen. Als mögliche Konsumformen werden intravenös, inhalativ, nasal und oral festgelegt.

In der Verordnung von NRW wird explizit eine Sichtkontrolle durch das Personal gefordert, aber eine Substanzkontrolle (im Sinne von ‚Drug Checking‘) ausgeschlossen: „Die von den Nutzerinnen und Nutzern mitgeführten Betäubungsmittel sind einer Sichtkontrolle zu unterziehen. Von einer näheren Substanzanalyse zur Menge, Art und Zusammensetzung des Stoffes ist abzusehen“ (§ 8 NRW). Eine solche Substanzanalyse durch das DKR-Personal ist bereits nach § 10a, Absatz 4 BtMG verboten. Gleichwohl eröffnet die Verordnung aus Hamburg die Möglichkeit, Substanzen an befugte Stellen weiterzuleiten: „Das Konzept der Betreiberin oder des Betreibers muss festlegen, für welche der in Satz 1 genannten Betäubungsmittel und Konsumformen der Drogenkonsumraum vorgesehen ist. Daraus muss sich zudem ergeben, ob Substanzanalysen im Sinne von § 10 a Absatz 4 BtMG in einer hierzu betäubungsmittelrechtlich befugten Stelle veranlasst werden sollen“ (§ 10 Hamburg).

Zu X: Ausschlusskriterien

In allen Verordnungen werden bestimmte Personen-Gruppen von vornherein von der Nutzung des DKR ausgeschlossen. So ist es Erst- und Gelegenheitskonsument*innen, Minderjährigen unter 16 Jahren und erkennbar intoxikierten und/oder alkoholisierten Personen nicht gestattet, den DKR zu nutzen. Außerdem werden Personen, die nicht ‚zurechnungs-, bzw. ‚einsichtsfähig‘ sind, ausgeschlossen. Dieser Personenkreis wird in den Verordnungen unterschiedlich beschrieben: „Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen mangelnder Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt“ (§ 8 NRW) oder z.B. „Personen, denen die Einsichtsfähigkeit in die durch die Verabreichung erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt“ (§ 9 Hessen).

Bezüglich des Ein- bzw. Ausschlusses von Substituierten sind die Verordnungen unterschiedlich. In den Verordnungen des Saarlands (§ 10), Berlins (§ 10), Hessens (§ 9) und Niedersachsens (§ 5) sind Substituierte explizit von der Nutzung des DKR ausgeschlossen: „Von der Benutzung des Konsumraumes sind auszuschließen: [...] Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung [...] befinden“. In NRW sind durch die Änderung der entsprechenden Verordnung im Jahre 2016 Substituierte heute zugelassen und in der Verordnung von Hamburg werden diese gar nicht erst ausgeschlossen. Laut der Verordnung aus Berlin werden Personen, die sich nicht ausweisen können, ebenfalls ausgeschlossen (§ 5 Berlin).

Zu XI: Hausordnung

In fast allen Verordnungen finden sich Angaben zur Hausordnung. In Niedersachsen (§ 5), Berlin (§ 5) und Saarland (§ 7) sind die Hausordnungen in den Verordnungen als separater Paragraph angeführt. In NRW muss die Hausordnung als Anlage dem Antrag zur Bewilligung eines DKR beiliegen (§ 12). In der Verordnung von Hessen gibt es zwar keinen Paragraphen mit dem Titel Hausordnung, es heißt aber dennoch, dass „eine Hausordnung zu erlassen und sichtbar auszuhängen [ist]“ (§ 7). Teilweise muss die Hausordnung mit den Behörden abgestimmt werden (§ 5 Niedersachsen, § 6 NRW).

Die Hausordnungen müssen sichtbar ausgehängt werden, wobei für die Überwachung der Einhaltung der Hausordnung das Personal zuständig ist. Dies gilt auch für die Maßnahmen, die bei Verstößen gegen die Hausordnung ergriffen werden: „Die Hausordnung ist in der Einrichtung gut sichtbar auszuhängen. Ihre Einhaltung wird vom Personal ständig überwacht“ (§ 7 Saarland). Lediglich in der Verordnung von Hamburg findet sich der Begriff Hausordnung nicht.

Zu XII: Dokumentation/Evaluation

In allen Verordnungen gibt es Ausführungen zur Dokumentation. So führen fast alle Verordnungen Tagesprotokolle (mit Erfassung von Umfang und Ablauf der Nutzerkontakte, Zahl und Tätigkeit des eingesetzten Personals sowie aller besonderen Vorkommnisse) und Monatsberichte an. In der Verordnung aus Niedersachsen wird zusätzlich festgelegt, dass die Ergebnisse der Berichte an die Behörden/Überwachungsbehörde übermittelt werden müssen (§ 9 Niedersachsen).

In der Verordnung aus dem Saarland werden keine Tagesprotokolle gefordert, aber eine „Dokumentation über den Betrieb des Drogenkonsumraums [muss] erfolgen. Hierbei sind unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen folgende Aspekte zu berücksichtigen: Altersangaben, Geschlechtszugehörigkeit, Nationalität, Konsumverhalten, Drogenpräferenz, Nutzungszahl und Nutzungsfrequenz, Gesundheitsschäden, AIDS und Hepatitis, Notfallsituationen, Wundversorgungen, Ausstiegsvermittlungen und die Sicherheitsproblematik“ (§ 12 Saarland). Zudem wird eine Berichtspflicht mit regelmäßiger Berichterstattung an das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales festgelegt.

Zu XIII: Personal

In allen Verordnungen ist ähnlich formuliert, dass das Personal „Fachpersonal bzw. fachlich ausgebildet“ sein soll. Spezielle Berufsgruppen werden nur in der Verordnung von Berlin genannt. Hier muss Fachpersonal für eine Beratung über eine „suchtspezifische Erstberatung“ hinaus vorhanden sein und Fachpersonal wird definiert als „qualifiziertes Personal (Diplompädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder gleichwertige Qualifikation)“ (§ 6 Berlin). Zudem muss eine Krankenpflegekraft direkt im DKR arbeiten (§ 5 Berlin).

In der Verordnung aus Hessen findet sich die Formulierung des „zuverlässige[n] Personal[s]“ (§ 11 Hessen) und in der aus Berlin die des „persönlich zuverlässige[n] Personal[s]“ (§ 12 Berlin).

Zu XIV: Leitung

Auch hier sind die Vorgaben in allen Verordnungen ähnlich. Es wird oft eine Person als Leitung ggf. mit einer Stellvertretung gefordert. In der Verordnung aus NRW ist zudem die Kontrolle des Trägers über das Personal festgelegt: „Die Träger von Drogenkonsumräumen haben sicher zu stellen, dass die Leitungen und deren Personal weder selbst am Betäubungsmittelverkehr teilnehmen noch aktive Hilfe beim unmittelbaren Verbrauch der Betäubungsmittel leisten“ (§ 11 NRW).

Zu XV: Überwachung

Drei Verordnungen haben einen extra Paragraphen zur behördlichen Überwachung, der ausführt, wer die zuständige Überwachungsbehörde ist. In der Verordnung aus Niedersachsen heißt es allgemein „Der Drogenkonsumraum unterliegt der Überwachung durch die zuständige Behörde“ (§ 13 Niedersachsen). In Hessen ist es das „Gesundheitsamt“ (§ 14 Hessen) und in NRW die „Bezirksregierung“ (§ 13 NRW).

Neben der jeweiligen Rechtsverordnung gibt es Vereinbarungen bzw. Verträge zwischen dem jeweiligen Träger des DKR und der zuständigen Behörde. In diesen werden weitere Details vereinbart, die so nicht in den Verordnungen stehen. So gibt es Punkte, die in manchen Bundesländern in der Verordnung, in anderen jedoch in einer separaten Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern und den zuständigen Behörden geregelt sind.

Beispielsweise schränkt die Kooperationsvereinbarung zwischen Fixpunkt e.V. und dem zuständigen Bezirksamt Berlin-Charlottenburg-Wilmersdorf die Zielgruppe weiter ein, indem nur Personen, die in Berlin wohnen, Einlass in den DKR gewährt wird, „um eine Sogwirkung aus dem Umland zu reduzieren“ (Fixpunkt e.V. o.J.: 2). Zudem ist die Kooperation zwischen dem Träger und den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden explizit geregelt. Dabei trägt „[d]er Träger Fixpunkt e.V. Sorge für ein funktionstüchtiges Informations- und Kontaktsystem“ (Fixpunkt e.V. o.J.: 1). So ist der Träger z.B. dafür verantwortlich, mindestens alle sechs Monate „zu Abstimmungsgesprächen auf Arbeitsebene [...] [einzuladen] um aktuelle Ereignisse zu erörtern und geeignete Sofortmaßnahmen festzulegen“ (Fixpunkt e.V. o.J.: 2). Zudem wird die Leitungsebene zu jährlichen Gesprächen eingeladen: „In dem Jahresgespräch werden die Statistiken, Erfahrungen und Tendenzen des laufenden Jahres dargestellt, Prognosen diskutiert und zukunftsorientierte Handlungsschritte abgestimmt“ (ebd.). Laut Rechtsverordnung sind die „Tagesprotokolle [...] zu Monatsberichten zusammenzufassen und auszuwerten. Über die Ergebnisse der Auswertung sind die Erlaubnisbehörde, die Polizei und das zuständige Bezirksamt, Abteilung Gesundheit, auf Verlangen zu unterrichten“ (§ 11 Berlin). Laut Kooperationsvereinbarung sind die Berichte jedoch nicht nur auf Verlangen vorzuzeigen, sondern es werden mindestens alle sechs Monate Treffen gefordert, bei denen die Protokolle zusammengefasst und weitere Auswertungen vorgestellt werden.

