

# Evaluation der Drogenkonsumräume in Berlin

## ABSCHLUSSBERICHT

im Auftrag der Senatsverwaltung  
für Gesundheit, Soziales und  
Verbraucherschutz Berlin

Verfasser:

Martina Schu, FOGS GmbH

Dr. H. Peter Tossmann, delphi Gesellschaft

unter Mitarbeit von:

Kristian Coll

Andrea Schuster

delphi - Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projekt-  
entwicklung mbH, Rathenower Str. 38, 10559 Berlin,  
Tel.: 030/36282661, FAX: 030/36282669,  
E-Mail: kontakt@delphi-gesellschaft.de

FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits-  
und Sozialbereich mbH, Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln,  
Tel.: 0221/9731010 FAX: 0221/97310111,  
E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de

Köln/Berlin, im Juli 2005

687/2005

## Inhaltsverzeichnis

| Kap.    |   | Seite |
|---------|---|-------|
| 1       | EINLEITUNG  | 1     |
| 1.1     | Ausgangslage  | 1     |
| 1.2     | Zum Auftrag der Evaluation  | 3     |
| 2       | METHODISCHES VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN<br>BEGLEITUNG            | 5     |
| 2.1     | Befragung der Betreiber der Konsumraumangebote                        | 6     |
| 2.2     | Analyse von Klientendaten   | 6     |
| 2.3     | Befragung von Nutzern und Nicht-Nutzern der Konsumraumangebote        | 8     |
| 2.4     | Befragung von Kooperationspartnern                                    | 9     |
| 2.5     | Befragung der Berliner Drogenhilfe                                    | 10    |
| 2.6     | Befragung von Anwohnern   | 11    |
| 2.7     | Projektbegleitung   | 11    |
| 3       | DIE RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN DER<br>DROGENKONSUMRÄUME            | 12    |
| 3.1     | Rechtsverordnung  | 13    |
| 3.2     | Erlaubnis   | 14    |
| 3.3     | Kooperationsvereinbarung  | 15    |
| 4       | ZUR STRUKTURQUALITÄT DER DROGENKONSUMRÄUME                            | 16    |
| 4.1     | Ziele und Zielgruppe  | 17    |
| 4.2     | Nutzungsvereinbarung und Hausordnung                                  | 18    |
| 4.3     | Angebote  | 19    |
| 4.4     | Personal  | 21    |
| 4.5     | Lage, Räume und Öffnungszeiten  | 23    |
| 4.6     | Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation                                    | 26    |
| 5       | INANSPRUCHNAHME UND KLIENDEL DER<br>DROGENKONSUMRÄUME                 | 29    |
| 5.1     | Entwicklung der Inanspruchnahme                                       | 29    |
| 5.1.1   | Nutzung der Birkenstube   | 33    |
| 5.1.2   | Nutzung der SKA   | 34    |
| 5.1.3   | Nutzung des Konsummobils am Standort Bahnhof Zoo                      | 34    |
| 5.1.4   | Nutzung des Konsummobils am Standort Frobensstraße                    | 36    |
| 5.1.5   | Besondere Vorfälle  | 36    |
| 5.2     | Die Nutzer der Drogenkonsumräume                                      | 37    |
| 5.2.1   | Soziodemographische Daten der Konsumraumnutzer                        | 38    |
| 5.2.2   | Drogenkonsum der Konsumraumnutzer                                     | 42    |
| 5.2.2.1 | Prävalenz und Frequenz des Substanzkonsums                            | 42    |
| 5.2.2.2 | Alter bei Erstkonsum der konsumierten Substanzen                      | 43    |
| 5.2.3   | Gesundheit und Inanspruchnahme von Hilfen                             | 45    |
| 5.2.3.1 | Krankheiten, Drogennotfälle und Suizidversuche                        | 45    |
| 5.2.3.2 | Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen                              | 46    |
| 5.2.3.3 | Inanspruchnahme sozialer, psychologischer und medizinischer<br>Hilfen | 49    |
| 5.3     | Nutzung des Konsumraumangebots  | 50    |
| 5.3.1   | Häufigkeit der Nutzung  | 51    |
| 5.3.2   | Drogenkonsum im Konsumraum  | 51    |
| 5.3.3   | Aufenthalt im Konsumraum  | 53    |

| Kap.  |   | Seite |
|-------|---|-------|
| 5.4   | Inanspruchnahme von Hilfen und Tätigkeitsspektrum   | 54    |
| 5.5   | Bewertung des Angebots aus Sicht der Klienten   | 57    |
| 5.6   | Exkurs: Gründe für die Nicht-Nutzung von Drogenkonsumräumen   | 60    |
| 5.6.1 | Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe  | 60    |
| 5.6.2 | Gründe für die Nichtnutzung   | 61    |
| 6     | VERNETZUNG DER DROGENKONSUMRÄUME  | 63    |
| 6.1   | Die Sicht der Kooperationspartner   | 64    |
| 6.1.1 | Bedarf und Rahmenbedingungen der Konsumraumarbeit   | 65    |
| 6.1.2 | Erwartungen und aktuelle Einschätzungen   | 68    |
| 6.1.3 | Vernetzung der Konsumräume in der Drogenhilfe   | 69    |
| 6.1.4 | Kooperation: Bewertung und weiterer Bedarf  | 69    |
| 6.1.5 | Perspektiven der Konsumraumarbeit in Berlin   | 71    |
| 6.2   | Befragung der Drogenhilfe   | 72    |
| 6.2.1 | Generelle Akzeptanz von Drogenkonsumräumen  | 73    |
| 6.2.2 | Kenntnis von Drogenkonsumräumen in Berlin   | 76    |
| 6.2.3 | Effekte der Drogenkonsumraumarbeit in Berlin aus Sicht der Drogenhilfe                                      | 77    |
| 6.2.4 | Vernetzung der Drogenkonsumräume  | 78    |
| 6.2.5 | Abschließende Einschätzungen der Drogenhilfe  | 79    |
| 7     | AKZEPTANZ DER DROGENKONSUMRÄUME IM<br>WOHNUMFELD  | 82    |
| 7.1   | Methoden der Untersuchung   | 82    |
| 7.1.1 | Rekrutierung der Stichprobe   | 83    |
| 7.1.2 | Repräsentativität der Stichprobe  | 84    |
| 7.1.3 | Das Erhebungsinstrument   | 86    |
| 7.2   | Ergebnisse der Anwohnerbefragung  | 86    |
| 7.2.1 | Akzeptanz oder Ablehnung der Drogenkonsumräume  | 87    |
| 7.2.2 | Die Bedeutung soziodemographischer Faktoren für die Akzeptanz von<br>Drogenkonsumräumen                     | 88    |
| 7.2.3 | Die Bedeutung der Informiertheit für die Akzeptanz von<br>Drogenkonsumräumen                                | 89    |
| 7.2.4 | Die Bedeutung der Involviertheit in kommunalpolitische Prozesse für<br>die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen | 91    |
| 7.2.5 | Die Bedeutung von Politikinteresse und politischer Einstellung für die<br>Akzeptanz von Drogenkonsumräumen  | 93    |
| 7.2.6 | Die Bedeutung von Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten<br>für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen   | 94    |
| 7.2.7 | Die Bedeutung von Ängsten und Vorbehalten für die Akzeptanz von<br>Drogenkonsumräumen                       | 96    |
| 7.2.8 | Akzeptanz in Abhängigkeit von der Zeit der Existenz des<br>Drogenkonsumraums                                | 98    |
| 8     | DISKUSSION UND BEWERTUNG DER ERGEBNISSE   | 99    |
| 9     | LITERATUR   | 108   |

## Abbildungsverzeichnis

| Abb.    |  | Seite |
|---------|--|-------|
| Abb. 1: | Konsumvorgänge kumuliert über die vier Einrichtungen/Standorte<br>gesamt 02/2004 - 02/2005 | 30    |
| Abb. 2: | Klienten über die vier Einrichtungen/Standorte gesamt, kumuliert<br>02/2004 - 02/2005      | 31    |
| Abb. 3: | Inanspruchnahme DKR in der Birkenstube 02/2004 - 02/2005                                   | 33    |
| Abb. 4: | Inanspruchnahme DKR SKA 02/2004 - 02/2005  | 34    |
| Abb. 5: | Inanspruchnahme Konsummobil am Bahnhof Zoo 02/2004 - 02/2005                               | 35    |
| Abb. 6: | Inanspruchnahme Drogenkonsummobil in der Frobensstraße<br>02/2004 - 02/2005                | 36    |

## Tabellenverzeichnis

| Tab.     |  | Seite |
|----------|--|-------|
| Tab. 1:  | Entwicklung der Konsumvorgänge von Februar 2004 bis<br>Februar 2005, je Standort, kumuliert                | 30    |
| Tab. 2:  | Entwicklung der Klientenzahlen in den vier Einrichtungen/<br>Standorten, kumuliert 02/2004 - 02/2005       | 32    |
| Tab. 3:  | Drogennotfälle - Verteilung der Drogennotfälle über die vier<br>Einrichtungen/ Standorte 02/2004 - 02/2005 | 37    |
| Tab. 4:  | Datensätze zur Beschreibung der Klientel der Drogenkonsumräume   | 38    |
| Tab. 5:  | Durchschnittliches Lebensalter der Konsumraumbesucher  | 39    |
| Tab. 6:  | Nationalität der Konsumraumnutzer  | 39    |
| Tab. 7:  | Überwiegende Wohnsituation der letzten sechs Monate  | 40    |
| Tab. 8:  | Wohnbezirke und hauptsächlichlicher Aufenthaltsort der<br>Konsumraumnutzer                                 | 41    |
| Tab. 9:  | Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Substanzkonsums sowie<br>Konsumfrequenz                                | 42    |
| Tab. 10: | Erste Präferenzdroge nach Geschlecht und Standort  | 43    |
| Tab. 11: | Alter bei Erstkonsum jeder konsumierten Substanz   | 44    |
| Tab. 12: | Bevorzugte Art des Konsums der Präferenzdroge  | 44    |
| Tab. 13: | Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Konsumraumnutzern  | 45    |
| Tab. 14: | Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen durch Konsumraumnutzer   | 47    |
| Tab. 15: | Inanspruchnahme anderer Hilfen   | 50    |
| Tab. 16: | Konsumvorgänge mit Präferenzdroge pro Woche  | 52    |
| Tab. 17: | Konsumvorgänge pro Woche im Konsumraum   | 52    |
| Tab. 18: | Überwiegende Applikationsform im Konsumraum  | 53    |

| Tab.     |   | Seite |
|----------|---|-------|
| Tab. 19: | Aufenthalt in der Einrichtung und im Konsumraum   | 54    |
| Tab. 20: | Nutzung sonstiger Angebote  | 55    |
| Tab. 21: | Häufigkeit von Tätigkeiten  | 56    |
| Tab. 22: | Wichtigkeit einzelner Angebote aus der Sicht der Konsumraumnutzer   | 58    |
| Tab. 23: | Zufriedenheit mit einzelnen Angeboten   | 59    |
| Tab. 24: | Hauptsuchtmittel von Nutzern und Nichtnutzern der Konsumräume   | 61    |
| Tab. 25: | Gründe für die Nichtnutzung   | 62    |
| Tab. 26: | Cluster von Gründen für die Nichtnutzung von Drogenkonsumräumen   | 63    |
| Tab. 27: | Generelle Einstellung zu Drogenkonsumräumen - alle Befragten  | 74    |
| Tab. 28: | Erreichungsgrad von Zielen durch Konsumraumarbeit - alle Befragten  | 75    |
| Tab. 29: | Kontakte zwischen den befragten Einrichtungen und den Konsumräumen  | 78    |
| Tab. 30: | Bewertung konzeptioneller Aspekte der Konsumräume   | 80    |
| Tab. 31: | Grundgesamtheit und Zufallsstichprobe der Anwohnerbefragung   | 83    |
| Tab. 32: | Rekrutierungsmatrix der Stichprobe für die Anwohnerbefragung  | 84    |
| Tab. 33: | Geschlechterverteilung in der Population und in der Untersuchungsstichprobe                                       | 85    |
| Tab. 34: | Alterstruktur von Population und Untersuchungsstichprobe nach Geschlecht  | 85    |
| Tab. 35: | Wahrgenommenes Meinungsklima zum Drogenkonsumraum im Bezirk   | 87    |
| Tab. 36: | Persönliche Meinung für oder gegen den Drogenkonsumraum im Wohnumfeld   | 88    |
| Tab. 37: | Staatsangehörigkeit der Teilnehmer der Anwohnerbefragung  | 88    |
| Tab. 38: | Selbsteinschätzung zur Informiertheit über die Drogenproblematik in Deutschland                                   | 90    |
| Tab. 39: | Kenntnisstand zur Existenz von Drogenkonsumräumen   | 90    |
| Tab. 40: | Quelle der Information über die Etablierung von Konsumräumen im Bezirk  | 91    |
| Tab. 41: | Subjektive Informiertheit und Interesse an drogenpolitischen Fragen   | 92    |
| Tab. 42: | Subjektive Involviertheit in die Etablierung von Drogenkonsumräumen   | 92    |
| Tab. 43: | Allgemeines politisches Interesse der Anwohner von Drogenkonsumräumen und in der Allgemeinbevölkerung nach ALLBUS | 93    |
| Tab. 44: | Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten unter Anwohnern von Drogenkonsumräumen                                | 95    |
| Tab. 45: | Ausmaß der Betroffenheit mit Suchterkrankungen im persönlichen Nahfeld  | 96    |
| Tab. 46: | Einstellungen von Anwohnern zu Drogenkonsumräumen   | 97    |
| Tab. 47: | Stärke der Vorbehalte gegenüber Drogenkonsumräumen  | 98    |
| Tab. 48: | Akzeptanz der Drogenkonsumräume in Abhängigkeit von der Zeit  | 99    |

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Mit der Einfügung des § 10a BtMG durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz - 3. BtMG-ÄndG) vom 28. März 2000 (BGBl. I, 302) wurde für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Deutschland eine rechtliche Grundlage geschaffen und die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt.

§ 10a I 1 BtMG definiert den Drogenkonsumraum als eine Einrichtung, „in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird.“ Der Betrieb einer derartigen Einrichtung bedarf der Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde (§ 10a I 1 BtMG) und „kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat“ (§ 10a I 2 BtMG).

§ 10a II 1 BtMG ermächtigt die Landesregierungen, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen nach § 10a I BtMG zu regeln. Von dieser Ermächtigung haben vor Berlin die Bundesländer Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland Gebrauch gemacht (vgl. Poschadel u.a., 2003). Insgesamt werden derzeit in Deutschland etwa 24 Konsumräume betrieben (vgl. Klee, 2004).

Ein Vergleich der Rechtsverordnungen der Länder zeigt, dass zwischen ihnen - mit Ausnahme einzelner Regelungen - kaum bedeutsame Unterschiede bestehen. Unterschiede beziehen sich vor allem auf die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen minderjährigen Personen und Klienten<sup>1</sup>, die an einer Substitutionsbehandlung teilnehmen, der Zugang zu den Drogenkonsumräumen gestattet werden soll (vgl. ebenda).

Schon vor Inkrafttreten des Gesetzes hat es in verschiedenen deutschen Städten (Drogen-)Konsumräume gegeben. Nachdem bereits Ende der 80er Jahre kurzfristig entsprechende Angebote in Bremen und Bonn geduldet worden waren, wurden Anfang 1994 die ersten Räume offiziell und mit längerfristigem Bestand in Hamburg und in Frankfurt/Main eröffnet. Ende der 90er Jahre kamen Einrichtungen in Hannover (1997) und Saarbrücken (1999) hinzu (vgl. Michels, 2000; Zurhold u.a., 2001). Als Vorbild für die deutschen Konsumräume fungierten vor allem die Schweizer „Gassenzimmer“ und „Fixerstübli“, die in den 80er und 90er Jahren in Zürich, Bern, Basel und St. Gallen aufgebaut worden waren (vgl. Haemmig, 1992; Sozialamt der Stadt Zürich, 1995). Seit 1996 arbeiten zudem auch in den Niederlanden (Rotterdam und Arnheim) entsprechende Einrichtungen.

Seit Ende der 90er Jahre bestehen länderübergreifende fachliche „Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen“, die auf der internationalen Fachtagung in Hannover von 180 Teilnehmern aus Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien erarbeitet wurden (vgl. Stöver, 2000).

Über die Arbeit von Drogenkonsumräumen liegen in Deutschland erst wenige Studien vor: Dies sind zum einen Untersuchungen, die vor Inkrafttreten der BtMG-Novellierung in den 90er Jahren veröffentlicht wurden und sich auf Konsumräume in Frankfurt/Main (vgl. Kemmesies, 1995; Happel, 1997) sowie die Einrichtung „drop-in/

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Doppelnennung weiblicher und männlicher Formen verzichtet.

Fixpunkt“ in Hannover beziehen (vgl. Jacob u.a., 1999). Den genannten Untersuchungen ist die Beschreibung der Eigenschaften und des Inanspruchnahmeverhaltens der Drogenkonsumenten (Nutzerperspektive) gemeinsam. In der Hannoveraner Studie wird die Arbeit der Drogenkonsumräume zudem aus der Sicht der Einrichtungsmitarbeiter bewertet und ansatzweise die Umfeldperspektive (Polizei) beleuchtet. Zum anderen wurde in den letzten Jahren - nach Einfügung des § 10a in das BtMG - ein Forschungsprojekt zur vergleichenden Evaluation von Konsumraumangeboten in drei europäischen Großstädten (Zurhold u.a., 2001) und eine Studie zur Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland (Poschadel u.a., 2003) veröffentlicht.