Bezüglich der Verhinderung von Straftaten im Umfeld der Einrichtung sieht die Berliner Rechtsverordnung die Verhinderung von Szenebildung vor (§ 9 Berlin), wobei dann die Kooperationsvereinbarung die Aktivitäten zur Verhinderung der Szenebildung genauer beschreibt: „Der Träger Fixpunkt. e.V. wird Konsumenten, die sich vor oder in unmittelbarem Umfeld der Einrichtung sammeln, aktiv und unmittelbar ansprechen und diese zum Weitergehen bewegen, um eine Szenebildung frühzeitig zu unterbinden“ (Fixpunkt e.V. o.J.: 2). Außerdem müssen laut Kooperationsvereinbarung die Öffnungszeiten der Einrichtung „soweit möglich mit den Beteiligten und der Polizei abgestimmt“ und „Verunreinigungen im unmittelbaren Umfeld vermieden werden“ (Fixpunkt e.V. o.J.: 3). Die beiden letztgenannten Aspekte tauchen in der Rechtsverordnung nicht auf.

Von Seiten der Expert*innen werden die Rechtsverordnungen keineswegs nur positiv, sondern verschiedene Aspekte durchaus auch kritisch gesehen. So würden in den Rechtsverordnungen etwa „kleinteilig verbindliche Rahmenbedingungen festgelegt, die in weiten Teilen fachlich nicht begründbar oder dem eigentlichen Ziel der Einrichtung sogar völlig konträr entgegenstehen“ (Dettmer & Schneider 2016: 56). Dabei werden insbesondere die Zugangsbeschränkungen, z.B. für Substituierte oder

für Nicht-Ortsansässige (letztere Einschränkung ist z.B. in diversen Kooperationsvereinbarungen in NRW und Berlin festgelegt), als fachlich falsch eingeschätzt oder die Festlegung auf wenige, im DKR geduldete Substanzen als nicht „sach- und zeitgemäß“ (ebd.: 58) kritisiert. Zudem seien manche Begriffe wie etwa „Gelegenheitskonsumierende“ oder „offensichtlich alkoholisierte Personen“ unklar definiert. Die von uns befragten Konsumraumbetreiber*innen empfehlen daher ausnahmslos eine möglichst schlanke Verordnung mit wenigen Einschränkungen hinsichtlich der Konsumformen, der Substanzen und der Zugangskriterien. Stattdessen sollten konkrete Einschränkungen, wenn sie denn für erforderlich gehalten würden, in den Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden, da sich diese schneller ändern ließen und damit den Entwicklungen in der Szene zeitnah Rechnung getragen werden könnte. Von manchen unserer Gesprächspartner*innen wurde die Hamburger Konsumraumverordnung als die beste der vorhandenen bewertet, da sie am wenigsten Einschränkungen vorsieht.

5. Kosten für einen Drogenkonsumraum

Eine zentrale Frage an diese Machbarkeitsstudie ist die nach den Kosten für einen DKR, wobei sich diese Kosten in 1. einmalige, investive Kosten, 2. Personalkosten und 3. laufende Sachkosten unterscheiden lassen.

5.1 Einmalige investive Kosten

Die einmaligen Kosten zur Einrichtung eines DKR richten sich nach den baulichen und sonstigen Gegebenheiten vor Ort und lassen sich daher nicht ohne Kenntnis der konkreten räumlichen Gegebenheiten kalkulieren. Je nachdem, wieviel Umbauten und Renovierungsarbeiten in einem bestehenden Gebäude vonnöten sind, können die Kosten stark variieren. Weiterhin kann ggf. auch der Neubau einer Einrichtung in Betracht kommen. Das Stellwerk in Hannover hat im Jahr 2018 z.B. ein neues Gebäude bezogen, das extra für den Zweck des Betriebes eines integrierten DKR errichtet worden war und dessen Bau ca. 1 Million Euro gekostet hat. Zudem entstehen einmalige Anschaffungskosten für das Mobiliar und Inventar der Einrichtung.

5.2 Personalkosten

Für die Höhe der Personalkosten sind vor allem das Personalkonzept und die Öffnungszeiten entscheidend. Personalkosten bilden nach den Aussagen unserer Interviewpartner*innen regelmäßig den weitaus größten Anteil an den Kosten eines DKR. Sie sind einerseits davon abhängig, wieviel Personal (mit welcher Qualifikation) eingesetzt wird, und andererseits von den Öffnungszeiten der Einrichtung, wobei hier auch von Belang ist, ob die Öffnungszeiten ein Ein- oder Mehrschichtsystem notwendig machen. Bei längeren Öffnungszeiten ist entsprechend mehr Personal nötig. Auch Nacht- bzw. Wochenendöffnungszeiten können höhere Personalkosten durch Zuschläge bedeuten.

Die Frage nach den Kosten eines DKR war auch für unsere Interviewpartner*innen nicht leicht und auch nicht eindeutig zu beantworten. Dies deshalb, da es sich einerseits um sehr verschiedene Einrichtungen handelt, die neben dem eigentlichen Konsumraum ganz unterschiedliche und vor allem ganz unterschiedlich organisierte weitere Angebote vorhalten, von denen sich die DKR-Kosten nur schwer abgrenzen lassen. Andererseits haben die unterschiedlichen Bundesländer unterschiedliche Anforderungen an die qualitative und quantitative personelle Ausstattung von DKR: Während in Frankfurt ein DKR mit wenig Fachpersonal und mit vielen (geschulten) sons-

tigen Mitarbeiter*innen (i.d.R. Studierenden) betrieben wird, sind in NRW überwiegend Fachkräfte im DKR beschäftigt und nur wenige sonstige Mitarbeiter*innen. Und während in NRW die Betriebserlaubnis eines DKR (etwa in Dortmund) ein Minimum von sieben gleichzeitig anwesenden Personen vorsieht, reichen in Hannover oder im La Strada in Frankfurt ggf. fünf Personen zum Betreiben der jeweiligen Einrichtung aus: Allerdings handelt es sich bei diesen Zahlen jeweils um das absolute Minimum und man versucht, die Einrichtung i.d.R. mit mehr Personal zu besetzen. Im DKR Niddastr. in Frankfurt wiederum, der als spezialisierter DKR gelten kann und fast ausschließlich mit sonstigen Mitarbeiter*innen betrieben wird, sind regelhaft acht gleichzeitig anwesende Personen (1 Soz.-Päd. und 7 sonstige Mitarbeiter*innen) vorgesehen. Zugleich hängt es auch von den räumlichen Gegebenheiten ab, ob ggf. mehr Personal nötig ist, z.B. bei verwinkelten Räumlichkeiten oder wenn die Einrichtung sich über mehrere Etagen erstreckt.

Wir gehen davon aus, dass von den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten drei Modellen für einen DKR nur die zwei folgenden Modelle für Bremen in Frage kommen:

Erstens a) ein *spezialisierter DKR*, also eine weitgehend auf den Konsumvorgang selbst und dessen Überwachung reduzierte Einrichtung, die keine aufwändigen weiteren medizinischen und sozialpädagogischen Angebote vorhält, die dementsprechend mit wenigen Fachkräften auskommt und stattdessen vor allem geschulte sonstige Mitarbeiter*innen beschäftigt. Hier wäre dann allerdings sicherzustellen, dass in der näheren Umgebung des DKR umfassendere niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Suchthilfe angesiedelt sind. In Anlehnung an die personelle Ausstattung des DKR Niddastraße setzen wir hier voraus, dass während der Öffnungszeiten immer mindestens ein*e Sozialpädagog*in und sieben sonstige Mitarbeiter*innen vor Ort sein müssen.

Zweitens b) ein *integrierter DKR*, der in ein breites Angebot an sozialpädagogischen und gesundheitlich-medizinischen Hilfen eingebettet ist und der mehr Fachkräfte und weniger sonstige Mitarbeiter*innen im DKR beschäftigt. Dabei gehen wir davon aus, dass in einem solchen DKR mindestens sechs Personen gleichzeitig anwesend sein sollten, wobei wir uns dabei an dem Mittelwert der personellen Anforderungen im Kick Dortmund (mind. 7 Personen) einerseits und im Stellwerk Hannover (mind. 5 Personen) andererseits orientieren.

Im Folgenden werden die Personalkosten für die beiden genannten DKR-Modelle mit jeweils vier Varianten hinsichtlich der Öffnungszeiten skizziert bzw. geschätzt:

6 Stunden Öffnungszeit an 251 Tagen⁷;
10 Stunden Öffnungszeit an 251 Tagen;
6 Stunden Öffnungszeit an 365 Tagen; und
10 Stunden Öffnungszeit an 365 Tagen.

Unsere Berechnungen hinsichtlich des Arbeitsumfanges stützen sich dabei wesentlich auf die Angaben und Informationen, die wir von unseren Interviewpartner*innen in den unterschiedlichen Einrichtungen erhalten haben. Es handelt sich dabei aber freilich lediglich um Modellrechnungen, die sich im konkreten Anwendungsfall auch anders darstellen können. In allen Varianten gehen wir davon aus, dass es sowohl einen Druckraum (für den i.v. Konsum) als auch einen Rauchraum (für den i.h. Konsum) gibt.

a) Personalkosten Spezialisierter DKR

In den folgenden Rechenbeispielen für einen weitgehend auf den Konsumvorgang selbst und dessen Überwachung spezialisierten DKR orientieren wir uns am Beispiel des DKR Niddastraße in Frankfurt. Dieser DKR ist als eigenständige Einrichtung konzipiert und durchgehend mit mindestens einer Fachkraft (1 Soz.-Päd.) sowie 7 sonstigen Mitarbeiter*innen (i.d.R. Studierende) besetzt. Folgende Aufgaben/Posten sind dabei zu besetzen: Einlasskontrolle zur Einrichtung und Aufsicht im Wartebereich (3 Personen), Anmeldung für die Konsumräume (1 Person), Spritzentausch (1 Person), Tresen für den direkten Zutritt in die Konsumräume sowie Ausgabe der Injektions- oder Rauch-Utensilien und Aufsicht über den Rauchraum (2 Personen) und Aufsicht im Druckraum (1 Person).

Fachkräfte

Zu den *Präsenzzeiten* der Fachkräfte während der Öffnungszeiten (für einen DKR, der an 251 Tagen jeweils 6 Stunden geöffnet hat, wären das z.B. 1506 Stunden/Jahr) kommen *Arbeitszeiten für zusätzliche Tätigkeiten im DKR* jenseits der Öffnungszeiten (z.B. Vorbereitung und Nachbereitung der Räumlichkeiten, Vorbesprechung, Nachbesprechung, Desinfektion, Teambesprechung) von insgesamt 4 Stunden/Tag (251 geöffnete Tage à 4 Stunden = 1004 Stunden/Jahr). Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden pro Tag erhöht sich die Stundenzahl (aufgrund von Schichtwechseln und einem höheren Arbeitsaufkommen) auf 6 Stunden pro Tag

⁷ Die Anzahl von 251 Tagen ist die Zahl der Arbeitstage in Bremen in 2017, 2018 und 2019, entspricht also Öffnungszeiten an den Werktagen montags bis freitags (abzüglich der auf diese Tage fallenden Feiertage).

(251 geöffnete Tage à 6 Stunden = 1506 Stunden pro Jahr). Entsprechend höhere Stundenzahlen gelten für die Öffnung an 365 Tagen.

Darüber hinaus fallen *weitere Aufgaben* an, und zwar für: Dokumentation, Qualitätsmanagement, Arbeitssicherheit, Supervision, eigene Teilnahme an Schulungen sowie v.a. auch die Einarbeitung und Schulung der sonstigen Mitarbeiter*innen, Praktikant*innenbetreuung etc. (insbesondere die Zeit für die Einarbeitung und Schulung der sonstigen Mitarbeiter*innen ist hier im Gegensatz zu einem integrierten Modell deutlich erhöht, weil eine Vielzahl an sonstigen, i.d.R. geringfügig beschäftigten Mitarbeiter*innen ausgebildet und betreut werden muss, die zudem häufig wechseln). Für diese weiteren Aufgaben setzen wir 1 Arbeitsstunde pro Stunde Öffnungszeit an, also sechs bzw. zehn zusätzliche Stunden pro Tag. Diese Rechnung ist u.E. gerechtfertigt, weil bei längeren Öffnungszeiten entsprechend mehr Arbeit anfällt, da z.B. die Dokumentation aufwändiger und vor allem auch die Zahl der einzuarbeitenden Mitarbeiter*innen höher wird.

Die aus Präsenzzeit, Arbeitszeiten für zusätzliche Tätigkeiten sowie weitere Aufgaben errechnete Gesamtstundenzahl wird (bei den Fachkräften) sodann mit dem Ausfall-Faktor von 1,2 (für 30 Tage Urlaub und durchschnittliche Krankheitstage) multipliziert. Um die Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu erhalten, wird die Gesamtstundenzahl (für die Fachkräfte) sodann durch 2008 (251 Arbeitstage à 8 Arbeitsstunden) geteilt. 1 VZÄ wird mit 60.000 Euro/Jahr angesetzt, was in etwa dem Arbeitgeber-Brutto incl. Sozialversicherung etc. pro Jahr für die Entgeltgruppe TV-L 9b, Stufe 3 entspricht.

Leitung

Alle DKR verfügen neben dem oben dargestellten (Fach-)Personal noch über eine Leitungsperson, wobei die entsprechende Arbeitszeit für Leitungsaufgaben in den oben dargestellten Tätigkeiten noch nicht enthalten ist. Hierzu gehören Planung, Koordination und Organisation der Einrichtung z.B.: Vertretung der Einrichtung nach außen, Weiterentwicklung der Angebote, Kontakte mit dem sozialen Umfeld der Einrichtung (Anwohnern, Passanten, Gewerbetreibenden), Berichtspflichten gegenüber Gesundheits- und Sicherheitsbehörden, regelmäßiger Austausch mit Vertreter*innen von Polizei und Staatsanwaltschaft, Teilnahme an Runden Tischen, Austausch mit anderen Betreiber*innen von DKR in Deutschland bzw. Europa, Führungen durch die Einrichtung usw. Für diese Aufgaben rechnen wir bei 251 Öffnungstagen 30 Stunden pro Woche und bei 365 Öffnungstagen 40 Stunden pro Woche, also 1560 Stunden/Jahr bzw. 2080 Stunden/Jahr. Die VZÄ werden wie oben berechnet, wobei ein

VZÄ mit 65.000 Euro/Jahr angesetzt wird, was in etwa der Eingruppierung in TV-L 12, Stufe 3 entspricht.

Sonstige Mitarbeiter*innen

Für die sonstigen Mitarbeiter*innen werden keine VZÄ berechnet, sondern die Zahl der Arbeitsstunden mit einem Arbeitgeberbrutto-Stundenlohn von 15,00 Euro angesetzt. Allerdings beschränkt sich die Arbeitszeit auch hier nicht auf die *Präsenz* während der Öffnungszeiten, sondern es sind pro Schicht und Person 0,5 Stunden *zusätzliche Tätigkeiten im DKR* im Sinne von Vor- und Nachbesprechung sowie Schichtwechsel zu veranschlagen. Bei einer Öffnungszeit von 6 Stunden pro Tag (= 1 Schicht) sind das 0,5 Stunden/Tag für sieben Personen, also 3,5 Stunden/Tag (bei 251 geöffneten Tagen ergibt das 878,5 Stunden/Jahr; bei 365 Tagen 1.277,5 Stunden/Jahr). Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden pro Tag (= 2 Schichten) ergeben sich entsprechend 1.757 Stunden/Jahr (251 Tage) bzw. 2.555 Stunden/Jahr (365 Tage).

Dazu kommen *weitere Aufgaben* (Einarbeitung und v.a. regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen, die hier deutlich umfangreicher ausfallen müssen als im integrierten Modell, da die sonstigen Mitarbeiter*innen deutlich mehr Verantwortung tragen). Pro Mitarbeiter*in setzen wir hierfür 100 Stunden/Jahr an. Da sonstige Mitarbeiter*innen erfahrungsgemäß durchschnittlich 20 Stunden bzw. ca. drei Schichten pro Woche arbeiten, gehen wir (abzüglich 18 Wochen für Einarbeitung, Schulungen, Urlaub, Krankheit und sonstige anderweitige persönliche Verpflichtungen) von 34 Wochen à 3 Schichten (102) pro Mitarbeiter*in/Jahr aus. Bei einer Öffnungszeit von 6 Stunden ergeben sich 251 (Schichten) x 7 (Personen) = 1757 Schichten/Jahr. Geht man von 102 Schichten pro Mitarbeiter*in und Jahr aus, so benötigt man 17,2 bzw. rund 17 sonstige Mitarbeiter*innen. Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden an 251 Tagen verdoppelt sich die Anzahl auf ca. 34 Mitarbeiter*innen. Bezogen auf 365 Öffnungstage ergeben sich folgende Zahlen: 6 Stunden bzw. 1 Schicht an 365 Tagen x 7 Personen = 2.555 Schichten ergibt rund 25 Mitarbeiter*innen; 10 Stunden bzw. 2 Schichten x 365 (Tagen) x 7 (Personen) = 5.110 Schichten ergibt rund 50 Mitarbeiter*innen.

Verwaltung und Reinigung

Das Betreiben eines DKR bedarf schließlich einer gewissen Kapazität für Verwaltungsaufgaben, für die Angelegenheiten der Mitarbeiter*innen sowie die unterschied-

lichen Ausgaben und Einnahmen, Bestellungen etc. Hierfür setzen wir pauschal 20 Stunden pro Woche bzw. 1040 Stunden pro Jahr (für alle Varianten) an. Für die Entlohnung rechnen wir hier eine Eingruppierung nach TV-L 6, Stufe 3, was bei 1 VZÄ einem Arbeitgeberbrutto von durchschnittlich 44.000 Euro/Jahr entspricht.

Zudem muss Personal für das Reinigen der Einrichtung eingeplant werden, wofür wir 3 Stunden pro Öffnungs-Tag ansetzen. Als Entlohnung berechnen wir nach TV-L 1, Stufe 3, was bei 1 VZÄ einem Arbeitgeberbrutto von durchschnittlich 29.000 Euro/Jahr entspricht.