Die im Auftrag der „Commission of the European Communities“ von Ende 1999 bis Anfang 2001 in drei **europäischen Städten** durchgeführte Forschungsstudie (ISD-Studie, Zurhold u.a., 2001) zeigt, dass aus Sicht der Einrichtungsmitarbeiter die konzeptionell vorgesehene Zielgruppe von den Versorgungsangeboten erreicht wird. Die Konsumraumangebote werden primär von langjährig Drogenabhängigen genutzt, die aktuell einen hochfrequenten Drogenkonsum auf täglicher Basis praktizieren.<sup>2</sup>

Die Akzeptanz von Konsumraumangeboten durch Drogenkonsumenten beurteilen die Mitarbeiter der Einrichtungen in Hamburg und Rotterdam als überwiegend sehr hoch. Die Auslastung der betreffenden Einrichtungen ist aus ihrer Sicht von den jeweiligen Zugangsbedingungen, der räumlichen Nähe zur Drogenszene und der Attraktivität des Angebots abhängig.

Die Akzeptanz der Einrichtungen durch das Umfeld stufen sowohl die interviewten Hamburger als auch die Rotterdamer Mitarbeiter überwiegend als hoch ein. Aus ihrer Sicht werden Konsumräume vor allem deshalb akzeptiert, weil sie spürbar zur Verringerung öffentlicher Belastungen im Stadtteil beitragen und der ordnungspolitische Nutzen auch von der Anwohnerschaft und der Polizei gesehen wird.

Zu den geäußerten Problemen zählt, dass sich z.B. in Hamburg der untersuchte Stadtteil zu einem Haupttreffpunkt der offenen Szenen entwickelt hat und der öffentliche Drogenkonsum insgesamt (wieder) angestiegen ist. In den untersuchten drei Städten wird zudem übereinstimmend der zunehmende Crack- und Kokainkonsum als problematisch wahrgenommen, da er mit negativen Effekten wie Hektik, Aggressivität und Unruhe einhergeht (vgl. Zurhold u.a., 2001).

In der im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Untersuchung aller im Jahr 2002 in **Deutschland** betriebenen Drogenkonsumräume wurde zunächst gezeigt, dass auch hier die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe erreicht wird. Die in den Rechtsverordnungen der Länder vorgeschriebenen Mindeststandards werden mit wenigen Einschränkungen überall eingehalten. So werden z.B. in allen Konsumräumen das Überleben der Opiatabhängigen durch eine sofort einsatzbereite Notfallversorgung gesichert und die Klienten in weitergehende (ausstiegsorientierte) Hilfeangebote vermittelt. Minderjährige Personen sind bei den Befragungen nicht in den Konsumräumen angetroffen worden.

Im Zeitraum von 1995 - 2001 wurden in den Drogenkonsumräumen insgesamt über zwei Millionen Konsumvorgänge dokumentiert. Insgesamt hat sich durch die Konsumräume der Zugang zum ärztlichen Hilfesystem verbessert und so erstaunt es nicht,

---

<sup>2</sup> Die Ergebnisse beziehen sich jedoch z.T. nur auf Hamburg und Rotterdam, da der geplante Drogenkonsumraum in Innsbruck - anders als ursprünglich vorgesehen war - nicht realisiert wurde und damit auch nicht evaluierbar war.

dass sich die gesundheitliche Situation der befragten Klienten der Konsumräume im Vorher-Nachher-Vergleich signifikant verbessert hat.

Die Evaluation benannte jedoch auch Schwachstellen in der Arbeit der Konsumräume, insbesondere wird dem Thema Hepatitis C als Beratungsthema eher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und Frauen sind in den Drogenkonsumräumen unterrepräsentiert. Zudem besteht Diskussionsbedarf beim Thema "Konsumräume und Substitution", da sich einige der befragten Nutzer nach eigenen Angaben zum Befragungszeitpunkt in einer Substitutionsbehandlung befanden (vgl. Poschadel u.a., 2003)<sup>3</sup>.

Ende 2002 hat auch der Senat von **Berlin** beschlossen, das bestehende Drogenhilfesystem um den Hilfebaustein der Drogenkonsumräume zu ergänzen und am 10. Dezember 2002 die „Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ erlassen (vgl. Gesetz- und Verordnungsblatt Berlin, 58. Jahrgang, Nr. 44 vom 20. Dezember 2002). Die Rechtsverordnung trifft räumliche, personelle und fachliche Vorgaben für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin und bildet die Grundlage zur Erlaubniserteilung (vgl. im Einzelnen Kap. 3.1). Mit der Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel wurden schließlich alle Voraussetzungen für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen geschaffen.

Die Drogenkonsumraumarbeit begann am 5. November 2003 mit dem Einsatz des Drogenkonsummobils in Trägerschaft von Fixpunkt e.V. Die beiden Drogenkonsumräume an festen Standorten in Moabit (Birkenstube in gemeinsamer Trägerschaft von Fixpunkt e.V. und BOA e.V.) und Kreuzberg (SKA in Trägerschaft von Odak e.V.) eröffneten am 2. Februar 2004.

Das Drogenkonsumraum-Projekt läuft zunächst bis Ende 2005 modellhaft und wird im ersten Jahr - wie in der Richtlinie vorgesehen - wissenschaftlich begleitet. Auf der Grundlage der Praxiserfahrungen und der Ergebnisse der Begleitforschung sollen die weiteren Perspektiven der Konsumraumarbeit in Berlin entwickelt werden.

## 1.2 Zum Auftrag der Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitung der in Berlin neu eingerichteten Angebote von Drogenkonsumräumen sollte zunächst zwei Aufgaben verfolgen: Zum einen galt es im Rahmen einer differenziellen Evaluation zu überprüfen, inwieweit die angestrebten gesundheitspräventiven, drogentherapeutischen sowie sozialpolitischen Ziele erreicht werden. Und zum anderen sollten die Projekte im ersten Jahr beraten und begleitet werden. Die Aufgaben wurden im Verlauf um weitere Aspekte ergänzt: Zunächst kam hinzu, dass die wissenschaftliche Begleitung auch die Entwicklung einer geeigneten Dokumentationssystematik unterstützen sollte. Und schließlich sollten die Entwicklung der Akzeptanz der Drogenkonsumraumarbeit in der gesamten Drogenhilfe und mögliche Auswirkungen auf deren Arbeit evaluiert werden.

Im Einzelnen sollte die wissenschaftliche Begleitung zu folgenden Themenkomplexen Bericht erstatten:

- **Einhaltung der Mindeststandards** gemäß § 10 des Betäubungsmittelgesetzes und Realisierung der in der Rechtsverordnung und dem fachlichem Gesamtkonzept definierten Vorgaben und Ziele: Hier galt es zu überprüfen, welche gesundheits-

---

<sup>3</sup> Und dies auch außerhalb Hamburgs, dem einzigen Bundesland, das Substituierte nicht per Rechtsverordnung von der Inanspruchnahme der Konsumräume ausschließt.



präventiven und suchttherapeutischen Ziele während des ersten Betriebsjahres der Drogenkonsumräume in Berlin erreicht werden konnten. Von besonderem Interesse war dabei, ob Klienten in weiterführende Hilfen vermittelt werden konnten und welche Nutzungsmuster feststellbar sind. Im Detail:

- Werden mit dem Angebot „neue“, sonst schwer erreichbare Konsumentengruppen erreicht?
  - Wird der standardmäßige Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal sichergestellt?
  - Wird eine systematische medizinpädagogische Aufklärung (hygienische Applikation, Verhinderung von Infektionen etc.) betrieben?
  - In welchem Umfang werden Nutzer der Drogenkonsumräume zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen motiviert, beraten oder vermittelt? Und in welchem Maß nutzen die Klienten tatsächlich die Hilfen anderer Einrichtungen?
- Im Verlauf des ersten Jahres sollte die wissenschaftliche Begleitung auftretende **Probleme bei der Implementierung** der Konsumräume verfolgen und deren Lösungen dokumentieren.
  - Entwicklung einer geeigneten **Dokumentationssystematik**: Entsprechend der Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, Nr. 44, 20.12.2002) ist für die Arbeit der Drogenkonsumräume eine systematische Dokumentation zwingend erforderlich (§ 11). Dabei sollen insbesondere Daten zu Alter, Geschlecht, Nationalität, Drogenkonsumverhalten, gesundheitlichem Status der Konsumraumnutzer und zur Nutzungsfrequenz erfasst werden. Die Verordnung sieht ergänzend hierzu (§11; Absatz 4) die Erfassung des Deutschen Kerndatensatzes vor.

Die Heterogenität der Konsumraumnutzer und der dort in Anspruch genommenen Hilfeleistungen machen jedoch eine differenzierte Dokumentationsstrategie erforderlich. Deshalb sollte mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung ein für alle Standorte einheitliches und für den vor-Ort-Einsatz praktikables Instrument entwickelt werden, das zum einen eine personenbezogene Dokumentation erlaubt. Zum anderen sollten die Leistungen der Fachkräfte nicht nur verbrauchsbezogen, sondern auch nutzerbezogen erfasst werden, damit abbildbar wird, welche Klienten welche Leistungen in Anspruch nehmen und wie Ergebnisse und Leistungen miteinander verknüpft sind.

- **Kooperation** zwischen Trägern und Behörden: Entsprechend des Drogen- und Suchtberichts des Landes Berlin (Drucksache 13/1606 des Berliner Abgeordnetenhauses) sind die suchtspezifischen Dienste in ein Verbundsystem integriert, in dem einer übergreifenden Zusammenarbeit eine besondere Bedeutung zukommt. Dieses Prinzip soll auch für das neue Angebotssegment gelten. Gerade im Hinblick auf die Optimierung klientenbezogener Hilfen sind tragfähige Kooperationsbeziehungen zu suchtspezifischen und anderen Diensten sowie die Akzeptanz des neuen Angebots durch die genannten Stellen von großer Bedeutung.

Zudem verlangt die Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Angebote, den Gesundheitsämtern, der Polizei und der Staatsanwaltschaft (§ 9). Diesbezüglich war genauer zu prüfen:

- Wie gestaltet sich die Kooperation mit der Polizei bzw. mit den Strafverfol-

- gungsbehörden?
- Wie bewährt sich die Kooperationsvereinbarung hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit, der Relevanz von Daten und der Frequenz der Berichterstattung?
  - Inwieweit ist das Angebot der Drogenkonsumräume mit anderen (suchtspezifischen) Diensten institutionell und klientenbezogen vernetzt?
  - Welche Kooperationen sind auf regionaler Ebene (Bezirk, Wohnquartier etc.) erforderlich?
- **Auswirkungen auf die übrigen Drogenhilfeangebote:** Das neue Angebot der Drogenkonsumräume ist als komplexes Angebot mit eigenen beratenden und vermittelnden Leistungen konzipiert. Hieraus können sich Auswirkungen auf die übrigen Drogenhilfeangebote in Berlin ergeben. Deshalb sollte im Rahmen der Evaluation auch überprüft werden, welche Akzeptanz die Berliner Drogenhilfe dem Konsumraumangebot entgegenbringt und ob Auswirkungen auf die Drogenhilfe festgestellt werden können und falls ja, welche.
  - **Akzeptanz im Wohnumfeld und Entlastung der Öffentlichkeit:** Im Rahmen des Evaluationsvorhabens sollen die Auswirkungen der Implementierung von Drogenkonsumräumen auch auf der Ebene des Wohnumfelds analysiert werden. In den bisher dazu veröffentlichten Untersuchungen wurden hierzu Teilaspekte thematisiert wie z.B. die Reaktionen der Anwohner und Geschäftsleute auf das Vorhandensein „offener“ Drogenszenen (vgl. Renn & Lange, 1995), das Verhältnis niedrigschwelliger Einrichtungen zu (Sozial-)Ämtern, Justiz/Polizei, Nachbarschaft und Öffentlichkeit (vgl. Hartmann u.a., 1994) sowie die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen im sozialen Nahfeld (Zurhold u.a., 2001).

Im Rahmen der Evaluation in Berlin sollte untersucht werden, ob es den Trägern der Konsumräume während des ersten Betriebsjahres gelang, die Akzeptanz im Wohnumfeld zu gewinnen. Dabei waren Fragestellungen zu bearbeiten wie:

- Wurden die Angebote von Drogenkonsumräumen im Wohnumfeld der Einrichtungen wahrgenommen?
- Welchen Grad der Akzeptanz erreichten diese Angebote?
- Welche Veränderungen hinsichtlich Wahrnehmung, Einstellung und Akzeptanz der Drogenkonsumräume ließen sich im Zeitverlauf beobachten?

## 2 Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Zur wissenschaftlichen Bearbeitung der oben beschriebenen Fragen wurde eine Kombination qualitativer und quantitativer Methoden der empirischen Sozialforschung angewandt. Um die unterschiedlichen Aspekte zu beleuchten, die es im Zusammenhang mit der Evaluation des Drogenkonsumraumangebots in Berlin zu untersuchen galt, wurde dabei auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen:

- Befragung der Betreiber der Konsumraumangebote und der Mitarbeiter vor Ort
- Dokumentation von Klienten- und Nutzungsdaten
- Befragung von Nutzern der Konsumraumangebote
- Befragung von Kooperationspartnern

- Befragung von Berliner Drogenhilfeeinrichtungen
- Befragung von Anwohnern.

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente/Befragungen ausführlicher vorgestellt.

## 2.1 Befragung der Betreiber der Konsumraumangebote

Zu Beginn der Evaluation wurden die wesentlichen Struktur- und Rahmendaten der Drogenkonsumräume erhoben. Hierbei wurde zum einen auf vorliegende Unterlagen (wie z.B. Konzepte und vor allem Monats- und Jahresberichte der Träger) zurückgegriffen, zum anderen wurden mit Hilfe eines (teil-)standardisierten Fragebogens u. a. folgende Aspekte erfasst:

- Träger, Leitung der Einrichtung und Einbindung beim Träger
- Konzeption, Ziele und Arbeitsansatz
- Raum- und Sachausstattung
- Personalkapazität und -struktur (Anzahl, Qualifikation, Berufserfahrung)
- zeitliche Erreichbarkeit, Öffnungszeiten
- Angebotsspektrum/Maßnahmen
- Kooperationswege und -formen (Kooperationsabsprachen, Mitarbeit in Gremien)
- Dokumentation.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung lieferte ein genaues Bild der Ausgangssituation und eine (erste) Einschätzung über den Grad der Abstimmung der Angebote.

Um diese Fragen sowie weitere zur Überprüfung der Mindeststandards zu vertiefen, wurden die Betreiber der Konsumraumangebote anschließend leitfadengestützt interviewt. Zudem wurden Fragen zur Implementation und zur laufenden Arbeit in den Konsumräumen mit den Beschäftigten thematisiert.

## 2.2 Analyse von Klientendaten

Die Konzeption der Drogenkonsumräume vom Dezember 2002 sieht eine kontinuierliche Dokumentation bestimmter klientenbezogener Daten als integralen Bestandteil des fachlichen Betriebs der Drogenkonsumräume in Berlin vor. Darüber hinaus sind die Häufigkeit der Nutzung des Konsumraums und die Zahl von Kontakt- und Beratungsgesprächen zu erfassen. Doch wurde schnell deutlich, dass zum einen durch die drei Träger kein einheitliches Instrumentarium eingesetzt wird und zum anderen kein für den vor-Ort-Einsatz praktikables Instrument für die personenbezogene Dokumentation bereitsteht.

Die wissenschaftliche Begleitung hat deshalb ein für alle Konsumräume einheitliches Erhebungsinstrument zur Erfassung der personenbezogenen Basisdaten erarbeitet und mit den Trägern abgestimmt. Dabei war das Ziel eine systematische Erfassung aller Nutzer der Konsumräume. Um der Niedrigschwelligkeit der Angebote Rechnung zu tragen, wurde - in Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und

Verbraucherschutz, Soziales und Verbraucherschutz (SenGSV) - ein zweistufiges Vorgehen implementiert:

- Von **allen** Nutzern werden einige wesentliche personenbezogene **Basisdaten** erfasst. Um diese Daten mit den Daten der Sucht- und Drogenberatungsstellen abgleichen zu können, wird jeder personenbezogene Datensatz aus den Drogenkonsumräumen mit dem HIV-Code versehen. Im Einzelnen erfasst der „*Klientenstammdaten*“-Bogen:
  - Name, Adress- und Erreichbarkeitsdaten, Staatsangehörigkeit und kulturellen Hintergrund, Wohnsituation und Geschlecht
  - Konsumverhalten: Präferenz- und Zweitdroge jeweils mit Alter bei Erstkonsum sowie Art und Häufigkeit des Konsums; dazu weitere im letzten Monat konsumierte Substanzen
  - Drogennotfälle, Infektionskrankheiten und Impfungen
  - Kontakt zu Einrichtungen suchtspezifischer, sozialer und medizinischer Hilfen.
- Ergänzend hierzu wird der vollständige **Berliner Kerndatensatz** von all jenen Personen erfasst, die neben dem Konsumraumangebot Beratungsleistungen im Umfang von insgesamt mehr als 60 Minuten in Anspruch nehmen.