Tabelle 2: Spezialisierter DKR (mit wenigen Fachkräften) (Personalkosten)

	ÖZ Woche	ÖZ/Jahr	Präsenz DKR	Zusätzliche Tätigkeiten	Weitere Aufgaben	Stunden gesamt	Ausfall- Fak. x1,2	VZÄ ~	Kosten
DKR mit 6 Stunden Öffnungszeit an 251 Tagen im Jahr bzw. 5 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 6/251	30	1506	1506	1004	1.506	4.016	4.819,2	2,4	144.000
Leitung						1.560	1.872	0,93	60.450
Sonst. MB DKR 6/251	30	1.506	10.542	878,5	1.700	13.120,5	---	---	196.807
Verwaltung						1040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						703	843	0,4	11.600
Pers. Ges. DKR 6/251									439.257
DKR mit 10 Stunden Öffnungszeit an 251 Tagen im Jahr bzw. 5 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 10/251	50	2.510	2.510	1.506	2.510	6.526	7.831,2	3,9	234.000
Leitung						1.560	1.872	0,93	60.450
Sonst. MB DKR 10/251	50	2.510	17.570	1.757	3.400	22.727	---	---	340.905
Verwaltung						1.040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						703	843	0,4	11.600
Pers. Ges. DKR 10/251									673.355
DKR mit 6 Stunden Öffnungszeit an 365 Tagen im Jahr bzw. 7 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 6/365	42	2.184	2.184	1.460	2.184	5.828	6.993,6	3,5	210.000
Leitung						2.080	2.496	1,25	81.250
Sonst. MB DKR 6/365	42	2.184	15.288	1.277,5	2.500	19.065,5	---	---	285.982
Verwaltung						1.040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						1.095	1.314	0,65	18.850
Pers. Ges. DKR 6/365									622.482
DKR mit 10 Stunden Öffnungszeit an 365 Tagen im Jahr bzw. 7 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 10/365	70	3.650	3.650	2.190	3.650	9.490	11.399	5,7	342.000
Leitung						2080	2.496	1,25	81.250
Sonst. MB DKR 10/365	70	3.650	25.550	2.555	5.000	33.105	---	---	496.575
Verwaltung						1.040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						1.095	1.314	0,65	18.850
Pers. Ges. DKR 10/365									965.075

b) Personalkosten integrierter DKR

Bei einem integrierten DKR gehen wir von einem deutlich höheren Fachkräfteanteil aus und orientieren uns dabei an den Beispielen des DKR in Dortmund sowie des DKR in Hannover. Zugleich gehen wir für Bremen davon aus, dass ein solcher DKR in eine bereits bestehende Einrichtung eingebettet würde, die bereits über entsprechende niedrighschwellige Angebote (z.B. medizinische Versorgung, Substitution, Cafébetrieb und/oder Streetwork) verfügt. Bei den folgenden Modellrechnungen wird daher nur das für den (hinzukommenden) DKR benötigte Personal berücksichtigt, wobei wir hier mit einer durchgehenden Besetzung des DKR mit 3 Fachkräften (z.B. 2 Soz.-Päd. + 1 Pflegefachkraft) und 3 sonstigen Mitarbeiter*innen kalkulieren. Das schließt allerdings keineswegs aus, dass es im realen Betrieb des DKR im Kontext der aufnehmenden Einrichtung zu Synergieeffekten kommt: So wäre es z.B. denkbar, dass das sozialpädagogische Personal der aufnehmenden Einrichtung Beratungen durchführt, die z.T. auch der Zielgruppe eines DKR zugutekommen. Dieses Personal kann z.B. auch vor Ort sein und im Falle eines Notfalles bestimmte akut notwendige Aufgaben übernehmen. Und in einem Cafébereich (der i.d.R. zugleich Wartebereich für die Konsumräume ist) ist immer auch Einlass-, Aufsichts- und Servicepersonal notwendig, das einzelne Aufgaben im Zusammenhang mit dem DKR wahrnehmen kann.

Allerdings können diese Synergieeffekte hier nicht pauschal berechnet werden, da deren Größenordnung sich wesentlich auch aus der Struktur und dem Konzept der bestehenden Einrichtung (aber z.B. auch aus den Öffnungszeiten des DKR sowie den bisherigen Öffnungszeiten der aufnehmenden Einrichtung) ergibt, in die der DKR integriert würde. Insofern können wir auf diese möglichen Synergieeffekte hier nur hinweisen, konkret abschätzen oder berechnen können wir sie allerdings nicht.

Fachkräfte

Wie unter a) (Spezialisierter DKR) kommen zu den *Präsenzzeiten* der Fachkräfte Arbeitszeiten für *zusätzliche Tätigkeiten im DKR* jenseits der Öffnungszeiten hinzu (z.B. Vorbereitung, Nachbereitung, Vorbesprechung, Nachbesprechung, Desinfektion, Teambesprechung, Supervision). Wie unter a) betragen diese bei 6 Stunden Öffnungszeit (=1 Schicht) 4 Stunden. Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden pro Tag erhöht sich die Stundenzahl (aufgrund von Schichtwechseln und einem höheren Arbeitsaufkommen) auf 6 Stunden pro Tag.

Darüber hinaus fallen auch hier *weitere Aufgaben* an, und zwar für: Dokumentation, Qualitätsmanagement, Arbeitssicherheit, Bestellungen von Material (Spritzen, Kanülen, Folien etc.), eigene Teilnahme an Schulungen sowie Einarbeitung und Schulung der sonstigen Mitarbeiter*innen, Praktikant*innenbetreuung etc., die wir hier mit 2/3 der Öffnungszeiten deutlich niedriger ansetzten als unter a), da deutlich weniger sonstige Mitarbeiter*innen eingearbeitet und betreut werden müssen.

Die aus *Präsenzzeit, Arbeitszeiten für zusätzliche Tätigkeiten* sowie den *weiteren Aufgaben* errechnete Gesamtstundenzahl wird wie unter a) sodann mit dem Ausfall-Faktor von 1,2 (für 30 Tage Urlaub und durchschnittliche Krankheitstage) multipliziert. Das Produkt wird sodann durch 2008 (251 Arbeitstage à 8 Arbeitsstunden) geteilt, um die Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu erhalten. 1 VZÄ wird sodann mit 60.000 Euro angesetzt, was dem Arbeitgeber-Brutto incl. Sozialversicherung pro Jahr für die Entgeltgruppe TVL 9b, Stufe 3 entspricht.

Leitung

Die Kosten für die Leitung berechnen wir wie unter a).

Sonstige Mitarbeiter*innen

Für die sonstigen Mitarbeiter*innen wird wie unter a) ein Arbeitgeberbrutto-Stundenlohn von 15 Euro angesetzt. Allerdings beschränkt sich die Arbeitszeit auch hier nicht auf die *Präsenz* während der Öffnungszeiten, sondern es sind auch hier pro Schicht und Person 0,5 Stunden für *zusätzliche Tätigkeiten* (Vor- und Nachbesprechung sowie Schichtwechsel zu veranschlagen). Bei einer Öffnungszeit von 6 Stunden (=1 Schicht)/Tag sind das 0,5 Stunden/Tag für drei Personen, also 1,5 Stunden/Tag (bei 251 geöffneten Tagen ergibt das 376,5 Stunden/Jahr; bei 365 Tagen 547,5 Stunden/Jahr). Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden (= 2 Schichten)/Tag ergeben sich entsprechend 753 (251 Tage) bzw. 1.095 Stunden/Jahr (365 Tage).

Dazu kommen auch in diesem Modell die o.g. *weiteren Aufgaben*, wofür allerdings hier pro Mitarbeiter*in lediglich 75 Stunden/Jahr angesetzt werden. Wieder wird den Erfahrungen entsprechend allerdings davon ausgegangen, dass die sonstigen Mitarbeiter*innen durchschnittlich 20 Stunden bzw. ca. drei Schichten pro Woche arbeiten, wobei wir (abzüglich 18 Wochen Einarbeitung, Schulung, Urlaub, Krankheit und sonstigen anderweitigen Verpflichtungen) von 34 Wochen à 3 Schichten (= 102 Schichten) pro Mitarbeiter*in/Jahr ausgehen. Bei einer Öffnungszeit von 6 Stunden

ergeben sich bei 251 Öffnungstagen à 3 Schichten insgesamt 753 Schichten/Jahr. Geht man von 102 Schichten pro Mitarbeiter*in und Jahr aus, so benötigt man rund 7,5 sonstige Mitarbeiter*innen. Bei einer Öffnungszeit von 10 Stunden an 251 Tagen verdoppelt sich die Anzahl auf ca. 15 Mitarbeiter*innen. Bezogen auf 365 Öffnungstage ergeben sich folgende Zahlen: 6 Stunden bzw. 1 Schicht an 365 Tagen x 3 = 1.095 Schichten ergibt rund 11 Mitarbeiter*innen; 10 Stunden bzw. 2 Schichten an 365 x 3 = 2.190 Schichten ergeben rund 21,5 Mitarbeiter*innen.

Verwaltung und Reinigung

Die Kosten für Verwaltung und Reinigung berechnen wir wie unter a).