Dokumentiert werden sollten jedoch nicht nur klientenbezogene Daten, sondern auch verlaufs- und leistungsbezogene Dimensionen. Um neben Klientendaten also zum einen entsprechend der Richtlinie vor jeder Konsumraumnutzung bestimmte Aspekte abzufragen und zum anderen auch abbildbar zu machen, welche Klienten welche Leistungen in Anspruch nehmen und wie Ergebnisse und Leistungen miteinander verknüpft sind, wurde das Instrumentarium erweitert: In Abstimmung mit den Betreibern wurde das für alle Konsumräume einheitliche Erhebungsinstrument um einen Verlaufsbogen und einen Bogen zur Erfassung der klientenbezogenen Leistungen ergänzt. Diese Instrumente bauen auf der Dokumentation der personenbezogenen Basisdaten auf:

- Mit der „*klientenbezogenen Verlaufsdocumentation*“ wird entsprechend der Richtlinie vor jedem Konsumraumbesuch klientenbezogen (Name oder HIV-Code) erneut gefragt:
  - ob der Klient substituiert wird
  - welche Droge er aktuell konsumieren will und wie
  - welche Drogen er zuletzt (und wann genau?) konsumiert hat
  - nach dem Konsumvorgang notieren die Beschäftigten, ob es zu einem Drogennotfall kam und wenn ja, um welche Art von Notfall.
- Der dritte Bogen dient der „*klientenbezogenen Tätigkeitsdocumentation*“. Hier wird je Leistung für den Klienten erfasst:
  - wann (Datum) welcher Mitarbeiter (Name oder Beruf), in welcher Art (persönlich, telefonisch, schriftlich) und wo (codiert: im Konsumraum, im Beratungsbereich, beim Klienten zu Hause oder in sechs weiteren Möglichkeiten)
  - wer beteiligt war (Klient, Angehörige sowie weitere Beteiligte: hierzu Codeliste mit 22 Möglichkeiten)
  - welche Form die Hilfe hatte (codiert: Information, Anamnese, soziale Bera-

- tung, medizinische Beratung und zwölf weitere Möglichkeiten)
- welches Thema die Leistung beinhaltete (hierfür wurden 43 verschiedene Leistungsinhalte - von Abszessbehandlung bis Wohnsituation - definiert und maximal drei codiert notiert)
  - die Dokumentation endet mit der Erfassung der Dauer der Tätigkeit und ggf. dem Fahraufwand.

Das Instrument kombiniert die Erfassung standardisierter Informationen mit der Möglichkeit, in Freitext die üblichen Aktennotizen festzuhalten. Mit dem Bogen sollen alle sozialen oder medizinischen Leistungen für einen Klienten ab einer Dauer von zehn Minuten erfasst werden, die über die Bereitstellung des Konsumraums und hygienischer Spritzutensilien hinausgingen.

Die Träger setzten das dreiteilige Instrumentarium in eine Excel-Datei um, die seit Juli 2004 in allen Konsumräumen eingesetzt wird.

Im Rahmen der Evaluation wurden die Datensätze von Juli bis Dezember 2004 analysiert und aufbereitet und - wo möglich - im Vergleich mit der einrichtungsübergreifenden Klientendokumentation der Berliner Sucht- und Beratungsstellen dargestellt. Hierdurch konnte überprüft werden, ob und inwiefern mit dem Angebot der Drogenkonsumräume eine andere Population Drogenabhängiger angesprochen wird als mit dem traditionellen Angebotsspektrum Berliner Drogenberatungsstellen.

Um zudem objektiv zu überprüfen, ob Klienten der Konsumräume auch andere Berliner Drogenhilfeeinrichtungen nutzen, wurde eine vergleichende Datenanalyse durchgeführt. Dabei wurden die HIV-Codes der Klienten in den Konsumräumen mit jenen in den Beratungsstellen verglichen. Dabei konnte geprüft werden, ob Klienten der Konsumräume auch andere Einrichtungen nutzen und wenn ja, welche sowie, ob sich dabei bestimmte Klientengruppen identifizieren oder typische Nutzungsprofile, z.B. eine regional bezogene Inanspruchnahme, zeigen.

Allerdings muss hierbei darauf hingewiesen werden, dass die Aussagekraft der Analyse noch begrenzt sein muss: Zum einen ist der Abgleich nur für das Jahr 2004 und damit das *erste* Jahr der Konsumraumarbeit möglich, da die Daten der Beratungsstellen für (Anfang) 2005 bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht vorlagen.<sup>4</sup> Zum anderen können andere relevante Institutionen wie z.B. PSB und Entgiftungseinrichtungen hier nicht einbezogen werden, weil sie (noch) nicht in einheitlicher Weise Klientendaten dokumentieren und die Daten deshalb nicht verglichen werden können. Hierfür stehen lediglich die Angaben der evaluierten Einrichtungen zur Verfügung.

### 2.3 Befragung von Nutzern und Nicht-Nutzern der Konsumraumangebote

Sollen die Akzeptanz und die Wirkung gesundheitspräventiver oder sozialpädagogischer Maßnahmen eingeschätzt werden, so ist eine direkte Befragung der Zielgruppe unerlässlich. Die wissenschaftliche Begleitung hat deshalb von September bis Dezember 2004 eine Nutzerbefragung durchgeführt. Dabei wurden - z.T. ergänzend zu den im Rahmen der Klientendokumentation erfassten Kerndaten - folgende Daten von den Nutzern erhoben:

- soziodemographische und anamnestische Daten

---

<sup>4</sup> Vgl. hierzu auch Text und Fußnoten S. 48.

- Daten zum Drogenkonsumverhalten (Konsumfrequenz, Spritzentausch etc.)
- Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme von suchtspezifischen, sozialen und medizinischen Hilfen
- Nutzung der Konsumraumangebote
- Bedeutung und Bewertung der einzelnen Angebote der Konsumräume.

Im Hinblick auf die Frage nach der Akzeptanz und der Wirkung der Angebote galt es insbesondere zu überprüfen, in welcher Weise das Konzept der Gesundheitsprävention (medizinpädagogische Aufklärung, Unterstützung bei und Vermeidung von Infektionen etc.) und der motivierenden Beratung (Kontaktaufnahme zu anderen medizinischen oder sozialen Diensten, Vermittlung in die Drogenberatung etc.) aus der Nutzerperspektive realisiert werden konnte.

Über die Einschätzungen der Nutzer hinaus waren auch jene von Drogenabhängigen interessant, die - durchaus zur Zielgruppe gehörend - die Angebote *nicht* nutzen. Deshalb wurde gleichzeitig mit der Befragung der Nutzer auch eine Nicht-Nutzerbefragung („Szenebefragung“) durchgeführt, in der vergleichbare Daten zu den Drogenabhängigen erhoben wurden. Statt die Zufriedenheit mit dem neuen Angebot zu erfassen, galten hier jedoch weitere Fragen der Kenntnis der Angebote und der Gründe, warum sie diese nicht nutzten.

Beide Befragungen wurden im Rahmen anonymer fragebogengestützter Interviews außerhalb der Konsumräume i.e.S. durchgeführt, z.T. jedoch innerhalb der Komplexeinrichtung, z.B. im Cafébereich sowie an einschlägigen Szeneplätzen (Kottbusser Tor) bzw. in niedrigschwelligen Einrichtungen (Frauenprojekt Olga und Krisenwohnung des Drogennotdienstes). Mit dieser Rekrutierungsstrategie konnten im Befragungszeitraum insgesamt 79 Nutzer und 57 Nicht-Nutzer erreicht und in die Studie einbezogen werden.

## 2.4 Befragung von Kooperationspartnern

Die Berliner Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen verlangt eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Gesundheitsamt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft (§ 9). Ähnliche Vorgaben enthalten auch die Rechtsverordnungen der Bundesländer Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland. Und tatsächlich sind suchtbegleitende Maßnahmen wie Drogenkonsumraumangebote auf der Gemeindeebene in unterschiedliche soziale und administrative Systeme eingebunden. Die Behörden in Berlin kontaktierten im Zuge der Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarung jeweils Fachkollegen aus anderen Bundesländern und nutzten dortige Erfahrungen und Vorbilder.

Die mit dieser Vorbereitung in Berlin erarbeitete Vereinbarung regelt die Formen der Zusammenarbeit und der Information und benennt die Aufgaben der Kooperationspartner. Am ausführlichsten werden die Aufgaben der Träger der Konsumräume beschrieben, darunter eine umfangreiche Berichterstattung, die Sorge im Umfeld der Einrichtungen, Kontakte zur Nachbarschaft sowie eine gegenüber der Verordnung verschärfte Form der Anzeigepflicht im Falle strafbarer Handlungen in den Einrichtungen. Der Bezirk verpflichtet sich zu seuchenhygienischen Maßnahmen im Umfeld der Einrichtungen, während der Polizei keine besonderen Aufgaben zugewiesen sind. Alle Be-

teiligten sollen Ansprechpartner benennen, die für aktuelle Informationen, Absprachen und Beschwerden zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der hier vorliegenden Evaluation konnte keine umfassende empirische Überprüfung der Auswirkungen des Drogenkonsumraumbangebots auf der Gemeindeebene geleistet werden. Gleichwohl erschien eine Betrachtung der in dieser Form in Berlin erstmals eingeführten Kooperation und der realisierten Vernetzung wichtig, insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Konsumraumbangebots, hierbei wurde auch die schriftliche Vereinbarung zur Kooperation und ihre Genese berücksichtigt.

Und zum anderen wurden *Gespräche in den drei beteiligten Behörden* geführt, insbesondere mit der die Arbeit finanzierenden und überwachenden Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, dem Polizeipräsidium sowie mit der Staatsanwaltschaft Berlin. Die Gespräche fokussierten auf Einschätzungen zum Bedarf des neuen Angebots und auf die Auswirkungen der Konsumraumarbeit, auf die Erfahrungen mit der Kooperation und die Praktikabilität der Kooperationsvereinbarung sowie auf Anregungen für die weitere Entwicklung der Konsumraumarbeit in Berlin.

Im dritten Schritt der Untersuchung der Kooperation wurden insgesamt *zwölf leitfadengestützte qualitative Interviews* durchgeführt, jeweils mit Schlüsselpersonen der regionalen Suchthilfe, der bezirklichen Behörden und der Polizei vor Ort. Die Interviews galten Fragen nach der Vernetzung und der Akzeptanz der je spezifischen Angebote und gingen strukturiert Fragen nach Art und Umfang der Kooperation, Rolle und Umsetzbarkeit/Praktikabilität der Kooperationsvereinbarung sowie entsprechender Bewertungen bzw. Verbesserungsvorschläge nach.

Schließlich nahm die wissenschaftliche Begleitung regelmäßig an den *Informationsrunden* der Kooperationspartner teil, zu denen die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz alle drei Monate einlud.

## 2.5 Befragung der Berliner Drogenhilfe

Betrachtet man die konkrete Versorgung der Klientel, insbesondere hinsichtlich der konzeptionell angestrebten Vermittlung vom Konsumraum in weiterführende Hilfen, wird deutlich, dass die Berliner Drogenhilfe als Gesamtsystem ebenfalls relevante Kooperationspartner stellt. Um Aussagen zur Vernetzung der Drogenkonsumräume zu treffen, ist eine Untersuchung der Austauschbeziehungen, insbesondere der fallbezogenen, mit anderen Berliner Drogenhilfeeinrichtungen unerlässlich.

Insofern bestand eine Aufgabe der Evaluation darin, die Einschätzungen der Berliner Drogenhilfeexperten zu Auswirkungen der Drogenkonsumraumarbeit und ihrem Stellenwert im gesamten Hilfespektrum einzuholen (vgl. Drucksachen 15/292 und 15/3365 des Berliner Abgeordnetenhauses).

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurde im Februar 2005, nach einem Jahr Konsumraumarbeit, eine schriftliche Befragung von allen relevanten Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe durchgeführt. Befragt wurden insgesamt 54 Einrichtungen, darunter die niedrigschwelligen Projekte, alle Beratungsstellen, die drei relevanten Entgiftungsstationen, die ambulanten und stationären Entwöhnungseinrichtungen sowie Angebote der Psychosozialen Begleitung Substituierter.

Mit der Befragung wurde zunächst der Bekanntheitsgrad der Drogenkonsumräume erfasst, um dann Einschätzungen zur Bedeutung des Angebots und zur Vernetzung zu

erfragen. Das Interesse galt hier Art und Umfang der Zusammenarbeit, z.B. in Gremien, als auch der fallbezogenen Kooperation, Vermittlung etc. Ein Kernaspekt war, ob und wenn ja in welchem Umfang fallbezogen zusammengearbeitet wird, ob es Kontakte, Vermittlungen oder Kooperationen gibt.

## 2.6 Befragung von Anwohnern

Folgt man den „Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Drogenkonsumräumen“ (Stöver, 2000), so wird für die Umsetzung derartiger Angebote eine „sozialverträgliche Ausrichtung“ empfohlen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit das spezifische Angebot für Drogenabhängige bei Anwohnern im sozialen Nahfeld der Einrichtungen akzeptiert wird. Diese Frage war Gegenstand einer weiteren Untersuchung, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Arbeit der Konsumräume in Berlin durchgeführt wurde. Mit Hilfe eines hierfür entwickelten Erhebungsinstruments wurde eine repräsentative Auswahl von 109 Personen befragt, die im unmittelbaren Umfeld der beiden fest installierten Konsumraumangebote SKA und Birkenstube in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte wohnen. Erfasst wurden dabei folgende Merkmale:

- Informiertheit
- Mediennutzung und politische Einstellung
- Einschätzung der sozialen Belastung des Wohnumfelds durch Drogenabhängige
- Akzeptanz des Konsumraumangebots
- soziodemographische Daten.

Die Anwohnerbefragung wurde als persönliche standardisierte Befragung im Zeitraum zwischen dem 2. Mai und dem 21. Juli 2004 durchgeführt. Um zu untersuchen, ob und ggf. wie sich die Akzeptanz der Konsumraumangebote unter den Anwohnern seit der Etablierung der Angebote verändert hat, wurde die Befragung der Anwohner als Panel angelegt: Im Januar 2005 wurden die gleichen Personen erneut befragt.

## 2.7 Projektbegleitung

FOGS und delphi verstehen eine Evaluation wie die hier berichtete als praxisorientierte Forschung und messen deshalb dem Einbezug der beteiligten Träger und Mitarbeiter in den Prozess der wissenschaftlichen Begleitung eine hohe Bedeutung zu. Zudem umfasste der Auftrag auch die Projektberatung.

Deshalb wurde zu Beginn der Begleitforschung eine projektbegleitende Arbeitsgruppe (PAG) eingerichtet, durch die Transparenz und Akzeptanz zur Evaluation hergestellt sowie das Wissen und die Praxiserfahrungen der Mitglieder genutzt werden konnten. An der PAG nahmen teil:

- Jan Czyborra, Birkenstube, BOA e.V.
- Kerstin Dettmer, Fixpunkt e.V.
- Ulla Schade, SKA - Odak e.V.
- Martina Schu, FOGS GmbH



- Dr. H. Peter Tossmann, delphi Gesellschaft mbH.

Je nach Themenstellung kamen zudem die Geschäftsführer der Träger bzw. weitere Projektmitarbeiter hinzu.

Die Arbeit in der PAG schaffte die Grundlage für die notwendige vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den zu evaluierenden Einrichtungen und ergänzte die quantitativen Erhebungen um qualitative Beobachtungen und Einschätzungen aus Sicht der Praxis. Zudem konnten in diesem Rahmen Ergebnisse und Erfahrungen der Arbeit gebündelt, projektspezifische (Umsetzungs-)Probleme erörtert und (Teil-)Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeitnah an die Einrichtungen rückgekoppelt werden. Schließlich wurden die Gespräche dazu genutzt, Forschungsergebnisse in die Diskussion einzubringen.

Die PAG hat sich zwischen Februar 2004 und Mai 2005 zu insgesamt sechs Sitzungen getroffen, wobei vor allem folgende Themen erörtert wurden:

- Arbeits- und Zeitplanung sowie Abstimmung der Arbeitsschritte
- Erarbeitung geeigneter Dokumentationsinstrumente für die Arbeit
- Abstimmung der Evaluations-Fragebogen
- Darstellung und Diskussion von (Zwischen-)Ergebnissen
- Absprachen zu zusätzlichen Befragungen bzw. Expertengesprächen
- Abschlussbericht.

Der Austausch in der PAG wurde ergänzt durch eine regelmäßige Teilnahme der wissenschaftlichen Begleitung an den Informationsrunden der Kooperationspartner, die alle drei Monate auf Einladung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz stattfanden.

### 3 Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Drogenkonsumräume

Bevor die Drogenkonsumräume in Berlin eröffnet werden konnten, waren auf behördlicher Ebene umfangreiche Vorarbeiten notwendig, die zunächst vor allem auf die Erarbeitung und parlamentarische Abstimmung einer Rechtsverordnung fokussierten. Die Arbeiten wurden schwerpunktmäßig in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz koordiniert und erforderten die Organisation von Abstimmungsprozessen über mehrere Verwaltungen hinweg: Senat für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz sowie die Senate für Justiz; Inneres; Bildung, Jugend und Sport sowie Wirtschaft, Arbeit und Frauen.

Des Weiteren waren Gespräche über Standortfragen, konzeptionelle und finanzielle Aspekte mit den Bezirken notwendig. Dies geschah z.T. im Rahmen so genannter „Runder Tische“ in allen beteiligten Bezirken. Für die Bezirke war es essentiell, dass gleichzeitig mehrere Konsumräume in verschiedenen Bezirken eröffnet werden (s.o.). Man befürchtete ansonsten eine Sogwirkung und damit eine unzumutbare Belastung des eigenen Bezirks.

Schließlich dienten Aktivitäten der Bereitstellung entsprechender Mittel für die Konsumraumarbeit sowie für die Evaluation der Modellphase durch den Hauptausschuss. Vorgaben waren dabei, dass die Konsumräume als Teil der Drogenhilfe in Berlin zu

konzipieren sind, dass jedoch der bestehende Drogenhilfe-Etat hierfür nicht gekürzt, sondern zusätzliche Mittel bereitgestellt werden müssen.

Trotz der sehr angespannten Haushaltssituation wurden zusätzliche Mittel für die Drogenhilfe freigegeben. Andererseits müssen die eingesetzten Mittel mit ursprünglich rd. 170.000 Euro pro Jahr trotz der mittlerweile erfolgten (deutlichen) Aufstockung als sehr begrenzt bewertet werden. Dies gilt umso mehr, da die Konsumraumangebote an mehreren Standorten realisiert werden und die Betreiber hohe Auflagen an technischer und personeller Ausstattung beachten müssen. Gleichwohl entschieden Senatsverwaltung und Träger in Berlin sich gemeinsam dafür, mit den begrenzten Mitteln Konsumraumarbeit zunächst modellhaft zu erproben. Dabei sollte geprüft werden, ob der Ansatz sich bewährt. Doch standen ggf. gehegte Erwartungen, bspw. hinsichtlich eines Effekts auf die Zahl der Drogentodesfälle, nun unter dem Vorbehalt der finanziell bedingten Begrenzung (z.B. bzgl. der Öffnungszeiten).

Parallel schrieb die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz die Evaluation der auf das Jahr 2004 terminierten Modellphase aus. Im April 2004 wurden die hier berichtenden Institute delphi und FOGS mit der Evaluation beauftragt, deren Aufgaben im Verlauf mehrfach angepasst wurden, zuletzt im Dezember 2004 aufgrund eines Berichtsauftrags des Abgeordnetenhauses vom November 2004 (vgl. Abgeordnetenhaus von Berlin, Drucksachen 15/292 und 15/3365).

### 3.1 Rechtsverordnung

Die am 10. Dezember 2002 in Kraft getretene „Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ trifft räumliche, personelle und fachliche Vorgaben für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin und bildet die Grundlage zur Erlaubniserteilung. Die Rechtsverordnung macht deutlich, dass Drogenkonsumraumarbeit in Berlin nicht als ordnungspolitisches oder ausschließlich schadensminderndes Angebot, sondern vielmehr als integraler Bestandteil von Drogenhilfe verstanden wird, für das die Erreichung und Motivation von Klienten zur Veränderung vorrangige Ziele darstellen.

Im Einzelnen regelt die Verordnung - vergleichbar mit den Rechtsverordnungen anderer Bundesländer - u.a. folgende Aspekte:

- Der Betriebszweck des Drogenkonsumraums muss auf Überlebenshilfe und Ausstiegsorientierung ausgerichtet sein sowie die Belastungen für die Öffentlichkeit reduzieren (§ 2).
- Drogenkonsumräume sind von anderen Angeboten der Drogenhilfe räumlich abzugrenzen und die hygienischen Voraussetzungen für die Drogenapplikation zu erfüllen. Zudem muss der Konsumraum für das Personal gut einsehbar sein. Die medizinische Notfallversorgung muss jederzeit möglich sein, insofern müssen die Rettungsdienste über einen ungehinderten Zugang zur Einrichtung verfügen (§ 3).
- Das Personal muss in der Notfallversorgung geschult sein, eine entsprechende technische Ausstattung ist vorzuhalten und zudem muss die medizinische Notfallversorgung durch einen Notfallplan geregelt werden (§ 4).
- In den Drogenkonsumräumen müssen medizinische Beratung und Hilfe vorgehalten werden. Neben einer suchtspezifischen Erstberatung müssen auch weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufge-

zeigt und ggf. vermittelt werden, für beide Aspekte ist Fachpersonal vorzuhalten (§§ 5 und 6).

- Für den Betrieb eines Konsumraums ist eine Hausordnung zu erlassen, die die geduldeten Drogen und Konsumarten sowie das übrige Verhalten bindend regelt (§ 7).
- Straftaten nach BtMG dürfen - abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch - weder in der Einrichtung noch im Umfeld geduldet werden. Zur Verhinderung von Straftaten sind die Träger der Drogenkonsumräume verpflichtet, regelmäßigen Kontakt zu den zuständigen Behörden zu halten. Die Grundzüge der Zusammenarbeit sind schriftlich in einer Vereinbarung festzulegen, die der Überwachungsbehörde vorzulegen ist (§ 9).
- Der Kreis der Nutzer wird in der Verordnung im Prinzip auf volljährige Personen beschränkt. Jedoch können Minderjährige über 16 Jahre ausnahmsweise unter genau festgelegten Voraussetzungen zugelassen werden. Die Nutzer müssen die notwendige Einsichtsfähigkeit in ihr Handeln besitzen und aufgrund bestehender Betäubungsmittelabhängigkeit einen Konsumentenschluss gefasst haben. Offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten sind dementsprechend von der Inanspruchnahme des Konsumraums auszuschließen. Aufgrund der primären Ausstiegsorientierung sind zudem Opiatabhängige, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, von der Nutzung ausgeschlossen (§ 10).
- Die Nutzung und der Betrieb des Drogenkonsumraums müssen dokumentiert und evaluiert werden. Hierbei sind unter Beachtung des Datenschutzes u.a. folgende Aspekte zu berücksichtigen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Konsumverhalten, Drogenpräferenz, Nutzungszahl, Nutzungsfrequenz, Gesundheitsschäden, AIDS, Hepatitis, Notfallsituationen, Wundversorgungen, Ausstiegsvermittlungen und Sicherheitsproblematik. Die Träger haben hierzu Tages- und Monatsprotokolle zu erstellen (§ 11).
- Die Träger von Drogenkonsumräumen sind verpflichtet, eine sachkundige Person zu benennen, die für die Einhaltung der Anforderungen an die Räume verantwortlich ist (§ 13).

Anknüpfend an die Berliner Verordnung legten Mitte Dezember 2002 mehrere Träger ein gemeinsames „Gesamtkonzept - Projekt Drogenkonsumräume für Drogenabhängige in Berlin“ vor, das differenziert auf Ziele, Betrieb (Setting, Angebote, Zugangskriterien, Öffnungszeiten, Räume und Ausstattung, Personal, Arbeitssicherheit, Kooperation, Dokumentation/Qualitätssicherung, Verantwortlichkeit/Träger), mögliche Standorte und Finanzierung der Drogenkonsumräume einging (vgl. hierzu im Einzelnen das „Gesamtkonzept - Projekt Drogenkonsumräume für Drogenabhängige in Berlin“ vom 14. Dezember 2002). In der weiteren Entwicklung kam es jedoch zu Veränderungen bei den beteiligten Trägern und der Art der Kooperation. So entschied Odak sich gegen eine Realisierung des Konsumraums als Kooperationsprojekt zusammen mit Fixpunkt (wie in der Birkenstube) und setzte nun auf eine eigenständige Umsetzung mit direkt beim Träger angestelltem Pflegepersonal.

### 3.2 Erlaubnis

Basierend auf der Rechtsverordnung vom Dezember 2002 und dem § 10 BtMG in der geänderten Fassung vom 26. Juni 2002 sowie dem eingereichten Konzept erteilte die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz am 3. November 2003 die erste Erlaubnis zum Betrieb eines Konsumraumangebots in Berlin an den Träger Fixpunkt e.V. Das mobile Angebot nahm zwei Tage später, nur Stunden nach der ebenfalls erforderlichen Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung (s.u.), die Arbeit auf.

Die Erlaubnis verweist ausdrücklich auf die Einhaltung der gesetzlich fixierten Mindeststandards (s.o.) und legt weitere Auflagen fest, wonach:

- ausschließlich der Konsum von Heroin, Kokain, Amphetaminen und deren Derivaten erlaubt werden darf
- sämtliche Änderungen unverzüglich anzuzeigen sind
- die Fachkenntnisse des Personals regelmäßig nachzuweisen sind
- die Anforderungen an die Dokumentation (nach § 11 der Verordnung) konkretisiert werden und
- der Träger sich zur Kooperation mit der wissenschaftlichen Begleitung verpflichtet.

Die übrigen Konsumraumbetreiber erhielten gleichlautende Erlaubnisbescheide.

### 3.3 Kooperationsvereinbarung

Die Rechtsverordnung sieht - wie skizziert - in § 9 zudem vor, dass die Träger eng und kontinuierlich mit den zuständigen Bezirksämtern, der Polizei und der Staatsanwaltschaft zusammenarbeiten und hierzu eine schriftliche Vereinbarung treffen. Die Vertragsdiskussion in Berlin lehnte sich zunächst an die in Essen erarbeitete Vereinbarung an. Die schwierigen rechtlichen Fragen, die bei der Kooperationsvereinbarung zu lösen waren, erforderten eine Zuständigkeit auf höchster Ebene von Polizei und Staatsanwaltschaft. Bspw. steht die Polizei einerseits unter Handlungszwang, wenn Straftatbestände, wie z.B. Drogenbesitz vermutet werden. Andererseits versteht auch sie Drogenkonsumräume primär als gesundheitspolitische Maßnahme und Hilfeangebot für kranke Bürger und demnach zieht der Besuch eines Drogenkonsumraums allein keine polizeilichen Maßnahmen nach sich. Über diese Problematik hinaus bestanden große Befürchtungen, dass es zu Szeneansammlungen und Drogenhandel im Umfeld der Drogenkonsumräume kommt.

Der Abstimmungsprozess zog sich über ein Jahr hin und zeigte erhebliche Diskrepanzen zwischen den verschiedenen beteiligten Behörden und im Verhältnis zu den Bezirken und zu den Trägern auf. U.a. wurden die (weitgehende) Begrenzung des Nutzerkreises auf Berliner Bürger und die gesteigerte Anzeigepflicht für die Konsumraumbetreiber intensiv und z.T. kontrovers diskutiert. Dabei kritisierten insbesondere die Bezirke und die Träger unklare Begrifflichkeiten und einen Teil der ihnen zugewiesenen Aufgaben. Schließlich stimmten die Parteien unmittelbar vor Eröffnung des ersten (mobilen) Konsumraumangebots am 5. November 2004 der Vereinbarung zu, um die Arbeitsaufnahme nicht (weiter) zu verzögern oder sogar das gesamte Projekt scheitern zu lassen. Die Kooperationsvereinbarung wurde (ein) Gegenstand der Evaluation und soll ggf. entsprechend der Ergebnisse modifiziert werden.

Die Träger verpflichten sich in der Vereinbarung zu einer umfangreichen Berichterstattung (Abs. 5.1 und 5.2), zur Gewährleistung von Sauberkeit im Umfeld der Einrichtungen (Abs. 6.1.2) und der Verhinderung von Szeneansammlungen (Abs. 6.1.3), zu Kontakten zur Nachbarschaft (Abs. 6.1.4), zu einer verschärften Form der Anzeigepflicht

im Falle strafbarer Handlungen in den Einrichtungen (Abs. 6.1.5) sowie zu einer Abstimmung der Öffnungszeiten (Abs. 6.1.6). Die Bezirke müssen seuchenhygienische Maßnahmen im Umfeld der Einrichtungen durchführen (Abs. 6.2) und die Grünflächenämter hier schwerpunktmäßig tätig werden (Abs. 6.3), während der Polizei keine besonderen Aufgaben zugewiesen sind (Abs. 6.4). Alle Beteiligten sollen Ansprechpartner benennen, die für aktuelle Informationen, Absprachen und Beschwerden zur Verfügung stehen (Abs. 5.4).

Für den Austausch der Kooperationspartner wurde ein Gremium geschaffen: In der so genannten Informationsrunde treffen sich regelmäßig, etwa alle drei Monate, die Vertreter der beteiligten Landesbehörden (Senatsverwaltungen Gesundheit, Justiz und Inneres), der Staatsanwaltschaft, des Polizeipräsidiums/Landeskriminalamtes, der vier Bezirksämter, der betroffenen Polizeiabschnitte sowie die Träger und die Mitarbeiter der Einrichtungen. Hinzu kommt die wissenschaftliche Begleitung. Die Informationsrunde tagte bisher im Februar, Mai, August und Dezember 2004 sowie im März 2005. In den Sitzungen berichteten die Träger von Inanspruchnahme und Leistungen der Einrichtungen. Polizei und Bezirke gaben Auskunft zu Entwicklungen im Umfeld der Einrichtungen, Reaktionen aus der Nachbarschaft und (bisher ausgebliebenen) strafrechtlichen Verfahren in Zusammenhang mit den Einrichtungen bzw. ihren Klienten. Hier wurden zudem die Kooperation mit Anwohnern besprochen und das Informationskonzept (Flyer, Infoblätter etc.) abgestimmt. Mit Hilfe der Staatsanwaltschaft wurde abgeklärt, wie mit dem Wunsch einiger Klienten der Konsumräume umzugehen sei, Drogen zu teilen. Auch die Vorgehensweise und der Zeitplan der Evaluation wurden hier vorgestellt, und das Treffen im Dezember galt der Präsentation und Diskussion erster Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung.

Die Informationsrunde ist in ihrer Zusammensetzung einzigartig in Berlin und auch seit vielen Jahren das erste Gremium, in dem Vertreter von Drogenhilfe und Staatsanwaltschaft zusammenarbeiten. Die meist von mindestens 20 Personen besuchten Treffen dauern i.d.R. weniger als eine Stunde, was auch darin begründet liegt, dass - bisher - (größere) Probleme ausblieben, die ausführlicher zu besprechen gewesen wären. Perspektivisch könnte deshalb über eine Verringerung der Sitzungsfrequenz nachgedacht werden. Die Zusammenarbeit - in der Runde und darüber hinaus - war zunächst durchaus von Abgrenzung und Skepsis geprägt, Informationen fanden nicht immer den direkten Weg und es waren einige wenige Konflikte auszutragen (insbesondere bzgl. der Situation am Kottbusser Tor). Doch entwickelte sich im Verlauf ein zunehmend guter Austausch, sodass die Kooperation in der Informationsrunde von allen Partnern überwiegend positiv erlebt und bewertet wird: Die Treffen ermöglichten Einblicke in die Arbeitszusammenhänge und Blickwinkel der jeweilig Anderen und versachlichten die Diskussion.

Zur standortbezogenen Kooperation in den Bezirken s. Kap. 4.6.

#### **4 Zur Strukturqualität der Drogenkonsumräume**

Am 5. November 2003 begann zunächst der regelmäßige Einsatz des Drogenkonsummobils in den zwei besonders durch Drogenkonsumenten belasteten Gebieten am Bahnhof Zoo (Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf) und am Magdeburger Platz/Frobensstraße (Bezirk Schöneberg-Tempelhof) durch den Träger Fixpunkt e.V. Wenige Monate später eröffneten im Februar 2004 die Drogenkonsumräume in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg (SKA, Träger Odak e.V.) und Mitte (Birkenstube, Kooperationsprojekt von Fixpunkt e.V. und BOA e.V.).

Im Folgenden sollen die strukturellen Rahmenbedingungen der Berliner Drogenkonsumangebote näher beschrieben werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Angebote trotz konzeptioneller Vergleichbarkeit hinsichtlich ihrer Lage, Ausstattung, Betriebsgröße, organisatorischen Bedingungen und Einbindung z.T. sehr unterschiedlich sind. Die Darstellung erfolgt im Wesentlichen themenbezogen über alle Angebote hinweg, geht aber dort, wo es sinnvoll erscheint, ausführlich auf einrichtungsspezifische Unterschiede ein.

#### 4.1 Ziele und Zielgruppe

Alle Konsumraumangebote verfügen über eine ausführliche Konzeption, die die Ziele der Arbeit, die Zielgruppe und das Aufgabenspektrum entlang der Vorgaben der Rechtsverordnung beschreiben. Demnach werden mit den Konsumangeboten die folgenden gesundheitspräventiven, sozialpolitischen sowie drogentherapeutischen Zielsetzungen verfolgt:

- Kontaktaufnahme und -pflege zu schwer erreichbaren Drogenkonsumenten
- hygienische Applikation von mitgebrachten Drogen unter medizinischer Aufsicht
- Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen
- Verhinderung von Überdosierungen bzw. deren Folgen
- Verbesserung des Kenntnisstandes zu Risiken des Drogengebrauchs
- Erhöhung der Motivation der Klienten zur Veränderung ihrer Lebenssituation und zur Nutzung weiterführender Drogenhilfeangebote
- Verbesserung der Lebenssituation
- Reduzierung der Belastungen der Öffentlichkeit.

Alle Konsumräume verstehen sich als *Teil eines komplexen Drogenhilfeangebots* und streben die direkte Verschränkung der Konsumraumarbeit mit (weiteren) niedrigschwelligen und Beratungs-Angeboten bzw. einem einfachen Zugang zu weiterführender Beratung an (Vernetzung). Auch das Drogenkonsummobil, das in einem umgebauten 8-m<sup>2</sup>-Bus zwar ausschließlich das Konsumraumangebot vorhält, hat seine Standzeiten mit anderen mobilen Angeboten des Trägers parallelisiert, sodass den Klienten zugleich mit dem Konsummobil auch weitere Hilfen wie Kontakt, niedrigschwellige Hilfen (Spritzentausch, Getränke, Essen etc.), Beratung, Vermittlung und basis(zahn-)medizinische Hilfe angeboten werden können. Das Konsummobil fährt zwei Standorte an, davon dient einer insbesondere der Erreichung von Frauen.