Tabelle 3: Integrierter DKR (Personalkosten)

	ÖZ Woche	ÖZ/Jahr Stunden	Präsens DKR	Zusätzliche Tätigkeiten	Zusatz- aufgaben	FK-Stunden gesamt	Ausfall- Fak. X1,2	VZÄ	Kosten
DKR mit 6 Stunden Öffnungszeiten an 251 Tagen im Jahr bzw. 5 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 6/251	30	1.506	4.518	1.004	1.004	6.526	7.831	3,9	234.000
Leitung						1.560	1.872	0,93	60.450
Sonst. MB DKR 6/251	30	1.506	4.518	376,5	562,5	5.457	---	---	81.862
Verwaltung						1040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						703	843	0,4	11.600
Pers. Ges. DKR 6/251									414.312
DKR mit 10 Stunden Öffnungszeiten an 251 Tagen im Jahr bzw. 5 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 10/251	50	2.510	7.530	1.506	1.673	10.709	12.850,8	6,4	384.000
Leitung						1.560	1.872	0,93	60.450
Sonst. MB DKR 10/251	50	2.510	7.530	753	1.125	9.408	---	---	141.120
Verwaltung						1040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						703	843	0,4	11.600
Pers. Ges. DKR 10/251									623.570
DKR mit 6 Stunden Öffnungszeiten an 365 Tagen im Jahr bzw. 7 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 6/365	42	2.190	6.570	1.460	1.456	9.486	11.383,2	5,7	342.000
Leitung						2.080	2.496	1,25	81.250
Sonst. MB DKR 6/365	42	2.190	6.570	547,5	825	7.942	---	---	119.137
Verwaltung						1.040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						1.095	1.314	0,65	18.850
Pers. Ges. DKR 6/365									587.637
DKR mit 10 Stunden Öffnungszeiten an 365 Tagen im Jahr bzw. 7 Tagen die Woche									
Fachkräfte DKR 10/365	70	3.650	10.950	2.190	2.433	15.573	18.687,6	9,3	558.000
Leitung						2.080	2.496	1,25	81.250
Sonst. MB DKR 10/365	70	3.650	10.950	1.095	1.612	13.657	---	---	204.855
Verwaltung						1.040	1.248	0,6	26.400
Reinigung						1.095	1.314	0,65	18.850
Pers. Ges. DKR 10/365									889.355

Wie oben bereits gesagt, muss hinsichtlich der Kosten, die für dieses Modell eines integrierten DKR veranschlagt werden, folgendes bedacht werden: In unserem Modell wird der DKR in eine bestehende Einrichtung integriert, die bereits bestimmte soziale und psychosoziale Angebote (z.B. Substitution, Café- und Aufenthaltsbereich, Spritzenvergabe, gesundheitlich-medizinische Versorgung oder Beratung) vorhält. Es ist daher wahrscheinlich, dass es hierbei zu Synergien kommt: So überschneidet sich z.B. die Zielgruppe des DKR in Teilen mit der Klientel der aufnehmenden Einrichtung, so dass es z.B. in den Bereichen Beratung, Kontakt- und Aufenthaltsbereich, Spritzenvergabe oder Safer Use-Beratung, aber auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung zu Synergien kommt. Ähnliches könnte in gewissem Umfang ggf. auch für Aufgaben der Leitung und Verwaltung gelten, so dass sich auf diese Weise die oben angeführten Personalkosten ggf. reduzieren können. Ob und wie entsprechende Effekte allerdings möglich und gestaltbar sind, hängt vor allem auch vom Konzept und der Struktur der aufnehmenden Einrichtung bzw. des entsprechenden Trägers, von den jeweiligen örtlichen und räumlichen Gegebenheiten sowie schließlich vom bisherigen Umfang des Angebots und der Öffnungszeiten der aufnehmenden Einrichtung ab.

5.3 Laufende Sachkosten

Die laufenden Sachkosten für einen DKR setzen sich im Wesentlichen aus drei Posten zusammen:

- a) Kosten für DKR-Material (Spritzen, Kanülen, Blister, Tupfer, Folien und Pfeifen für den i.h. Konsum, Reinigungs- und Desinfektionsmittel etc.) sowie weiteres medizinisches Material (z.B. für Verbände, Wundversorgung).
- b) Kosten für Verwaltungs- und Büromaterial, Versicherungsprämien, Dokumentations-Software, Teambuilding-Maßnahmen, Fortbildungen der Mitarbeiter*innen, Supervision, Reparaturen am Inventar etc.
- c) Kosten für Mieten sowie Wasser-, Strom- und Gasbedarf etc. Diese Kosten sind freilich davon abhängig, wo ein DKR in Bremen untergebracht würde und ob überhaupt Miete anfallen würde, wenn das Gebäude z.B. der Stadt gehört.

Ebenso wie die Personalkosten sind auch die laufenden Sachkosten in Relation zu den Öffnungszeiten zu sehen, da bei längeren Öffnungszeiten auch mehr Sachkosten anfallen. Insgesamt ist nach den Erfahrungen der von uns befragten Exper-

ten*innen und DKR-Betreiber*innen für alle drei Posten zusammen von laufenden Sachkosten in Höhe von ca. 30 Prozent der jeweiligen Personalkosten auszugehen.

5.4 Fazit und Kosteneffizienz eines DKR

Insgesamt kommen wir zu dem Ergebnis, dass die Kosten für einen integrierten DKR deutlich niedriger liegen als für einen spezialisierten DKR mit reduzierten weiteren Angeboten. Dies hat drei wesentliche Gründe:

- Ein spezialisierter DKR mit wenigen weiteren Angeboten setzt aufgrund der geringeren Qualifizierung der sonstigen Mitarbeiter*innen zum einen mehr Personal pro Schicht ein, zum anderen fallen hohe Kosten für Einarbeitung, Weiterbildung und Schulung der sonstigen Mitarbeiter*innen an, da diese Personen in der Regel geringfügig Beschäftigte sind und dementsprechend viele Personen notwendig sind, um die zahlreichen Schichten abzudecken.
- Ein spezialisierter DKR benötigt zudem eine komplementäre Einrichtung mit niedrigschwelligen Angeboten der Drogenhilfe (z.B. Kontakt- und Aufenthaltsbereich, Beratungsangebot, gesundheitlich-medizinische Versorgung etc.) in näherer Umgebung.
- Das Modell eines integrierten DKR, der in eine bestehende Einrichtung eingebettet wird, führt zudem zu personellen Synergieeffekten, welche die oben geschätzten Personalkosten unter bestimmten Voraussetzungen reduzieren können.

Die Frage der *Kosteneffizienz* eines DKR wird in der Literatur, aber auch von unseren Interviewpartner*innen durchgehend bejaht. So würden etwa aufgrund der durch den DKR verhinderten Infektionen mit HIV und HCV teure (z.T. lebenslange) Behandlungen vermieden (Irwin et al. 2017: 164; HSA 2008). Zudem würden weniger Konsumhandlungen und weniger problematisches Verhalten in der Öffentlichkeit stattfinden und insofern die Kosten zur Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung reduziert. Darüber hinaus würden zahlreiche Drogennotfälle in den DKR verlagert und die dortigen Hilfemaßnahmen dazu führen, die Anzahl von Notarzt- und RTW-Einsätzen im Zusammenhang mit Überdosierungen zu verringern. Und schließlich würden erwiesenermaßen Drogentodesfälle durch Überdosierungen vermieden: In diesem Zusammenhang kommt NSW Health (2008:33) in seiner „Economic Evaluation of the Medically Supervised Injection Centre at Kings Cross (MSIC)“ zu dem Ergebnis, dass die Kosteneffizienz eines DKR immer auch davon abhängt, welchen Wert man einem Menschenleben zuordnet. Dieser Wert sei durchaus umstritten und variere bei unterschiedlichen Autor*innen zwischen \$1,6 Millionen

und \$6,7 Millionen, weshalb NSW Health sich an einem mittlern Wert von \$3,5 Millionen pro Menschleben orientiere. Dies führt dann für das MSIC in Sydney zu folgender Aussage:

„Breakeven analysis seeks to find the point at which a project has a neutral cost outcome, i.e. neither returns a positive or negative outcome. In this instance we are interested in finding out how many lives MSIC would have to save per year to cover the \$2.77 million annual cost of operating the facility. Based on a value of \$3.5 million per life, MSIC's operations would have to prevent only 0.8 deaths per year to achieve a breakeven on the cost of operations. In other words, if it is believed that MSIC prevents at least 0.8 deaths per year then in economic terms it is a positive outcome.

As discussed in Section 3.3.4, MSIC was estimated to prevent approximately 25 overdose related deaths in the comparison year. Applying a value of human life to this number results in benefits of \$87.5 million in the comparison year. This covers the \$2.77 million operating costs of MSIC almost 32 times over“ (NSW Health 2008: 33).

Selbstverständlich kann auch über den Wert von \$3,5 Millionen für ein Menschleben gestritten werden, denn jede Benennung des Wertes eines Menschlebens ist an dieser Stelle arbiträr. Gleichwohl verweisen solcherlei Berechnungen und Überlegungen – zusammen mit den weiteren o.g. Einsparungen – darauf, dass die Einrichtung eines DKR „represent a good investment of public health resources in any particular community“ (Beletsky et al. 2008: 2005), wobei die insgesamt erzielten Einsparungen die Ausgaben in der Regel übertreffen (Irwin 2017:178).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Einrichtung eines DKR in Bremen nicht nur aus gesundheits- und sicherheitspolitischer Perspektive als effektiv, sondern darüber hinaus auch aus volkswirtschaftlicher Sicht als effizient.

6. Empfehlungen für die Umsetzung eines DKR in Bremen

Wie deutlich geworden ist, gibt es sowohl aus gesundheitspolitischer als auch aus sicherheitspolitischer Perspektive einen dringenden Bedarf für einen DKR in Bremen. Im Folgenden werden daher Empfehlungen für die Umsetzung eines solchen DKR aufgeführt. Diese resultieren im Wesentlichen aus den Ergebnissen der Literaturrecherche, der Interviews mit Betreiber*innen von DKR, mit anderen Expert*innen und mit Bremer Drogenkonsumierenden. Insgesamt lassen sich folgende neun Empfehlungen formulieren:

1. Modelle und Träger

Wir empfehlen für Bremen die Einrichtung eines integrierten DKR. Die Empfehlung erfolgt dabei vor allem aus fachlichen Gründen: Der DKR sollte in eine Einrichtung integriert sein, die bereits über niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Suchthilfe (insbesondere Aufenthaltsbereich mit dem Angebot von Getränken und warmen Mahlzeiten, Spritzentausch, eingehende Beratung, sozialpädagogische und weitere Überlebenshilfen sowie gesundheitlich-medizinische Versorgungsangebote, Streetwork) verfügt. Auf diese Weise ist eine umfassende Versorgung innerhalb einer Einrichtung gesichert, die zudem bereits einen breiten und vertrauensvollen Zugang zur adressierten Klientel aufweist. Wie oben gezeigt werden konnte, erfüllt ein integrierter DKR in besonderem Maße die Ansprüche an eine umfassende Gesundheitsförderung, vor allem aber auch an die Erhöhung der Motivation der Drogenkonsumierenden, weitere Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen.

2. Standort

Ein DKR in Bremen sollte in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof und damit im direkten Umfeld zu wichtigen Aufenthaltsbereichen (Treffpunkten der Szene) und Anlaufpunkten (Substitutionspraxen, Angebote der Comeback GmbH) der offenen Drogenszene in Bremen angesiedelt werden. Die Erfahrungen aus anderen Städten zeigen, dass DKR, die sich in der Nähe der Szenetreffpunkte befinden, deutlich besser angenommen werden als DKR, die erst noch über Angebote des ÖPNV angefahren werden müssen. Zudem sollte der DKR über eine Außenfläche verfügen (oder an eine entsprechende Fläche angrenzen), die von den Drogenkonsumierenden als Aufenthaltsort und Wartebereich außerhalb der Einrichtung genutzt werden kann. Die Erfahrungen aus anderen Städten (etwa Hamburg, Hannover oder Dortmund) zeigen, dass auf diese Weise eine gewisse Steuerung der Szene gelingen kann, da

diese Flächen (zumindest während der Öffnungszeiten des DKR) als Treffpunkt gut angenommen werden. Insgesamt sollte bei der Wahl des Standortes des DKR idealerweise darauf geachtet werden, dass die unmittelbare Nachbarschaft zu Wohngebieten vermieden wird, da dies erfahrungsgemäß zu erheblichen Irritationen, Störungen und Besorgnissen innerhalb der Wohnbevölkerung führen kann. Denkbar wären vor diesem Hintergrund z.B. Areale in der Friedrich-Rauers-Straße oder im Bereich des Güterbahnhofes.

3. Öffnungszeiten

Sowohl aus gesundheitspolitischer als auch aus sicherheitspolitischer Perspektive empfehlen wir, möglichst lange Öffnungszeiten an möglichst vielen Tagen zu ermöglichen. Da sich die Konsument*innen erfahrungsgemäß viele Stunden auf der Szene aufhalten und in diesem Zeitraum mehrfach konsumieren, werden umso mehr Konsumvorgänge aus der Öffentlichkeit in die Einrichtung verlagert, je länger der DKR geöffnet hat. Dies entlastet einerseits den öffentlichen Raum, andererseits können auf diese Weise möglichst viele Drogennotfälle in der Einrichtung aufgefangen werden.

4. Einlasskriterien und Zielgruppe

Die Erfahrungen aus anderen DKR in Deutschland legen nahe, die Zielgruppe eines DKR so wenig wie möglich einzuschränken und nach Möglichkeit nur wenige Einlass- bzw. Ausschlusskriterien festzulegen. Dabei sollte die Zielgruppe grundsätzlich – wie in anderen Bundesländern auch – alle zum Konsum entschlossenen Menschen ab 18 Jahren einschließen, wobei nach Einzelfallprüfung auch Personen ab 16 Jahre die Nutzung des DKR gestattet werden sollte. Erst- und Gelegenheitskonsument*innen und „Personen ohne Einsichtsfähigkeit“ wird die Nutzung des DKR hingegen regelhaft untersagt. Drogenkonsumierenden, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, sollte der Einlass hingegen nicht untersagt werden, da diese Personen (wenn sie den DKR denn nutzen wollen) in der Regel fest zum Konsum entschlossen sind und daher entweder die Substitution verschweigen oder aber – im Falle eines Einlass-Verbotes – ggf. in der Öffentlichkeit konsumieren werden. Eine weitere Frage ist, ob nur Ortsansässige, die in Bremen gemeldet sind, den DKR nutzen dürfen. Auch hier empfehlen wir möglichst wenig Einschränkungen, denn einerseits ist die Gefahr eines Sogeffektes einigermaßen gering, weil alle größeren Städte im Umkreis Bremens (Hamburg, Hannover, Münster, Dortmund) bereits über einen

DKR verfügen; andererseits werden auch diese Personen im Falle eines Einlass-Verbotes ggf. in der Öffentlichkeit konsumieren. Dies wiederum ist weder aus gesundheits- noch aus sicherheitspolitischer Perspektive wünschenswert oder zielführend.

5. Räumliche Gestaltung und Konsumplätze

Wie die Erfahrungen in anderen Städten zeigen, nimmt der inhalative (i.h.) Gebrauch von Heroin, aber auch von anderen Substanzen wie Crack in den letzten Jahren zu. Da das Rauchen von Substanzen deutlich weniger Risiken birgt (z.B. mit Blick auf Infektionen) und insofern auch ein Ergebnis von Safer Use-Informationen darstellt bzw. darstellen kann, empfehlen wir neben der Einrichtung eines Raumes zum i.v. Konsum auch einen Raum zum i.h. Gebrauch, also die Einrichtung sowohl eines ‚Druckraumes‘ als auch eines ‚Rauchraumes‘. Die Räume sollten getrennt sein, durch jeweils eigene Eingangstüren erreicht werden können und jeweils ca. 10 Plätze umfassen. Die Räume sollten großzügig gestaltet sein, da Enge – gerade im Druckraum – schnell zu Stress-Erleben führen kann. Erfahrungsgemäß ist es vor diesem Hintergrund besser ein bis zwei Plätze zu viel vorzuhalten als zu wenig, um eine entspannte Atmosphäre zu gewährleisten und die Wartezeiten gering zu halten. Innerhalb des Druckraumes sollte es einen (z.B. durch Trennwände) abgrenzbaren Bereich geben, in dem der i.v. Konsum in intimen Körperbereichen (z.B. Leiste) uneinsehbar möglich ist. Einige Konsumraumbetreiber*innen und Expert*innen empfehlen überdies, im Druckraum einen eigenen Bereich für Frauen einzurichten, da diese beim i.v. Gebrauch häufig längere Zeit bräuchten als Männer.

6. Personal

Das Personal sollte sich entsprechend dem Modell eines integrierten DKR aus Fachpersonal und sonstigen Mitarbeiter*innen (in den DKR anderer Städte sind dies insbesondere studentische Hilfskräfte) zusammensetzen. Als Fachkräfte kommen hier neben Sozialpädagog*innen und Krankenpflegefachkräften z.B. auch Rettungssanitäter*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen und ähnliche Berufsgruppen infrage. Für alle Mitarbeiter*innen müssen regelmäßige Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen „Erste Hilfe im Drogennotfall“, „Deeskalation(straining)“ etc. sowie die Möglichkeit zur Supervision angeboten werden. Zudem ist sicherzustellen, dass neuen und insbesondere sonstigen Mitarbeiter*innen ausreichend Zeit zur (begleiteten) Einarbeitung zur Verfügung gestellt wird.

7. Rechtsverordnung

Die Rechtsverordnung sollte möglichst wenige Einschränkungen hinsichtlich der Zielgruppe, der konsumierten Substanzen sowie der möglichen Konsumformen (intravenös, inhalativ, nasal, oral) enthalten. Sollen entsprechende Einschränkungen vorgenommen werden, empfiehlt es sich, diese nicht in der Rechtsverordnung selbst, sondern z.B. in Kooperationsverträgen o.Ä. festzuhalten, da solche Vereinbarungen schneller und einfacher zu verändern sind als die entsprechenden Rechtsverordnungen. Dies macht es möglich, schnell auf Veränderungen der Konsumgewohnheiten und -muster der adressierten Klientel zu reagieren.

8. Kooperation, Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit

Die Einrichtung eines DKR macht die Kooperation unterschiedlicher Akteure notwendig. Alle Erfahrungen aus anderen Städten zeigen, dass die Einrichtung und der Betrieb eines DKR nur dann ohne größere Störungen gelingen kann, wenn in allen Phasen der Planung, der Implementierung und des Betriebes ein hohes Maß an Transparenz und Kooperationsbereitschaft gewährleistet ist. Insofern empfehlen wir, bereits in der Planungsphase einen ‚Runden Tisch‘ o.Ä. einzurichten, an dem Vertreter*innen aller direkt oder indirekt beteiligten Bereiche (Gesundheits-, Innen- und Justizbehörde, Polizei, Anwohnerschaft, Geschäftsleute in der Umgebung, Substitutionspraxen, Entzugskliniken etc.) zu beteiligen sind. Dieser Runde Tisch sollte regelmäßig und vor allem oft genug tagen, um mögliche Sorgen, Befürchtungen oder Irritationen zeitnah besprechen und auf sie entsprechend reagieren zu können. Zusätzlich zu diesem Runden Tisch sollte es regelmäßige Austausch- und Besprechungsrunden zwischen der Einrichtung bzw. der Einrichtungsleitung und Vertreter*innen der Polizei geben: Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Einrichtung und Polizei ist nach den Erfahrungen der von uns befragten Betreiber*innen von DKR sowie der entsprechenden Expert*innen eine der Grundvoraussetzungen für den gelingenden Betrieb eines DKR. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Ermöglichung von Besichtigungen des DKR (während der Schließzeiten) für unterschiedliche Personengruppen: Hierzu zählen zum Beispiel Studierende entsprechender Fächer (Sozialpädagogik, Pflegewissenschaft, Polizei, Gesundheitswissenschaften, Medizin etc.) sowie ggf. Anwohner*innen oder andere interessierte Personengruppen. Besichtigungen dieser Art sind nach den Erfahrungen der von uns befragten Betreiber*innen für die Akzeptanz eines DKR von großer Bedeutung.