Alle Betreiber und die Mehrzahl der Verantwortlichen in den Bezirken und bei der Polizei erachten die *dezentrale Einrichtung* mehrerer Konsumraumangebote als notwendig. Zudem soll die Modellphase genutzt werden, an den Standorten *unterschiedliche Umsetzungsvarianten* zu erproben: Die Birkenstube stellt den mit neun Konsumplätzen (drei Rauch- und sechs Injektionsplätze) und insgesamt 170 m<sup>2</sup> größten Berliner Konsumraum. Sie ist eine neu geschaffene Komplexeinrichtung an einem neuen Standort, die neben den zwei Konsumräumen auch niedrigschwellige Hilfen (Kontaktbereich, Getränke, Essen, Wäsche waschen, Körperhygiene), medizinische Versorgung sowie Drogenberatung und Vermittlung vorhält. Die Birkenstube liegt zentral, aber nicht in der Nähe eines Szeneplatzes. Der kleine Konsumraum mit drei Plätzen der SKA befindet sich demgegenüber in einem seit Jahren arbeitenden Kontaktladen mit

dem üblichen niedrigschweligen Angebotsspektrum in unmittelbarer Nähe zum Kottbusser Tor und der dortigen Drogenszene.

### *Zielgruppe*

Ebenfalls entsprechend der Rechtsverordnung richten die Angebote sich an Konsumenten von Opiaten, Kokain und Amphetaminen, die drogenabhängig sind bzw. ein riskantes Konsumverhalten zeigen.

Zugang zum Konsumraum haben nur Menschen, die einen gefestigten Konsumentenschluss haben und darlegen können. Ausgeschlossen von der Benutzung des Konsumraums sind gemäß der Rechtsverordnung:

- Jugendliche unter 16 Jahren
- offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten
- alkoholisierte oder durch andere Suchtmittel in ihrem Verhalten beeinträchtigte Personen
- Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden
- Personen, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch den Konsum erfolgenden Gesundheitsschäden fehlt
- Personen, die sich nicht ausweisen können.

Jugendliche über 16 Jahren können im Einzelfall, nach Prüfung von Alternativen bzw. eines gefestigten Konsumentenschlusses zugelassen werden. Sofern die Erziehungsberechtigten keine Einwilligung erteilt haben, muss die Leitung mit dem zuständigen Jugendamt zusammenarbeiten.

Substituierte sind in Berlin - wie in den meisten Bundesländern außer in Hamburg - von der Konsumraumnutzung ausgeschlossen, zum einen, weil die Substitutionsbehandlung mit dem Anspruch verknüpft ist, Beikonsumfreiheit zu erreichen und weil zum anderen diese Gruppe nicht die Nutzung der Räume durch die eigentliche Zielgruppe - bisher kaum bis schlecht erreichte Opiathängige - blockieren soll.

Nicht zum Konsumraum zugelassene Konsumenten haben die Möglichkeit, die übrigen Angebote der Einrichtungen bzw. Busse in Anspruch zu nehmen.

## **4.2 Nutzungsvereinbarung und Hausordnung**

Alle Klienten werden beim ersten Besuch in einem Konsumraum über die Voraussetzungen der Nutzung sowie die Angebote und Anforderungen in der Einrichtung informiert, ihre Daten werden aufgenommen und sie unterschreiben eine Nutzungsvereinbarung. Die Mitarbeiter überprüfen dabei, ob die Zugangskriterien erfüllt sind (Akzeptanz der Regeln, Substitutionsstatus, Alter und ggf. Einverständnis der Erziehungsberechtigten bzw. Kontakt mit dem Jugendamt).

Mit Unterzeichnung des Vertrags zur Konsumraum-Nutzung verpflichten sich die Klienten zur Beachtung der Hausordnung und zur Einhaltung der in der Vereinbarung fixierten folgenden Regeln:

- Zugehörigkeit zur Zielgruppe, insbesondere bzgl. Alter und Substitutionsbehandlung
- Übernahme der Verantwortung für den eigenen Konsum
- Konsum ausschließlich im Konsumraum, nicht in anderen Räumen der Einrichtung
- Verbot des Konsums anderer psychotroper Substanzen (Alkohol, Cannabis) in der gesamten Einrichtung und Rauchverbot im Konsumraum
- Verbot von Drogenhandel bzw. -weitergabe sowie des Teilens von Drogen oder Konsum-Utensilien
- Verbot von Gewalt und Gewaltandrohung gegen Personen und Gegenstände und von Diebstahl und Hehlerei in der Einrichtung
- Information über die Möglichkeit des Erhalts von Informationen, Beratung und weiterführender Hilfen
- Zustimmung zur Dokumentation personen- und leistungsbezogener Daten sowie zu deren anonymisierter Auswertung
- automatisches Vertragsende bei Beginn einer Substitutionsbehandlung.

Die Hausordnungen, auf die die Nutzungsvereinbarungen Bezug nehmen, hängen - wie vorgeschrieben - in den Einrichtungen aus. Sie wiederholen z.T. in den Vereinbarungen genannte Regeln und konkretisieren des Weiteren, dass weder Personen oder Tiere noch Lebensmittel oder Getränke in den Konsumraum mitgenommen werden dürfen, dass dort nicht telefoniert werden darf und dass gegenseitige Hilfe beim Konsum untersagt ist. Sie regeln Injektionsbereiche und verweisen auf die Autorität des Personals sowie auf mögliche Sanktionen. In der Birkenstube sind neben Gewaltanwendung oder -androhung explizit auch rassistische oder sexistische Äußerungen verboten.

### 4.3 Angebote

Das zentrale Angebot der Drogenkonsumräume ist die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen mitgebrachte Opiate, Kokain oder Amphetamin bzw. deren Derivate zu *konsumieren*. Zugelassen sind die Injektion, die orale und die nasale Applikation. Als einzige Berliner Einrichtung verfügt die Birkenstube zusätzlich über einen eigens ausgestatteten Rauchraum mit drei Plätzen.

Der Konsum findet unter Sichtkontrolle des Personals statt. Die Einrichtungen stellen *sämtliche Utensilien* für den Konsum der Drogen. Dies zum einen, weil von den Klienten mitgebrachte Utensilien aus hygienischen Gründen nicht verwendet werden dürfen. Zum anderen versuchen die medizinisch-pflegerisch qualifizierten Mitarbeiter (s.u.) bei der Vergabe der Konsumutensilien, Kontakt zu den Konsumenten herzustellen und bemühen sich um den Aufbau tragfähiger Beziehungen.

In der *Vermittlung von gesundheitspräventiven Botschaften* liegt die zweite zentrale Aufgabe der Einrichtungen. Die Mitarbeiter versuchen, bei den Klienten ein Bewusstsein für möglichst saubere und risikoarme Konsumformen zu wecken und zu fördern. Sie erläutern Zusammenhänge von Konsumverhalten und Infektionskrankheiten und – wegen, beraten zu Safer Use (Infektionsschutz, schadensmindernde Verhaltensweisen



beim Drogenkonsum) und generell zu drogenassoziierten gesundheitlichen Problemen.

Im Verlauf der Projektarbeit zeigte sich ein zunehmender Bedarf an medizinischer Beratung und Behandlung. In der Birkenstube wurde deshalb im Oktober 2004 eine *basismedizinische Sprechstunde* eingerichtet: Die Ärztin und eine Pflegefachkraft von Fixpunkt bieten an einem Öffnungstag pro Woche medizinische Hilfe an, bis Dezember 2004 fanden 17 Sprechstunden statt (vgl. BOA, 2005).

In der Birkenstube werden seit 2005 vom Fixpunkt-Team, z.T. unter Hinzuziehung von Kollegen des Präventionsteams, mehrmals pro Monat gezielte Gruppenangebote und *Kurse für Klienten* zu gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt, darunter Hepatitis C-Schulungen, Safer Use- und Drogennotfall-Training, Naloxon-Anwendung sowie Zahnprophylaxe-Aktionen. Dabei wurden u.a. interaktive Vermittlungstechniken und praktische Übungen eingesetzt sowie (Informations-) Material ausgegeben.

In den Einrichtungen Birkenstube und SKA sind auch Sozialarbeiter anwesend, die *Drogenberatung* oder *weiterführende und ausstiegsorientierte Vermittlungen* durchführen können. Bei dem Konsummobil wird der direkte Zugang zu sozialarbeiterischer Kompetenz durch die Parallelisierung der Standzeiten mit anderen mobilen Angeboten des Trägers, insbesondere mit dem Präventionsmobil, sichergestellt.

Weitere Angebote der beiden „festen“ Einrichtungen liegen in ergänzenden *niedrigschwelligen Angeboten* zur Körperhygiene, zum Wäsche waschen und kleiner Kleiderkammern. Spritzentausch und Kondomvergabe sowie die Ausgabe von Getränken ergänzen das lebenspraktische Angebot. Die Birkenstube bietet darüber hinaus mit Unterstützung der Berliner Tafel und dem Projekt ABO (Arbeit, Bildung, Orientierung) des eigenen Trägers auch täglich günstige warme Mahlzeiten an.

Die Birkenstube setzt seit ihrer Eröffnung einen so genannten „Kiezläufer“ ein, der das Umfeld der Einrichtung im Rahmen von gemeinnütziger Arbeit (finanziert über das Bezirksamt Mitte) beobachtet. Hierbei sollen vor allem Belastungen der Anwohner durch herumliegenden konsumbezogenen Abfall, Ansammlungen von Drogenszenen, Händleraktivitäten usw. frühzeitig erkannt werden und ggf. - in Zusammenarbeit mit der Polizei und dem Bezirksamt - Maßnahmen ergriffen werden. Bisher konnten im Rahmen der täglichen Rundgänge weder Veränderungen noch ein Anstieg von drogenbezogenen Belastungen, z.B. durch gebrauchte Spritzen, wahrgenommen werden.

Wie schon dargestellt, wird auch das Angebot des Konsummobils durch die gleichzeitig arbeitenden anderen mobilen Angebote des Trägers ergänzt, wobei naturgemäß die Busse keine Angebote zum Wäsche waschen, Duschen oder einer Kleiderkammer machen können.<sup>5</sup> Wenn Klienten den Wunsch nach einer suchtspezifischen Beratung bzw. der Vermittlung in weiterführende Hilfen äußern, stellen die Mitarbeiter des Konsummobils Kontakt zu den Sozialarbeitern des Präventionsmobils her. Themenschwerpunkte der Sozialarbeiter sind neben Safer Use und Safer Sex alle drogen- und suchtspezifischen Fragestellungen (Entzug, Therapie) sowie der Zugang zu Drogenhilfe-Angeboten. Die Weitervermittlung erfolgt schwerpunktmäßig an Drogenberatungsstellen, zu PSB, zu Krisenübernachtungs-Einrichtungen und in den Entzug. Außerdem wird das Angebot in begrenztem Umfang um ebenfalls mobil vorgehaltene basismedizinische und basiszahnmedizinische Angebote erweitert.

Die Zielgruppe des Drogenkonsumraums wird im Rahmen zielgruppenspezifischer Ansprache (Streetwork, persönliche Kontaktgespräche, Mitteilungen von Mitarbeitern

---

<sup>5</sup> Ergänzend soll darauf hingewiesen werden, dass auch die Präventionsmobile des Trägers Fixpunkt über kleine Kleiderkammern verfügen.

anderer Einrichtungen) über das Angebot informiert. Seit Januar 2005 werden Informationskarten und Aufkleber eingesetzt, die mit den Kooperationspartnern abgestimmt wurden und über sämtliche Konsumraumangebote informieren. Eine Werbung zum Besuch des Drogenkonsumraums findet nicht statt.

Mit diesem Angebotspektrum realisieren die Berliner Konsumräume das in der Rechtsverordnung vorgesehene umfassende Aufgabenspektrum und ordnen das Konsumraumangebot in das Gesamtangebot der Berliner Drogenhilfe ein.

#### 4.4 Personal

Insgesamt werden in den Berliner Konsumräumen qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt, die überwiegend schon vor Eröffnung der Räume bei den jeweiligen Trägern gearbeitet und nun ihre Stellenanteile aufgestockt oder das Einsatzgebiet verändert haben. Im Einzelnen:

**Im Konsumraum SKA** arbeiten die vier Sozialarbeiter oder ähnlich qualifizierten Mitarbeiter, die auch im Kontaktladen tätig sind. Sie teilen sich den seitens der Senatsverwaltung finanzierten Stellenumfang von insgesamt zehn Wochenstunden. Anders als ursprünglich vorgesehen, werden während der Öffnungszeiten des Konsumraums immer zwei Sozialarbeiter eingesetzt. Hinzu kommt als dritte Kraft eine halbtags beschäftigte Krankenschwester mit Doppelqualifikation als Sozialarbeiterin. Sie wird bei urlaubs- und ggf. krankheitsbedingten Abwesenheiten durch eine ebenfalls als Krankenschwester und Sozialarbeiterin qualifizierte Honorarkraft vertreten (Umfang: zwei Stunden/Woche). Die Leitung von Kontaktladen und Konsumraum obliegt einer erfahrenen Sozialarbeiterin.

Drei Mitarbeiter sind suchtspezifisch und einer ist medizinisch-pflegerisch Zusatzqualifiziert, alle verfügen über Berufserfahrung in der Drogen- und Suchthilfe. Seit Eröffnung des Konsumraums wird stabil mit dem gleichen Personal gearbeitet.

**Die Birkenstube** verfügte seitens der Senatsverwaltung zunächst über Mittel für eine halbe Stelle Sozialarbeit für Leitung und Beratung, die im Jahr 2004 auf 28,88 Wochenstunden erweitert wurde sowie 25 Stunden für geringfügig Beschäftigte. Der Träger hat die Stelle Sozialarbeit mit einem berufserfahrenen Sozialarbeiter besetzt und setzt zudem wechselnde Mitarbeiter auf Fördermaßnahmen der Arbeitsagentur und kommunal geförderter Beschäftigung ein. Zusätzlich wurde die Arbeit im Jahr 2004 stundenweise durch drei ehrenamtliche Mitarbeiter und eine Praktikantin unterstützt.

Die Birkenstube wird in Kooperation mit Fixpunkt betrieben: BOA stellt die Räumlichkeiten und das Personal für den Betrieb aller Angebote der Einrichtung außer des Konsumraummoduls. Fixpunkt stellt das Konsumraum-Team, während der Konsumraum-Öffnungszeiten werden je zwei Fachkräfte aus dem Mobilix-Team eingesetzt. Das Fixpunkt-Team für den Konsumraumbetrieb sowohl in der Birkenstube als auch an den mobilen Standorten soll im Folgenden zusammengefasst beschrieben werden.

**Das Fixpunkt-Team** besteht aus einer Ärztin (mit Public Health-Studium), der Leitung, Koordination und Schulung der Mitarbeiter in den Konsumräumen obliegen (im Jahr

2004 mit einer Ausstattung von 7,7 Wochenstunden)<sup>6</sup>. Hinzu kommen zwei - berufserfahrene - Krankenpflegekräfte (zusammen 1,5 Stellen, ein Personalwechsel Mitte 2004) und 28 Stunden/Woche für geringfügig Beschäftigte, die im ersten Jahr der Erprobung durch insgesamt sieben Personen geleistet wurden (ein Arzt, zwei Rettungssanitäter/Feuerwehrmänner, zwei Krankenpflege-Kräfte und zwei Mitarbeiterinnen mit ähnlicher Qualifikation [praktische Erfahrung in der Konsumraum-Arbeit]).

In allen Einrichtungen liegen Stellenbeschreibungen vor, die die Aufgaben der Mitarbeiter konkret regeln, hierzu gehören wesentlich auch der Bereich der Qualitätssicherung. Alle Konsumraum-Mitarbeiter sind Teil des Mobilix-Teams, das neben den Konsumräumen weitere gesundheitspräventive Projekte des Trägers durchführt. Darüber hinaus ist das Projekt Mobilix Mitglied der Qualitätsgemeinschaft AIDS beim LaBAS e.V. Für die Arbeit liegt ein Qualitätshandbuch vor, das im Jahr 2004 um Aspekte der Konsumraumarbeit (im Konsummobil und in der Birkenstube) aktualisiert wurde.

In den von Fixpunkt betreuten Konsumraumangeboten sind immer zwei Fachkräfte anwesend: eine fest angestellte Pflegekraft sowie ein weiterer Fachkollege oder eine geringfügig beschäftigte Hilfskraft. Hinzu kommen in der Birkenstube mindestens ein Sozialarbeiter sowie weitere (Hilfs-)Kräfte. Das Drogenkonsummobil wird stets gemeinsam mit mindestens einem weiteren Fixpunkt-Mobil eingesetzt, in dem sozialarbeiterische Fachkräfte tätig sind (s.u.).

**Laufende Qualifizierung:** Noch vor Eröffnung der Konsumräume Ende 2003 besuchten die Geschäftsführung und leitende Konsumraummitarbeiter von Fixpunkt Konsumräume in der Schweiz, um sich über den Betrieb und insbesondere die Umsetzung und die Anforderungen an Rauchräume zu informieren. Das SKA-Team besuchte Konsumräume in Hamburg. Sämtliche Mitarbeiter der Konsumräume haben mehrfach ein Drogennotfall-Training absolviert<sup>7</sup>, die Fixpunkt-Mitarbeiter werden regelmäßig, etwa alle zwei Monate, von der leitenden Ärztin für Notfalleinsätze geschult. Die Ärztin unterrichtete die Beschäftigten des eigenen Teams und - seltener - auch die Sozialarbeiter von Birkenstube und SKA zudem zu weiteren für die Konsumraumarbeit relevanten medizinischen Aspekten (z.B. Safer Use, Hepatitisprophylaxe, zur Bedeutung von Hände waschen<sup>8</sup>). Die Birkenstuben-Mitarbeiter wurden des Weiteren zu den neuen SGB II und XII geschult. Die fest angestellten Mitarbeiter von Fixpunkt und Birkenstube erhalten regelmäßig Supervision sowie trägerinterne kollegiale Beratung. Teambesprechungen finden wöchentlich bis 14-tägig statt. Monatliche Treffen von Fixpunkt- und Birkenstube-Mitarbeitern, zunächst mit den Honorarkräften, die jetzt nur noch vierteljährlich teilnehmen, runden das Besprechungswesen ab.

Zudem wird auch der externe Fachaustausch gepflegt: Im Jahr 2004 besuchte eine Fachkraft von Fixpunkt Konsumräume in Bochum, Essen, Köln und Münster, zudem nahmen (leitende) Mitarbeiter von Fixpunkt und Birkenstube an Treffen von Konsumraum-Betreibern in ganz Deutschland die jährlich auf Initiative der Deutschen AIDS-Hilfe stattfinden, teil. Fixpunkt-Fachkräfte beteiligten sich am 1. Internationalen Hepatitis-C-Fachtag in Berlin, der maßgeblich vom Träger mitorganisiert wurde. Beschäftigte aller Konsumraumangebote nahmen an Treffen des AK Suchtberatungsstellen zu

<sup>6</sup> Im Jahr 2005 erfolgte angesichts des höheren Bedarfs an ärztlicher Mitarbeit (vgl. S. 22) eine Aufstockung der entsprechenden Mittel.

<sup>7</sup> In der Charité, im Benjamin Franklin-Krankenhaus und durch die Projektärztin.

<sup>8</sup> Fixpunkt hat im Rahmen des EU-Projekts „Determine and strenghten existing control strategies to reduce drug demand and drug related harm“ (2002/2004) ein Konzept einer „Hände-Wasch-Kampagne“ bei intravenös Drogengebrauchenden entwickelt und setzt dies ab Winter 2003 um (vgl. [www.haende-waschen.de](http://www.haende-waschen.de)).

kontrolliertem Drogenkonsum (beides in Berlin) und an Treffen der Druckrauminitiative teil.

Um die Fähigkeiten zu Ansprache und Motivierung von Klienten zu verbessern, nahmen Mitarbeiter aller Konsumräume im Dezember 2004 an einer von Fixpunkt initiierten senatsgeförderten zweitägigen Inhouse-Fortbildung zu Motivational Interviewing teil.

Die Personalausstattung erfüllt die Vorgaben der Rechtsverordnung zum Einsatz qualifizierten Personals: Die Beschäftigten sind entsprechend grundausgebildet und erhalten die notwendigen Fortbildungen, wobei insbesondere die Fortbildungsintensität im Fixpunkt-Team hervorzuheben ist.

In allen Einrichtungen deckt die senatsfinanzierte Personalausstattung den tatsächlichen Personalbedarf und -einsatz nicht ab. Die Personalausstattung reicht gerade für die Anwesenheit während der Öffnungszeiten der Einrichtungen, wenngleich z.B. SKA zwei, statt - wie geplant - einen Mitarbeiter einsetzt, weil die Erfahrung zeigt, dass in Notfällen eine zweite Kraft gebraucht wird: Während ein Mitarbeiter die Krankenschwester bei der Notfallbetreuung unterstützen muss, ist ein weiterer im Aufenthaltsbereich erforderlich. In ähnlicher Weise sind auch in der Gesamteinrichtung Birkenstraße mehr Mitarbeiter anwesend. Die Personalausstattung reicht nicht für darüber hinausgehende Aktivitäten wie z.B. Vor- und Nachbereitung der Öffnungszeiten, Gremienarbeit, Austausch, Fortbildungen, (z.T. umfangreiche) Aktivitäten im Umfeld der Einrichtung und Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung. Diese Tätigkeiten werden von Trägern und Mitarbeitern zusätzlich erbracht.

#### 4.5 Lage, Räume und Öffnungszeiten

Anders als bzgl. der weitgehend übereinstimmenden Einrichtungskonzeptionen weisen die Konsumraumangebote hinsichtlich ihrer Lage und räumlich-sachlichen Ausstattung große Unterschiede auf. Deshalb sollen die Einrichtungen hier im Einzelnen kurz vorgestellt werden.

##### SKA

Der Kontaktladen SKA, in den der Konsumraum räumlich integriert ist, liegt in Kreuzberg in einem durch eine stark türkisch(stämmige) Bevölkerung geprägten Gebiet und in unmittelbarer Nähe zum Kottbusser Tor. Der Platz ist Anlaufstelle und günstiger Verkehrsknotenpunkt für Drogenabhängige, hier halten sich vor allem langjährig Drogenabhängige auf, die durch eine starke Verelendung gekennzeichnet sind. Zunehmend bilden sich kleine private Szenen um das Kottbusser Tor herum, die ständig in Bewegung sind. Konsumenten illegaler Drogen halten sich im Gegensatz zu Substituierten mit (i.d.R. erheblichem) Beikonsum nur noch kurz auf dem Platz selbst auf. Der Drogenhandel erfolgt vor allem per Handy und oft in der U-Bahn. In der Folge dezentralisiert sich auch der Konsum, findet jedoch vielfach weiterhin im Umfeld des Kottbusser Tors statt.

Die SKA liegt in der Dresdener Str. 15, einer ruhigen Seitenstraße. Montags und mittwochs bis freitags ist von 10:00 bis 15:30 Uhr der Kontaktladen geöffnet<sup>9</sup>, ein niedrigschwelliges Angebot für Drogenabhängige, das sich schwerpunktmäßig an

<sup>9</sup> Dienstags öffnet der Kontaktladen von 12.30 bis 15.30 Uhr

Migranten richtet. Viele der regelmäßigen Nutzer werden substituiert, haben jedoch z.T. erheblichen Beikonsum. Der Kontaktladen ist werktäglich bis 15:00 Uhr geöffnet, nach einer Stunde Pause öffnet der Konsumraum an den gleichen Tagen von 16:00 bis 18:00 Uhr. Die getrennte Öffnungszeit liegt wesentlich in den beengten Räumlichkeiten begründet: Sollte sich im Konsumraum ein Drogennotfall ereignen, wären weder die Notfallversorgung noch der Betrieb beider Angebotsbereiche ordnungsgemäß zu gewährleisten.

Die Gesamteinrichtung SKA verfügt auf etwa 120 m<sup>2</sup> über einen großen Aufenthaltsraum mit Küchenzeile und Theke, einen Beratungsraum, ein Büro sowie Sanitäreinrichtungen mit Dusch- und Wäschewaschmöglichkeiten. Der 18 m<sup>2</sup> große Konsumraum ist von Aufenthaltsraum und Büro zugänglich und bietet drei Konsumplätze sowie eine Aufenthaltsmöglichkeit für die Krankenschwester.

### **Birkenstube**

Die Einrichtung Birkenstube befindet sich im Ortsteil Moabit, an der Grenze zum Stadtteil Wedding an einer stark befahrenen Straßenkreuzung. Der Zugang zum Kontaktbereich der Birkenstube erfolgt direkt vom Eckeingang an der Blockspitze Birken-/Stromstraße. Die Einrichtung ist ca. 250 Meter vom U-Bahnausgang „Birkenstraße“ entfernt. Hier fährt die U-Bahn Linie 9, eine von Drogenabhängigen intensiv genutzte Linie.

Die Birkenstube bietet auf etwa 170 m<sup>2</sup> eine Kontakt- und Anlaufstelle mit Konsumraum. Der Konsumraum verfügt über eine Fläche von ca. 25 m<sup>2</sup> und ist unterteilt in einen kleinen separaten Rauch-Raum mit drei Plätzen und Abluftanlage sowie einem Injektionsraum mit sechs Plätzen. Hinzu kommt ein Raum für die medizinische Versorgung, in dem zunächst auch Klientendaten aufgenommen und Informationsgespräche geführt wurden. Zudem führt der Zugang zum Rauch-Raum hier durch, damit die Drogenraucher die i.v.-Konsumenten nicht beim Konsumvorgang beobachten. Diese Regelung soll vermeiden, dass die Hemmschwelle zum Einstieg in den i.v.-Konsum gesenkt wird. Der überwachende Mitarbeiter sitzt im Injektionsraum und hat von dort Einblick in den Rauch-Raum.

Seit Herbst 2004 werden Klienten nicht mehr im medizinischen Behandlungsraum empfangen und hier auch keine Daten mehr dokumentiert, sondern im Flur vor dem Eingang zum Konsumraum. Dies ermöglichte die (stärkere) Nutzung des Raums für medizinische Beratung und Behandlung, wenngleich weiterhin Störungen durch den Zugang zum Rauch-Raum in Kauf genommen werden müssen, weshalb die Errichtung einer Trennwand geplant ist.

Des Weiteren stehen zur Verfügung: ein großer Aufenthalts- und Warteraum mit Cafébetrieb (ca. 12 Sitzplätze), ein Gesprächs- und Gruppenraum (als Durchgangszimmer), ein Büro, ein Lagerraum, Küche und Sanitäreinrichtungen mit der Möglichkeit, Wäsche zu waschen.

Die Birkenstube ist aktuell an vier Wochentagen geöffnet: montags von 12:00 - 17:30 Uhr und dienstags bis donnerstags von 13:00 - 17:30 Uhr. Der Konsumraum hatte zunächst von Montag bis Donnerstag von 14:00 - 17:00 Uhr geöffnet. Aufgrund steigender Nutzungszahlen wurde seit September 2004 der Drogenkonsumraum täglich erst 30, seit Februar 2005 60 Minuten früher geöffnet. Zudem wird inzwischen bis 17:00 Uhr Einlass gewährt, sodass die Klienten erst um 17:30 Uhr sowohl den Konsumraum als auch die Gesamteinrichtung verlassen müssen.

## Konsummobil

Das Drogenkonsummobil ist ein ausgebauter Mercedes-Sprinter mit einer Nutzungsfläche von 8 m<sup>2</sup>, auf denen zwei Konsumplätze und ein Platz für den überwachenden Mitarbeiter eingerichtet wurden. Bei großem Andrang können durch Hinzunahme von zwei weiteren Stühlen bis zu vier Konsummöglichkeiten eröffnet werden. Der Bus ist ausgestattet mit Standheizung und Klimaanlage, mit der Möglichkeit zur externen Stromversorgung über zwei Generatoren für Beleuchtung, Klimaanlage und Laptop-Betrieb und mit Bodenmatten für kollabierte Personen. Es gibt einen Wasseranschluss mit Handwaschbecken und Ablage- und Stauflächen für die Konsumutensilien (Spritzen, Kanülen, Tupfer, Löffel/Stericups, Ascorbinsäure, NaCl-Lösung, Stauschläuche etc.; vgl. Fixpunkt, 2005).

Zusätzlich stehen für den Vor-Ort-Einsatz ein Funktelefon, ein Laptop zur Dokumentation und Notfall-Utensilien zur Verfügung. Im näheren Umfeld der Standorte befinden sich Toiletten. Im Notfall gelangt der externe Rettungsdienst über die seitliche Schiebetür und durch die hintere Flügeltür des Konsummobils ohne Probleme zum Patienten.

Das Konsummobil wird an zwei Standorten eingesetzt. Zum einen im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf im hinteren Bereich (nahe Hertzallee) des **Bahnhofs Zoo in der Jebensstraße**. Der Bahnhof Zoo ist ein Treffpunkt von Drogenabhängigen, darunter viele Substituierte mit Tabletten- und Alkoholbeikonsument. Hinzu kommen weitere „Szenen“ wie z.B. Obdachlose, Alkoholiker, Stricher und jugendliche Trebegänger, die häufig am Zoo mit dem Drogenkonsum beginnen.

Die Drogenszene gerät auch hier zunehmend in Bewegung, Konsumenten illegaler Drogen halten sich nur noch kurz und an wechselnden Stellen auf. Der Handel mit illegalen Substanzen wird mit Hilfe von Handys im weiteren Umfeld des Bahnhofs Zoo, meist in der U-Bahn, abgewickelt. Deshalb findet auch der Konsum zunehmend verstreut an verschiedenen Örtlichkeiten statt, wie z.B. im Tiergarten in der City-Toilette, bei McDonalds am Hardenbergplatz, auch in Telefonzellen oder zwischen parkenden Autos in der Jebensstraße wird gespritzt.

Der zweite Standort liegt im Bezirk Schöneberg-Tempelhof. Bis Mitte Juni 2004 stand das Mobil an der Apostelkirche an der **Kurfürstenstraße** - zehn Meter entfernt vom früheren Standort der Fixpunkt-Mobile. Aufgrund des Widerstands der Kirchengemeinde wurde in die **Frobenstraße** gewechselt. In den Bereichen Kurfürstenstraße/Bülowbogen und Bülowstraße/Nelly-Sachs-Park befindet sich seit langer Zeit eine Drogenszene zu dem findet im Umfeld der Kurfürstenstraße Beschaffungsprostitution statt. Auch hier findet der Handel mit Hilfe von Handys relativ unauffällig und im gesamten Umfeld verteilt statt. Konsumiert wird insbesondere in den City-Toiletten an der Potsdamer Straße sowie Ecke Kulmerstraße/Goebenstraße/Bülowstraße, im Nelly-Sachs-Park und in anderen Grünflächen sowie in Hauseingängen

Das Drogenkonsummobil wird stets vom Charlottenburger Mobil oder vom Präventionsmobil von Fixpunkt-Mobilix begleitet. Am Mittwoch (Jebensstraße) und Sonntag (Apostelkirche) steht zusätzlich auch das Gesundheitsmobil an den Standorten.

Das Angebot wurde sukzessive aufgebaut und die Einsatzzeiten entsprechend der Erfahrungen (mehrfach) verändert. Von April bis August 2004 wurde die Jebensstraße dreimal die Woche angefahren: Montag und Freitag von 14:00 - 17:00 Uhr und am Mittwoch von 18:00 - 21:00 Uhr. In der Kurfürstenstraße war das Mobil sonntags von 19:00 - 22:00 Uhr. Von September bis Dezember 2004 hielt sich der Bus an beiden Standorten zweimal pro Woche auf: Jebensstraße Donnerstag und Freitag von 14:00 -

17:00 Uhr und Frobensstraße donnerstags von 11:00 - 13:00 Uhr sowie unverändert am Sonntagabend.

Zuletzt wurden die Öffnungszeiten im Februar 2005 den Auslastungen im Bus und im Konsumraum in der Birkenstube angepasst: Nunmehr befindet sich der Bus mittwochs von 18:00 - 21:00 Uhr und freitags von 14:00 - 17:00 Uhr am Bahnhof Zoo; in der Frobensstraße wurde das Angebot am Donnerstag eingestellt, der Sonntag bleibt unverändert. Die Reduzierung der Mobilzeiten wurde für die Erweiterung der Öffnungszeiten in der Birkenstube (s.o.) genutzt.

Mit Blick auf die strukturellen Aspekte der Umsetzung von Konsumraumarbeit in Berlin lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Lage und Ausstattung der Einrichtungen, Konzepte und Zielgruppen, Angebote und Nutzungsregeln sowie das Personal den gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandards entsprechen.

#### 4.6 Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation

Alle Projektträger leisteten und leisten weiterhin umfangreiche **Öffentlichkeitsarbeit**. Diese erstreckte sich zunächst vor allem auf relevante Ansprechpartner und Gremien in den Bezirken sowie auf die Information der Anwohner in der Nachbarschaft. Die Träger nahmen Kontakt mit den jeweiligen Polizeidienststellen und Kontaktbereichsbeamten auf, mit denen sie fortan regelmäßig Kontakt hielten, über den Stand der Arbeit informierten etc. Mitarbeiter und Träger besuchten die relevanten Gremien und stellten das Konzept der Konsumräume und die Mitarbeiter vor, diskutierten geeignete Öffnungszeiten u.ä.

Alle Träger pflegen eine enge Kooperation mit den zuständigen bezirklichen Stellen, insbesondere mit den Drogenkoordinatoren.

Die Planung der Konsumraumangebote war in Kreuzberg, jedoch besonders in Moabit von Anwohnerprotesten begleitet. Eine Moabiter Anwohnerinitiative rief mehrfach zu Demonstrationen gegen die Ansiedlung der Einrichtung auf, an denen jedoch nicht viele Anwohner teilnahmen. Doch sammelte sie über 2.000 Unterschriften gegen den Konsumraum, die sie der zuständigen Senatorin sandten. Bei diesen Anwohnern bestanden, wie auch bei Teilen der Polizei, vor allem Ängste vor einer Sogwirkung der Einrichtung und einer Belastung des öffentlichen Raums. Im Bezirksamt Mitte fanden deshalb zu Beginn des Jahres 2004 mehrere öffentliche Sitzungen statt, zu denen Anwohner, Gewerbetreibende, öffentliche Einrichtungen und alle Interessierten geladen waren. Der Träger hat sowohl an diesen Versammlungen teilgenommen als auch an mehreren Samstagen im Winter 2003/2004 im Bezirk einen Informationsstand aufgebaut und kurz vor der Eröffnung Handzettel mit Informationen zur Einrichtung an alle Haushalte rund um die Birkenstube verteilt.

Zusätzlich hat der Leiter der Birkenstube für die Einsatzkräfte im zugehörigen Polizeiabschnitt eine kleine Fortbildung zu Drogenabhängigkeit und -hilfesystem durchgeführt. Die Resonanz darauf war sehr positiv und die Fortbildung stellte damit einen weiteren Baustein für gute Kooperationsbeziehungen dar. In ähnlicher Weise suchten auch die Träger der anderen Angebote das Gespräch mit Anwohnern und der Polizei.