9. Dokumentation und Evaluation

Schließlich sollte die Nutzung des DKR dokumentiert und evaluiert werden. Dazu empfehlen wir die Anfertigung von Tagesprotokollen, die die Anzahl der Konsumkontakte, die dabei konsumierten Substanzen und die jeweilige Applikationsart sowie etwaige Drogennotfälle, Einsätze von RTW/NEF und sonstige Vorfälle dokumentieren. Diese Protokolle sollten zusammen mit weiteren einrichtungsbezogenen Ereignissen und Entwicklungen zu Jahresberichten verarbeitet werden. Inwieweit zur Dokumentation eine Software genutzt werden sollte, die möglicherweise auch von anderen DKR genutzt wird, sollte im Zuge der Implementierung geprüft werden. Zu empfehlen ist zudem eine externe Evaluation der Implementierung und des laufenden Betriebs durch eine unabhängige Stelle.

7. Ausblick

Die Implementierung und der Betrieb eines DKR in Bremen ist eine wichtige Ergänzung der hier bestehenden Angebote der Drogen- und Suchthilfe. Alle Evidenz deutet darauf hin, dass die Einrichtung eines DKR sowohl aus gesundheits- als auch sicherheitspolitischer Perspektive sinnvoll und zielführend ist: Einerseits können Infektionen und entsprechende schwere Folgeerkrankungen vermieden, Überdosierungen und Drogentodesfällen durch schnelle Notfallhilfe verhindert, die Kenntnisse zu Safer Use-Praktiken verbessert, die Motivation zur Aufnahme von Behandlung und Therapie verstärkt und die Vermittlung in andere Einrichtungen und Dienste (Entgiftung, Substitution, soziale Dienste, medizinische Behandlung etc.) erreicht werden; andererseits wird der öffentliche Raum hinsichtlich des öffentlich sichtbaren Drogenkonsums, aber auch mit Blick auf Ansammlungen der offenen Drogenszene entlastet und werden die konsumspezifischen Verunreinigungen in der Öffentlichkeit (z.B. durch Spritzen oder andere Konsumutensilien) verringert.

Gleichwohl darf man von der Einrichtung eines DKR nicht die Lösung aller drogenpolitischen Probleme erwarten. Die Konsumierenden bekommen die von ihnen präferierten Substanzen ja nicht im DKR in unbedenklicher Qualität, sondern müssen sich diese weiterhin auf dem illegalen Markt beschaffen. Da die Nachfrage also weiterhin bestehen bleibt, wird auch das Angebot im Sinne eines illegalen Marktes weiterhin existieren. Und mit diesem illegalen Markt bleibt zugleich die Situation bestehen, dass die gehandelten Drogen gestreckt und mit unterschiedlichen, mehr oder weniger gesundheitsschädlichen oder ggf. sogar tödlichen Substanzen verunreinigt sind. Diese Situation ist gesundheitspolitisch, aber auch aus der Perspektive des Verbraucherschutzes höchst problematisch. Vor diesem Hintergrund sollte dringend darüber nachgedacht werden, wie man die Konsumierenden zumindest über die Qualität der von ihnen illegal erworbenen Substanzen informieren kann. Zu begrüßen und dringend zu empfehlen wäre an dieser Stelle die Ermöglichung einer Qualitätsprüfung der Substanzen (auf Verunreinigungen) im Sinne eines ‚Drug-Checking‘.

Weiterhin sollten Schritte dahingehend unternommen werden, dass auch in Bremen von der seit 2009 bestehenden Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, an schwer abhängige Opioidabhängige Heroin bzw. Diamorphin auf Kassenkosten abzugeben. Am 24. April 2019 hat das Deutsche Ärzteblatt⁸ darauf hingewiesen, dass es bundesweit bislang lediglich zehn solcher entsprechenden Ambulanzen gebe, in denen Diamorphin abgegeben werde. Neben den schon an der Testphase beteiligten Städten Bonn, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und München

⁸ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102644/Nach-zehn-Jahren-drei-weitere-Ambulanzen-fuer-kuenstliches-Heroin> (Zugegriffen 30.05.2019)

seien zwischen 2013 und 2016 nur drei weitere Ambulanzen (in Berlin, Stuttgart und Düsseldorf) hinzugekommen – von einer flächendeckenden Versorgung könne dementsprechend keine Rede sein. Die Bremer Drogen- und Suchthilfepolitik wäre gut beraten, sich ergänzend zur Implementierung eines DKR auch um die Einrichtung einer solchen Diamorphin-Ambulanz zu bemühen. Die Etablierung einer solchen Diamorphin-Ambulanz im Verein mit der Einrichtung eines DKR würde die Bremer Drogen- und Suchthilfe im Sinne des rechtlich Machbaren komplettieren und sie zugleich auf ein Niveau der Schadensminderung heben, das in anderen deutschen Städten bereits die Regel ist.

Liste der Rechtsverordnungen

Berlin (2002). Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin. Berlin. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Rechtsverordnung%20DKR%20Berlin.pdf> (Zugegriffen 30.03.2019).

Hamburg (2000). Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Hamburg. <http://www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bsha prod.psml/screen/JWPDFScreenBSInt/> (Zugegriffen 30.03.2019).

Hessen (2001). Verordnung über die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hessen. Hessen. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Rechtsverordnung%20DKR%20Hessen.pdf> (Zugegriffen 30.03.2019).

Niedersachsen (2002). Verordnung über die Erlaubnisvoraussetzungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen (DrogKVO) in Niedersachsen vom 6. März 2002. Niedersachsen. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Rechtsverordnung%20DKR%20Niedersachsen.pdf> (Zugegriffen 30.03.2019).

NRW (2000). Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Nordrhein-Westfalen. https://www.bezreg-koeln.nrw.de/brk_internet/leistungen/abteilung02/24/verordnungdrogenkonsumraeume.pdf (Zugegriffen 30.03.2019).

NRW (2015). Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Nordrhein-Westfalen. https://www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/News/Verordnung%20zur%20Aenderung%20der%20Verordnung.pdf (Zugegriffen 30.03.2019).

Saarland (2001). Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 04.05.2001. Saarland. <https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/Rechtsverordnung%20DKR%20Saarland.pdf> (Zugegriffen 30.03.2019).

Literaturverzeichnis

AK Drogenkonsumräume (2014). Stellungnahme des Arbeitskreises Drogenkonsumräume: Auswirkungen der Rechtsverordnungen in Bezug auf Zugangs- und Nutzungsbeschränkungen in Drogenkonsumräumen. http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/DKR/Bundes-AK_Drogenkonsumraeume_Stellungnahme_RVO_14_09_12.pdf (Zugegriffen: 16.04.2019.)

Albert, A., & Wilberg, B. (2016). Die Männer vom Bahnhof Neumarkt. *Stadtrevue Köln*, (8/2016).

Andresen, M. A., & Boyd, N. (2010). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21, 70-76.

Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., & Jauncey, M. (2018). Drug consumption rooms (DCRs) as a setting to address hepatitis C - findings from an international online survey. *Hepatology, Medicine and Policy*, 3, 9. doi: 10.1186/s41124-018-0035-6

Bernard, C. (2016). Gender und illegale Drogen: ein Überblick. In M. Tödte & C. Bernard (Hrsg.), *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandaufnahme*. Bielefeld: transcript.

- Bernard, C., Wese, B., & Müller, O. (2010). Zur Lebenswelt der offenen Drogenszene im Frankfurter Bahnhofsviertel. In T. Benkel (Hrsg.), *Das Frankfurter Bahnhofsviertel. Devianz im öffentlichen Raum* (S. 125-154). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bouvier, B. A., Elston, B., Hadland, S. E., Green, T. C., & Marshall, B. D. L. (2017). Willingness to use a supervised injection facility among youth adults who use prescription opioids non-medically: a cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 14(13), 2-9
- Bravo, M. J., Royuela, L., Fuente, L. D. I., Brugal, M. T., Barrio, G., Domingo-Salvany, A., & the Itinere Project Group (2009). Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*, 104, 614-619.
- Bundeskriminalamt (2018). Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017 – Tabellenanhang. Wiesbaden
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2018). Präventionsmaßnahmen zu Drogensucht, Drogenkonsum, illegalem Drogenverkauf und Drogentod in Hamburg. Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Deniz Celik (DIE LINKE) vom 06.09.18 und Antwort des Senats. Drucksache 21/14264. <https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/63672/pdf> (Zugegriffen: 29.03.2019).
- Cleirec, G., Fortias, M., Bloch, V., Clergue-Duval, V., Debaulieu, F. C., & Vorspan, F. (2018). Opinion of health professionals and drug users before the forthcoming opening of the first drug consumption room in Paris: a quantitative cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 15 (1). doi: 10.1186/s12954-018-0260-8
- Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2018). Gesundheitliche Begleiterscheinungen & Schadensminderung. Workbook Harms and Harm Reduction. Deutschland Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA: DBDD.
- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., ... Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 172-176.
- Der Senator für Inneres (2018). Sicherheitsprogramm Bremer Hauptbahnhof. Freie Hansestadt Bremen.
- Dettmer, K., & Schneider, W. (2016). Drogenkonsumräume ... und der rechtliche Rahmen. In akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V. (Hrsg.), 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht (S. 56-62). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2018a). Drogenkonsumräume: Ziele und Aufgaben. <https://www.drogenkonsumraum.net/ziele-und-aufgaben> (Zugegriffen: 12.11.2018).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2018b). Drogenkonsumräume: Standorte und Informationen. <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte> (Zugegriffen: 12.11.2018).
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018): Drogen- und Suchtbericht. Berlin
- EMCDDA (2018a). Drogenperspektiven: Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_de (Zugegriffen: 29.03.2019).
- EMCDDA (2018b). Preventing overdose deaths in Europe: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths_en (Zugegriffen: 29.03.2019).