Tatsächlich wurden seit Eröffnung der beiden Konsumräume keine nachteiligen Auswirkungen auf das Umfeld beobachtet und so beruhigte sich die Situation in Kreuzberg und Moabit zusehends.

Anlässlich der Eröffnung der Angebote wurden Träger und Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe über Standorte und Öffnungszeiten informiert und zum Besuch der Einrichtungen bzw. zur weiteren Information eingeladen. Fixpunkt stellte zudem die Angebote und Einsatzzeiten des Konsummobils und des Drogenkonsumraums in der Birkenstube sowie die Konzepte und die Rechtsverordnung auf ihrer Homepage ein, sodass sie der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit leicht zugänglich sind.

In der Birkenstube drehte Fixpunkt den Lehrfilm „Einwandfrei - Hepatitis-C-Infektionsschutz und Hygiene im Alltag von DrogengebraucherInnen“, in dem neben Sachinformationen zu Hepatitis auch das Leistungsangebot der Konsumräume vorgestellt wird.

Zum Jahresende wurden gemeinsam von allen Konsumraumträgern und in Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft Informationskarten und Aufkleber zur Information über Konsumräume gestaltet und hergestellt, die seit Januar 2005 an potenzielle Nutzer der Konsumräume und an kooperierende Einrichtungen verteilt werden.

Das mobile Drogenkonsumraum-Team stellte seine Arbeit im November 2004 einer Studentengruppe der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin vor, es bestand die Möglichkeit zur Hospitation, die u. a. von einer Krankenschwester aus dem Urban-Krankenhaus und einer Ärztin genutzt wurde und grundsätzlich standen die Konsumräume Besuchern aus der Drogenhilfe, den Bezirken und der Polizei offen.

Schließlich fand die Arbeit der Drogenkonsumräume auch weit über Berlin hinaus Interesse: Delegationen aus Frankreich, Schweden, Norwegen, Polen und Österreich besuchten die Birkenstube und die SKA und informierten sich über Konzepte und Implementation des Angebots in die Drogenhilfe.

### **Presse(re)aktionen und Bürgersprechstunde**

Bevor und begleitend dazu, dass der Berliner Senat im Dezember 2002 die rechtlichen Grundlagen für die Errichtung von Drogenkonsumräumen legte, kam es in Berlin zu einer intensiven, z.T. täglichen Presseberichterstattung. Dabei überwogen im Herbst/Winter 2002/2003 kritische Beiträge, z.T. schürten die Artikel Ängste vor Szenebildungen, Belastungen der Öffentlichkeit etc. Nur wenige Artikel gingen auf die Studie des Bundesgesundheitsministeriums ein, wonach Drogenkonsumräume wirkungsvoll zur Minderung der Problematik beitragen können. Stattdessen griffen viele Beiträge die Kritik der Oppositionspartei CDU auf, die sich vehement gegen das neue Angebot äußerte und einen Anstieg von Gewalttaten rund um die Einrichtungen (vgl. z.B. Berliner Zeitung vom 13., 16. und 17.12.2002) befürchtete. Auch die Eröffnung der Angebote wurde von der Presse intensiv begleitet, ebenso die Veröffentlichung erster Zwischenergebnisse der Arbeit - nun mit deutlich entspanntem Tonfall.

Parallel dazu zeigte auch die Öffentlichkeit Interesse an dem neuen Angebot, insbesondere die Anwohner der je in der Presse kolportierten möglichen Standorte für die neuen Einrichtungen. Vor allem in der ersten Hälfte des Jahres 2003 wandten sich insgesamt sechs Bürger brieflich und z.T. mehrfach an die Senatsverwaltung oder direkt an die Senatorin und protestierten gegen die Planungen zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen, der Elternbeirat einer Schule äußerte Bedenken und ebenso die o.g. Anwohnerinitiative. Aufgrund von Anwohnerwiderstand musste BOA mehrere mögliche Standorte aufgeben, bevor schließlich die Ansiedlung des Konsumraums in der Birkenstraße gelang.

Mit Aufnahme der Arbeit des Drogenkonsummobils im November 2003 am Bahnhof Zoo entschloss sich die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucher-



schutz deshalb, eine offene Bürgersprechstunde anzubieten. Seither besteht jeden Donnerstagnachmittag für zwei Stunden (von 16:00 bis 18:00 Uhr) nach telefonischer Voranmeldung die Gelegenheit, mit der Landesdrogenbeauftragten zu sprechen. Trotz der vielfachen Berichte in der Presse, der Anwohnerinitiative mit über 2.000 gesammelten Unterschriften sowie der o.g. schriftlichen Proteste wurde hiervon jedoch bis zum Berichtszeitpunkt im Mai 2005 *lediglich einmal* Gebrauch gemacht. Diese extrem geringe Nutzung der Sprechstunde sowie das insgesamt geringe Beschwerdeaufkommen erklären sich vermutlich mit dem bisher störungsfreien Betrieb der Einrichtungen und dem Ausbleiben negativer Auswirkungen auf das direkte Umfeld.

## Kooperation

Die Konsumräume sind Bestandteil des gesamten Angebotsspektrums ihrer jeweiligen Träger. Der Konsumraum SKA kann z.B. als räumlich und personell in den Kontaktladen integriertes Angebot auf den langjährigen Erfahrungen und dem Bekanntheitsgrad des Kontaktladens aufbauen. Hier werden viele Migranten erreicht und diese im Bedarfsfall vor allem zur trägereigenen Beratungsstelle Haltestelle vermittelt.

Auch die Birkenstube ist **trägerintern** eng vernetzt. Und bei Fixpunkt ist das Konsumraum-Team konzeptionell und organisatorisch Bestandteil der basismedizinischen Versorgung im Projekt Mobilix, alle medizinisch-pflegerisch qualifizierten Mitarbeiter von Mobilix werden auch in Konsummobil und -raum eingesetzt, sodass auch hier umfangreich auf Vorerfahrungen und Vernetzungen zurückgegriffen werden kann. Zudem wird eng mit den Teams der zeitlich parallelisierten Angebote Charlottenburger Mobil, Präventionsmobil und Gesundheitsmobil kooperiert.

Fixpunkt und BOA kooperieren darüber hinaus eng bei der Umsetzung der Konsumraumarbeit: BOA stellt das Personal der Kontakt- und Anlaufstelle, während Fixpunkt für das medizinische Fachpersonal im Konsumraum sorgt (s.o.). Dieses Modell war ursprünglich auch für den Standort in Kreuzberg vorgesehen, doch entschied der Träger Odak sich später für eine selbstorganisierte Lösung. Alle drei Konsumraum-Träger arbeiten auf Projektebene kontinuierlich zusammen, insbesondere was den Austausch im medizinisch-pflegerischen Bereich betrifft. Die projektkoordinierende Ärztin von Fixpunkt bot Fortbildungen zum Thema „Drogennotfall“ und „Hepatitis“ für die Konsumraum-Mitarbeiter aller Träger an, auch die von Fixpunkt organisierte Schulung zu „Motivational Interviewing in der niedrigschwelligen Arbeit“ nutzten Konsumraum-Mitarbeiter aus allen drei Einrichtungen (s.o.). Die **trägerübergreifende** Kooperation wurde im November 2004 auch in einer Kooperationsvereinbarung schriftlich fixiert.

Schließlich arbeiteten alle Träger und Konsumraummitarbeiter **mit der wissenschaftlichen Begleitung** konstruktiv zusammen, es wurde ein kontinuierlicher und intensiver Austausch gepflegt. Im Rahmen der Evaluation fanden in 14 Monaten sechs ausführliche projektbegleitende Treffen statt (s.o., Kap. 2.7).

Die Drogenkonsumräume sind formal derzeit nicht Bestandteil der zum 01.01.04 neu gebildeten Regionalen Berliner Suchthilfedienste, gleichwohl beteiligten sich die Träger an der Entwicklung der **regionalen Kooperationsstrukturen** und erörterten mit den Regionalen Suchthilfediensten in verschiedenen Treffen Schnittstellen, aktuelle Kooperationsbezüge und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten.

Konsumraummitarbeiter nahmen regelmäßig an den weiterhin stattfindenden Treffen der Druckrauminitiative und an den Runden Tischen in den Bezirken teil. Das Drogenkonsumraum-Projekt wurde auf Treffen des AK City-Bahnhöfe und in anderen Arbeitskreisen vorgestellt.

Die Konsumräume kooperierten **fallbezogen** mit Einrichtungen anderer Träger, darunter insbesondere mit Beratungsstellen, dem Drogennotdienst und Entgiftungsstationen (mehr dazu s.u. Kap. 6.2.).

Eine besondere Bedeutung kam der **Kooperation mit Polizei und Staatsanwaltschaft** zu, die auf höchster Ebene vereinbart und in Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern, den Bezirksämtern und Polizei und Staatsanwaltschaft schriftlich fixiert worden war. Die regionalen Polizeidienststellen und nach einiger Zeit auch die Staatsanwaltschaft erhielten ebenso wie die zuständigen bezirklichen Stellen regelmäßig die Monatsberichte zur Nutzung der Konsumräume, die im Landeskriminalamt zusammenfassend ausgewertet und mit eigenen Erkenntnissen in Bezug gesetzt werden. Träger und Staatsanwaltschaft erörterten mehrfach fachlich-rechtliche Fragen, insbesondere zu den Möglichkeiten der Information über das Angebot und der Un-Möglichkeit des Teilens von Drogen in der Einrichtung.

Projekte und regionale Polizeidienststellen pflegen einen engen persönlichen und telefonischen Austausch, die Kontaktbereichsbeamten waren wiederholt in den Einrichtungen präsent (s.o. Kap. 3.3). Lediglich im Bereich des Kottbusser Tors kam es einige Male zu Irritationen: Das Kottbusser Tor ist als ein kriminalistischer Intensivbereich mit einer hohen Zahl verschiedener Delikte generell ein Bereich höherer polizeilicher Aufmerksamkeit. Durch die hier verstärkt durchgeführten Polizeieinsätze konnte und kann der Zugang zum Kontaktladen beeinträchtigt oder zumindest durch die Angehörigen der dortigen Drogenszene als eingeschränkt erlebt werden.

Zusammenfassend betrachtet haben Träger und Mitarbeiter der Konsumräume vor allem in der Anfangsphase erhebliche personelle Kapazitäten in die Öffentlichkeitsarbeit und in Aufbau und Pflege von Kooperationsbeziehungen investiert. In der Folge entwickelten sich konstruktive Beziehungen u.a. zur Polizei und eine Vernetzung der Angebote in den Regionen und mit den dortigen Drogenhilfeangeboten.

## 5 Inanspruchnahme und Klientel der Drogenkonsumräume

In diesem Abschnitt soll in einem ersten Schritt überblicksartig dargestellt werden, wie sich die Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume seit ihrer Eröffnung entwickelt hat. Dann gilt es, ein differenziertes Bild der Nutzer von Drogenkonsumräumen zu zeichnen.

### 5.1 Entwicklung der Inanspruchnahme

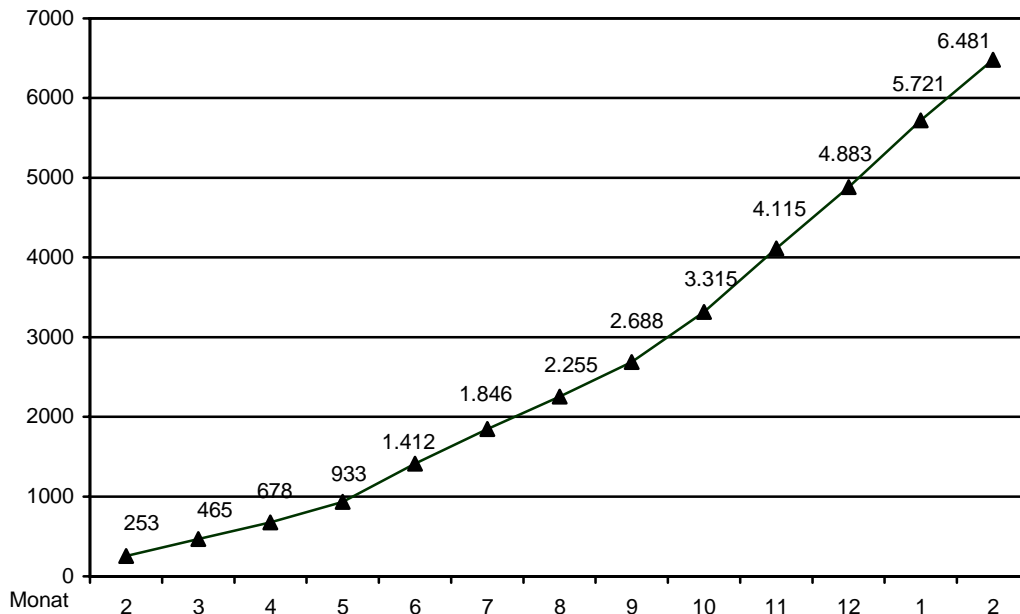
Im November 2003 nahm mit dem Konsummobil am Bahnhof Zoo das erste Drogenkonsumraumangebot in Berlin die Arbeit auf, der Standort Frobenstraße kam etwas später hinzu und Anfang Februar 2004 wurden schließlich die festen Standorte in Kreuzberg und Tiergarten eröffnet.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme seit Bereitstellung aller vier Standorte von Februar 2004 bis Februar 2005 gegeben. Da die im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung entwickelte Dokumentationssystematik erst seit Sommer 2004 und zunächst noch uneinheitlich eingesetzt wurde, basiert die Darstellung auf den Angaben der Träger in den Monatsberichten.

Die Grafik zeigt zum einen, dass die Inanspruchnahme im Februar nicht bei Null begann, vielmehr hatten schon in den ersten Monaten, in denen die Konsummobil-

Zeiten erst sukzessive ausgeweitet wurden, schon etwa einhundert Konsumvorgänge stattgefunden.

Abb. 1: Konsumvorgänge kumuliert über die vier Einrichtungen/Standorte gesamt 02/2004 - 02/2005



Auch die festen Konsumräume wurden von Beginn an angenommen, und so entwickelte sich die Inanspruchnahme - wie Abb. 1 zeigt - beständig nach oben. Nach etwas weniger als einem Jahr wurde die 5.000er-Marke überschritten. Wie sich die Inanspruchnahme im Einzelnen darstellt, zeigt Tab. 1:

Tab. 1: Entwicklung der Konsumvorgänge von Februar 2004 bis Februar 2005, je Standort, kumuliert

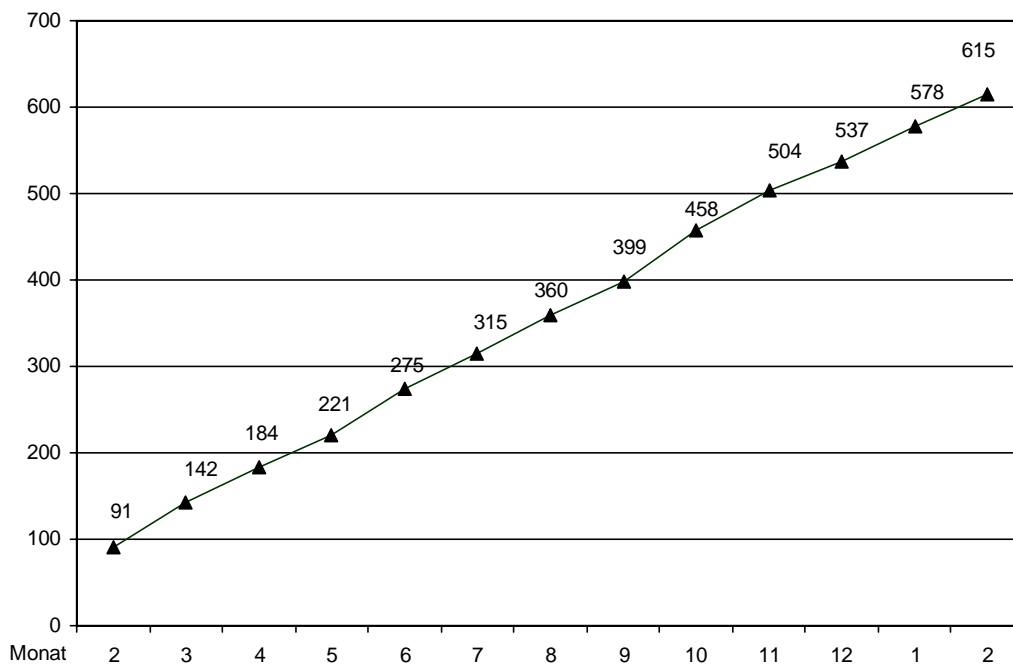
| Jahr  | 2004 |     |     |     |       |       |       |       |       |       |       |       | 2005  |  |
|-------|------|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
|       | 02   | 03  | 04  | 05  | 06    | 07    | 08    | 09    | 10    | 11    | 12    | 01    | 02    |  |
| SKA   | 66   | 127 | 213 | 273 | 350   | 445   | 522   | 563   | 627   | 728   | 831   | 934   | 1.048 |  |
| Birk. | 81   | 174 | 249 | 396 | 721   | 1.015 | 1.281 | 1.593 | 2.070 | 2.702 | 3.319 | 3.996 | 4.581 |  |
| Zoo   | 95   | 130 | 167 | 207 | 268   | 300   | 351   | 413   | 471   | 519   | 552   | 597   | 642   |  |
| Frob. | 11   | 34  | 49  | 57  | 73    | 86    | 101   | 119   | 147   | 166   | 181   | 194   | 210   |  |
| Ges.  | 253  | 465 | 678 | 933 | 1.412 | 1.846 | 2.255 | 2.688 | 3.315 | 4.115 | 4.883 | 5.721 | 6.481 |  |

Die Übersicht zeigt deutlich, wie unterschiedlich sich die Inanspruchnahme entwickelte: Am intensivsten wurde die Birkenstube genutzt - mehr als viermal so oft wie die SKA (+ 433 %). Dies hängt u.a. mit der umfangreicheren Öffnungszeiten zusammen: Die SKA hat seit Beginn werktäglich zwei und damit insgesamt zehn Wochenstunden geöffnet. Die Birkenstube öffnet den Konsumraum vier Tage pro Woche, zunächst für je drei Stunden (= insgesamt 12 Wochenstunden), hat dann jedoch aufgrund der beständig zunehmenden Inanspruchnahme die Öffnungszeiten zweimal erweitert auf nunmehr 4,5 Stunden pro Öffnungstag (= 18 Wochenstunden).