- Fechner, T. (2017). Substituierte im Drogenkonsumraum. Ein Jahr Erfahrung aus dem Drogenkonsumraum der Suchthilfe direkt Essen gGmbH. In akzept e.V. (Hrsg.), 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2017 (S. 87-89). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Robins, A. (2002). Safer injection facilities (SIFs) for injection drug users (IDUs) in Canada. A review and call for an evidence-focused pilot trial. *Canadian Journal of Public Health*, 93(5), 336-338.
- Fischer, B., Turnbull, S., Poland, B. D., & Haydon, E. (2004). Drug use, risk and urban order: examining supervised injecting sites as governmentality. *International Journal of Drug Policy*, 15, 357-365.
- Fixpunkt e.V. (o.J.). Vereinbarung des Trägers Fixpunkt e.V. über die Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden nach § 9 der Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen (RV Drogenkonsumräume). http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/DKR/kooperationsvereinbarung.pdf (Zugegriffen: 29.05.2019).
- Fixpunkt e.V. (2012). Konzept für Zuwendungsprojekt P 417 „SKA - Kontaktstelle mit integriertem Drogenkonsumraum“. http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/SKA/Konzept_P_417_SKA_12_05_11.pdf (Zugegriffen: 22.05.2019).
- Flotiront, E., Bürge, I., & Hendry, P. (2008). Vom Fixerstübli zur Kontakt- und Anlaufstelle K&A. *SuchtMagazin* (1), 16-23.
- Freeman, K., Jones, C. G., Weatherburn, D. J., Rutter, S., Spooner, C. J., Donnelly, N., ... Donnelly, N. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug & Alcohol Review*, 24 (2), 173-184.
- Gaddis, A., Kennedy, M. C., Nosova, E., Milloy, M.-J., Hayashi, K., Wood, E., & Kerr, T. (2017). Use of on-site detoxification services co-located with a supervised injection facility. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 1-6.
- Hadland, S. E., DeBeck, K., Kerr, T., Nguyen, P., Simo, A., Montaner, J. S., & Wood, E. (2014). Use of a Medically Supervised Injection Facility Among Street Youth. *Journal of Adolescent Health*, 55, 684-689.
- Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. EMCDDA.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Hrsg.), Harm reduction: evidence, impacts and challenges (S. 305-331): EMCDDA Monographs.
- Hunt, N. (2006). The evaluation literature on drug consumption rooms (Paper B). The Independent Working Group, Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/Hunt-DCR-B.pdf> (Zugegriffen: 06.06.2019)
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A Cost-Benefit Analysis of a Potential Supervised Injection Facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47 (2), 164-184.
- Jozaghi, E., & Andresen, M. A. (2013). Should North America's first and only supervised injection facility (InSite) be expanded in British Columbia, Canada? *Harm Reduction Journal*, 10 (1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0252-8>
- Karamouzian, M., Dohoo, C., Forsting, S., McNeil, R., Kerr, T., & Lysyshyn, M. (2018). Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 15, 1-8

- Kerr, T., Stoltz, J. A., Tyndall, M., Li, K., Zhang, R., Montaner, J., & Wood, E. (2006a). Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *British Medical Journal*, 332, 220-222.
- Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet*, 366, 316-318.
- Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., Hedrich, D., & Zurhold, H. (2003). Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22 (2), 227-233.
- Kinnard, E. N., Howe, C. J., Kerr, T., Skjodt Hass, V., & Marshall, B. D. L. (2014). Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark. *Harm Reduction Journal*, 11 (1), 1-8. doi: 10.1186/1477-7517-11-29
- Köthner, U., Langer, F. & Klee, J. (2011). Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum. Hrsg. v. der Deutsche Aids-Hilfe & akzept e.V. Berlin
- Kraus, L., Seitz, N.-N., Schulte, B., Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(9), 137-143. doi: 10.3238/arztebl.2019.0137
- Landesstelle Sucht NRW (2016). Die Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW - 2016. Köln. http://www.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/Jahresbericht%202016_final.pdf (Zugegriffen: 12.11.2018).
- Maher, L., & Salmon, A. (2007). Supervised injecting facilities: how much evidence is enough? *Drug and Alcohol Review*, 26(4), 351-353.
- Manthe, K. (2011). Die Wirksamkeit von Safer-Use-Beratungen im Rahmen niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenhilfe : Ergebnisse einer Studie zur Verwendung von Tuberkulinspritzen. *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit /Acceptance-Oriented Drug Work*, 8, 6-13.
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 377, 1429-1437.
- NSW Health (2008). Economic Evaluation of the Medically Supervised Injection Centre at Kings Cross (MSIC). Final Report. Sydney.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schneider, F., Friedrich, M., Bartsch, G., & Sipp, W. (2018). Kurzbericht. Situation illegaler Drogen in Deutschland. Basierend auf dem REITOX-Bericht 2018 an die EMCDDA (Datenjahr 2017 / 2018). <https://www.dbdd.de/publikationen/jahresbericht-situation-illegaler-drogen-in-deutschland/> (Zugegriffen: 29.03.2019).
- Pinkerton, S. D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *International Journal of Drug Policy*, 22, 179-183.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., & Schreckenber, D. (2002). Evaluation der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Zeus GmbH.
- Prinzleve, M., & Martens, M.-S. (2003). Evaluation der Abendöffnungszeiten des Drob Inn. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg: Forschungsbericht im Auftrag des Jugendhilfe e.V. Forschungsbericht im Auftrag des Jugendhilfe e. V.
- Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Inf/AZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile (Zugegriffen: 12.11.2018).

- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms. Evidence and practice. IDPC Briefing Paper: International Drug Policy Consortium. https://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf (Zugegriffen: 22.01.2018).
- Schneider, W. (2006). Was ist Niedrigschwellige Drogenhilfe? : INDRO e.V. <https://indro-online.de/dr-wolfgang-schneider-was-ist-niedrigschwellige-drogenhilfe/> (Zugegriffen: 12.11.2018).
- Semaan, S., Fleming, P., Worrell, C., Stolp, H., Baack, B., & Miller, M. (2011). Potential role of safer injection facilities in reducing HIV and hepatitis C infections and overdose mortality in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 100-110. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.03.006
- Simon, R., David-Spickermann, M., & Bartsch, G. (2006). Bericht 2006 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2006.
- Stoltz, J. A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*, 29, 35-39.
- Stone K. & Shirley-Beavan S. (2018). Global State of Harm Reduction 2018. Harm Reduction International: London.
- Stöver, H., & Förster, S. (2016). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2015. Dokumentationszeitraum 01.01 – 31.12.2015: Frankfurt University of Applied Science, Institut für Suchtforschung (ISFF). https://typo3-alt.cit.frankfurt-university.de/fileadmin/de/Fachbereiche/FB4/Forschung/ISFF/Konsumraumdokumentation/Jahresbericht_2015_korrigiert.pdf (Zugegriffen: 22.01.2019).
- Stöver, H., & Förster, S. (2017). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2016. Dokumentationszeitraum 01.01 – 31.12.2016: Frankfurt University of Applied Science, Institut für Suchtforschung (ISFF). https://typo3-alt.cit.frankfurt-university.de/fileadmin/de/Fachbereiche/FB4/Forschung/ISFF/Konsumraumdokumentation/Dokumentation_der_4_Frankfurter_Drogenkonsumr%C3%A4ume_2016.pdf (Zugegriffen: 22.01.2019).
- Stöver, H., & Förster, S. (2018). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2018. Dokumentationszeitraum 01.01 – 31.12.2018: Frankfurt University of Applied Science, Institut für Suchtforschung (ISFF). https://typo3-alt.cit.frankfurt-university.de/fileadmin/de/Fachbereiche/FB4/Forschung/ISFF/Konsumraumdokumentation/Drogenkonsumr%C3%A4ume_Jahresbericht_2017.pdf Zugegriffen: 22.01.2019.
- Stöver, H., & Schäffer, D. (2015). SMOKE-IT! – Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform. *Suchttherapie*, 16, 136-144. doi: 10.1055/s-0035-1545275
- Stöver, H., O'Reilly, M., Förster, S. & Jurcovic, L. (2019). Nutzende und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzende Berliner Drogenkonsumräume im Vergleich. *Suchttherapie* (efirst: 31.01.2019), 1-7.
- Vander Laenen, F., Nicaise, P., Decorte, T., De Maeyer, J., De Ruyver, B., Smith, P., ... Favril, L. (2018). Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium. Belgian Science Policy Office.
- Werse, B., Sarvari, L., Egger, D., & Feilberg, N. (2017). MoSyD Szenestudie 2016. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Goethe Universität Frankfurt am Main. <https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/MoSyD%20Szenestudie%202016.pdf> (Zugegriffen: 16.04.2019).

- Wood, E., Kerr, T., Spittal, P. M., Li, K., Small, W., Tyndall, M. W. & Schechter, M. T. (2003). The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32, 2-8.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2006b). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13, 1-4.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2006a). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 1399-1404.
- Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102, 916-919.
- Woods, S. (2014). Drug Consumption Rooms in Europe. Organisational overview.
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004). Kurzgutachten zu Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., & Verthein, U. (2001). Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten. Freiburg im Breisgau: Lambertus.



Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften
Grazer Straße 4
28359 Bremen

IPP Geschäftsstelle

Grazer Straße 4
28359 Bremen
Phone (+49) 0421 - 218 68980/-68880
E-Mail hmertesa@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

IPP-Schriften, Ausgabe 16

Henning Schmidt-Semisch, Katja Thane, Nicole Ochmann:
Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes
(medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im
Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof
im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und
Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen

ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

Bremen, Juni 2019