Mit Blick auf die Nutzung des Konsummobils zeigt sich, dass der Standort am Bahnhof Zoo besser ausgelastet ist als der in der Frobensstraße. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Konsummobil öfter am Standort Zoo stand. Der Standort Frobensstraße wird seit Jahresbeginn 2005 z.B. nur noch einmal pro Woche für drei Stunden versorgt.

Die Zahlen zu den Konsumvorgängen zeigen zwar die Auslastung der Einrichtungen, jedoch nicht, wie viele Menschen durch sie tatsächlich erreicht wurden. Auskunft darüber, wie viele verschiedene Menschen seit Eröffnung der Angebote und bisher insgesamt erreicht wurden, gibt die folgende Abb. 2.

Abb. 2: Klienten über die vier Einrichtungen/Standorte gesamt, kumuliert 02/2004 - 02/2005



Von der Aufnahme der Arbeit bis Februar 2005 wurden insgesamt 615 Drogenabhängige erreicht<sup>10</sup>. Die Grafik zeigt eine relativ gleichmäßige Zunahme der Klientenzahlen. Mit Blick auf die einzelnen Angebote zeigt sich folgende Verteilung (vgl. Tab. 2).

<sup>10</sup> Hierin enthalten sind einige wenige Doppelnennungen, die zustande kamen, wenn Klienten mehr als eine Einrichtung nutzten. Dies kam jedoch nur sehr selten vor (vgl. S. 38) und kann deshalb hier vernachlässigt werden.

Tab. 2: Entwicklung der Klientenzahlen in den vier Einrichtungen/Standorten, kumuliert  
02/2004 - 02/2005

| Jahr<br>Mon. | 2004 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2005 |     |
|--------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
|              | 02   | 03  | 04  | 05  | 06  | 07  | 08  | 09  | 10  | 11  | 12  | 01   | 02  |
| SKA          | 36   | 57  | 74  | 82  | 91  | 104 | 120 | 125 | 137 | 149 | 159 | 170  | 179 |
| Birk.        | 13   | 23  | 34  | 56  | 88  | 106 | 123 | 142 | 173 | 199 | 215 | 239  | 261 |
| Zoo          | 33   | 48  | 54  | 61  | 69  | 74  | 83  | 97  | 105 | 109 | 115 | 121  | 124 |
| Frob.        | 9    | 14  | 22  | 22  | 27  | 31  | 34  | 35  | 43  | 47  | 48  | 48   | 51  |
| Ges.         | 91   | 142 | 184 | 221 | 275 | 315 | 360 | 399 | 458 | 504 | 537 | 578  | 615 |

Wenngleich sich auch hier Unterschiede zwischen den vier Angeboten zeigen, so ist der Zustrom doch deutlich gleichmäßiger: Trotz mehr als viermal so viel Konsumvorgängen (s.o. Tab. 1), registrierte die Birkenstube „nur“ 46 % mehr Klienten als die SKA. Dies kann als Hinweis auf ein anderes Nutzungsverhalten interpretiert werden: Die Klienten der Birkenstube nutzten demnach die Einrichtung relativ öfter oder beständiger als diejenigen der SKA.

Die Situation an den Mobilstandorten stellt sich vergleichsweise ähnlicher dar: Am Zoo wurden 124 Klienten erreicht (bei 642 Konsumvorgängen). Am Standort Frobenstraße wurden 51 verschiedene Klienten (210 Konsumvorgänge, s.o. Tab. 1) registriert.

Im Folgenden soll der Nutzung und damit auch der Auslastung der einzelnen Einrichtungen/Standorte etwas genauer nachgegangen werden. Dabei soll u.a. die eben aufgestellte Hypothese, dass die Klienten der Birkenstube die Einrichtung relativ öfter genutzt haben als jene der SKA, überprüft werden. Die einrichtungsbezogenen Darstellungen geben dabei die Anzahl der Konsumvorgänge je Monat sowie die Zahl der verschiedenen Nutzer der Konsumräume im gleichen Zeitraum an (vgl. Abb. 3 bis 6). Aufgrund der unterschiedlichen Art der Dokumentation in den verschiedenen Einrichtungen bzw. des späteren Einsetzens bestimmter Dokumentationsteile stehen die Zahlen zu den Klienten z.T. erst ab Herbst 2004 zur Verfügung.

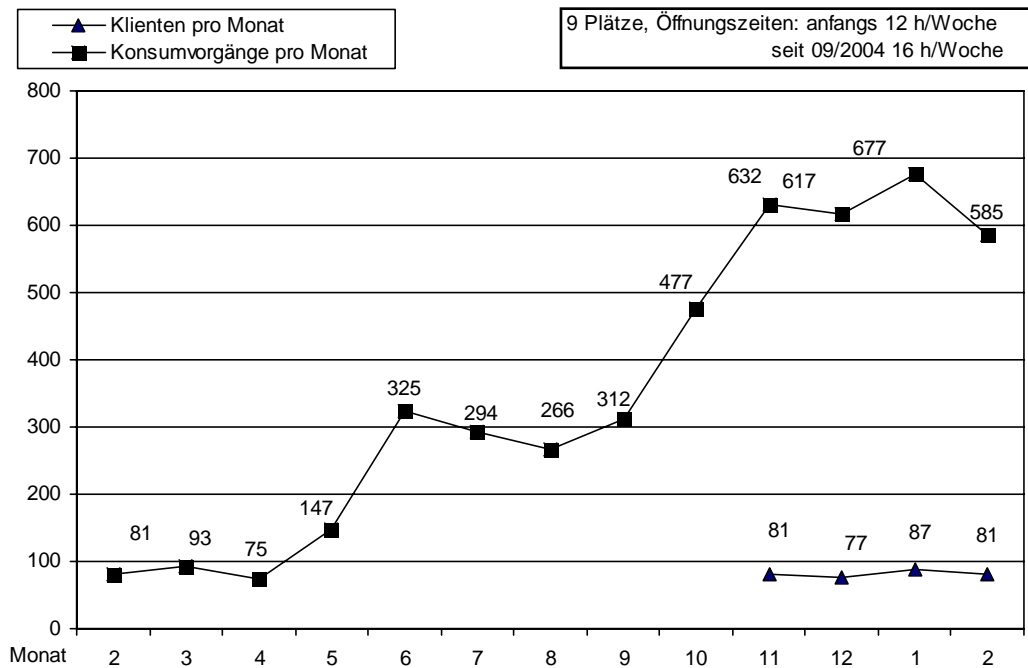
Des Weiteren soll versucht werden, die Auslastung der Angebote genauer zu betrachten. Dabei muss jedoch betont werden, dass nur eine *Annäherung* an das Konzept einer Auslastungsquote möglich ist, wobei es weniger um einen objektiven Befund als um einen Eindruck vom Betrieb in den Einrichtungen geht. Dafür wird zunächst angenommen, dass ein Konsumvorgang etwa 30 Minuten in Anspruch nimmt und diese Dauer dann mit den Öffnungszeiten und den vorhandenen Plätzen multipliziert. Das Ergebnis ergibt einen Annäherungswert an die (nur theoretisch) mögliche maximale Auslastung der Einrichtungen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass zum einen nicht jeder Konsumvorgang tatsächlich volle 30 Minuten benötigt<sup>11</sup> und zum anderen die Konsumvorgänge sich nicht gleichmäßig und im 30-Minuten-Takt auf die Öffnungszeiten verteilen, sondern vielmehr diskontinuierlich und mit „Stoßzeiten“ stattfinden.

<sup>11</sup> So schätzten beispielsweise die befragten Klienten, dass sie im Mittel etwa 17 Minuten pro Konsumvorgang brauchen (vgl. Abschnitt 5.3.3), während andererseits bei den teilnehmenden Beobachtungen in den Einrichtungen auch länger als eine halbe Stunde dauernde Konsumvorgänge beobachtet wurden.

### 5.1.1 Nutzung der Birkenstube

In der Birkenstube zeigt sich in den ersten Monaten eine zunächst zurückhaltende Inanspruchnahme, die jedoch ab Mai und noch stärker ab Oktober 2004 deutlich ansteigt. Leider liegen für die Birkenstube erst ab November Angaben zur Zahl der verschiedenen Besucher in einem Monat vor (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Inanspruchnahme DKR in der Birkenstube 02/2004 - 02/2005



Die Abbildung zeigt sehr deutlich, dass im Mittel gut 80 Klienten pro Monat die Einrichtung nutzten, das jedoch relativ oft: Rechnerisch ergibt sich eine mittlere Häufigkeit von fast acht Besuchen pro Monat und Klient.

Der Konsumraum registrierte in den letzten Monaten zwischen 35 und 40 Konsumvorgängen pro Öffnungszeit. In der Birkenstube stehen sechs Injektions- und drei Rauchplätze zur Verfügung.

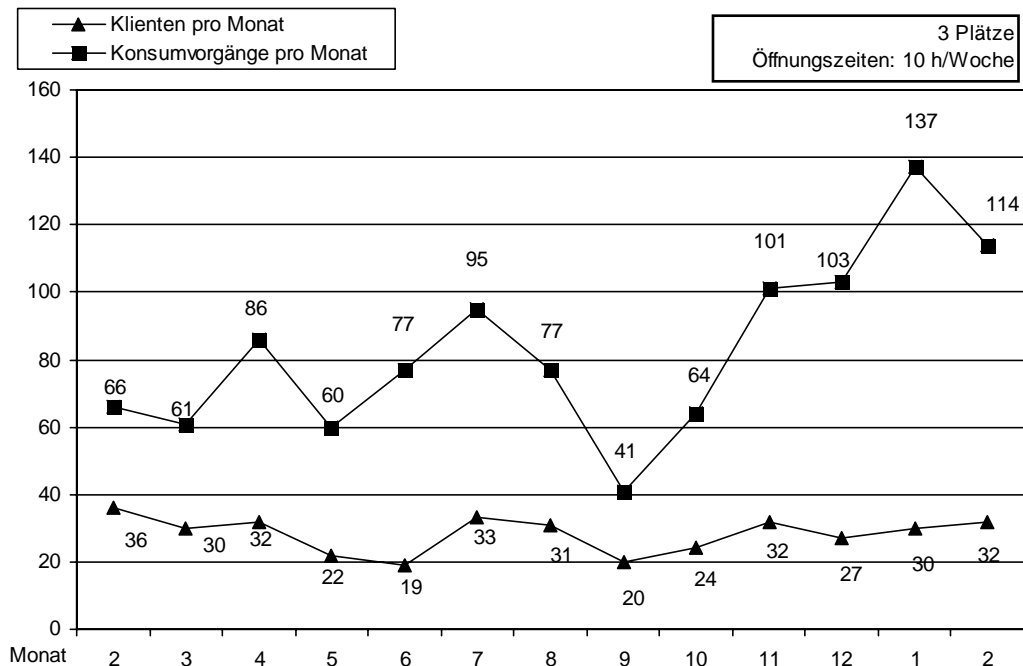
Betrachtet man - unter den o.g. Vorbehalten - die maximale Auslastung der Birkenstube seit der letzten Ausweitung der Öffnungszeiten auf täglich vier Stunden, so läge diese seit September 2004 bei etwa 1.400 Konsumvorgängen pro Monat<sup>12</sup>. Rechnerisch betrachtet hätte die Birkenstube also trotz der erheblichen Inanspruchnahme noch Kapazitäten frei. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass die Birkenstube in zwei Räumen (Rauch- und Injektionsraum) mit insgesamt neun Plätzen nur über ähnlich viel Personal verfügt wie die deutlich kleineren Angebote SKA (3 Plätze) und Konsummobil (2 Plätze), was schon mit Blick auf das erforderliche Dokumentations- und Kontrollwesen zu einer gesteigerten Belastung führt. Zudem berichten die Mitarbeiter über eine diskontinuierliche Nachfrage mit z.T. größerem Gedränge und daraus resultierenden höheren Anforderungen an die Steuerung des Betriebs.

<sup>12</sup> 4,5 Stunden Öffnungszeit x 2 Konsumvorgänge pro Stunde (= 9) x 9 Plätze = maximal 81 Konsumvorgänge pro Tag. 81 x 4 Öffnungstage pro Woche = maximal 324 Konsumvorgänge pro Woche. 324 x 4,5 Wochen pro Monat bzw. im Mittel 18 Öffnungstage/Monat = bis zu 1.458 Konsumvorgänge pro Monat.

### 5.1.2 Nutzung der SKA

In der SKA zeigt sich im Verlauf ein anderes Bild: Der Konsumraum wurde in den ersten Monaten gleich relativ gut besucht, doch blieb die Nutzung lange Zeit stabil. Im September kam es zu einem Rückgang. Die Einrichtung nahm zeitgleich intensivere Polizeieinsätze am Kottbusser Tor wahr und sah hier einen Zusammenhang. Seitens der Polizei wurde eine Intensivierung der Einsätze jedoch bestritten. Ab November 2004 nahm die Inanspruchnahme wieder zu (wenngleich nicht in dem in der Birkenstube verzeichneten Umfang; vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Inanspruchnahme DKR SKA 02/2004 - 02/2005



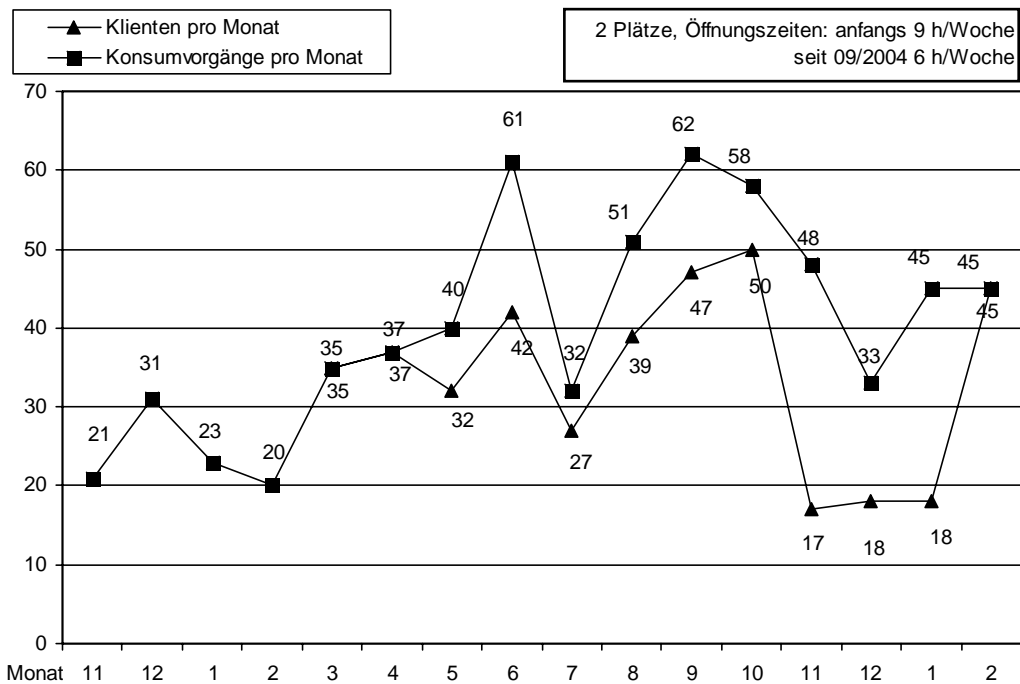
Ein Blick auf die Klientenzahlen verdeutlicht eine relativ stabile Nutzung der Einrichtung von im Mittel etwa 30 Nutzern pro Monat. Rechnerisch ergäbe sich hieraus eine mittlere Häufigkeit von drei bis vier Besuchen pro Klient und Monat.

Der Konsumraum registrierte in den letzten Monaten etwa fünf bis sechs Konsumvorgänge pro Öffnungszeit. In der SKA stehen drei Injektionsplätze zur Verfügung. Die maximale Auslastung der SKA läge nach dem oben vorgestellten Modell bei ca. 270 Konsumvorgängen pro Monat, tatsächlich erreicht wurden davon jedoch nur etwa 40 % - 50 %.

### 5.1.3 Nutzung des Konsummobils am Standort Bahnhof Zoo

Die Nutzung des Konsummobils am Bahnhof Zoo zeigt wieder ein anderes Bild: Nach einem Anstieg der Inanspruchnahme über die ersten Monate, kam es im Juli und im Dezember 2004 vorübergehend zu unerklärlichen Einbrüchen (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Inanspruchnahme Konsummobil am Bahnhof Zoo 02/2004 - 02/2005



Auch der Blick auf die Klientenzahlen (liegen seit März 2004 vor) zeigt erhebliche Schwankungen zwischen 17 und 45 Nutzern. Rechnerisch ergeben sich hieraus Häufigkeiten von einem bis zu 2,7 Besuchen pro Klient und Monat.

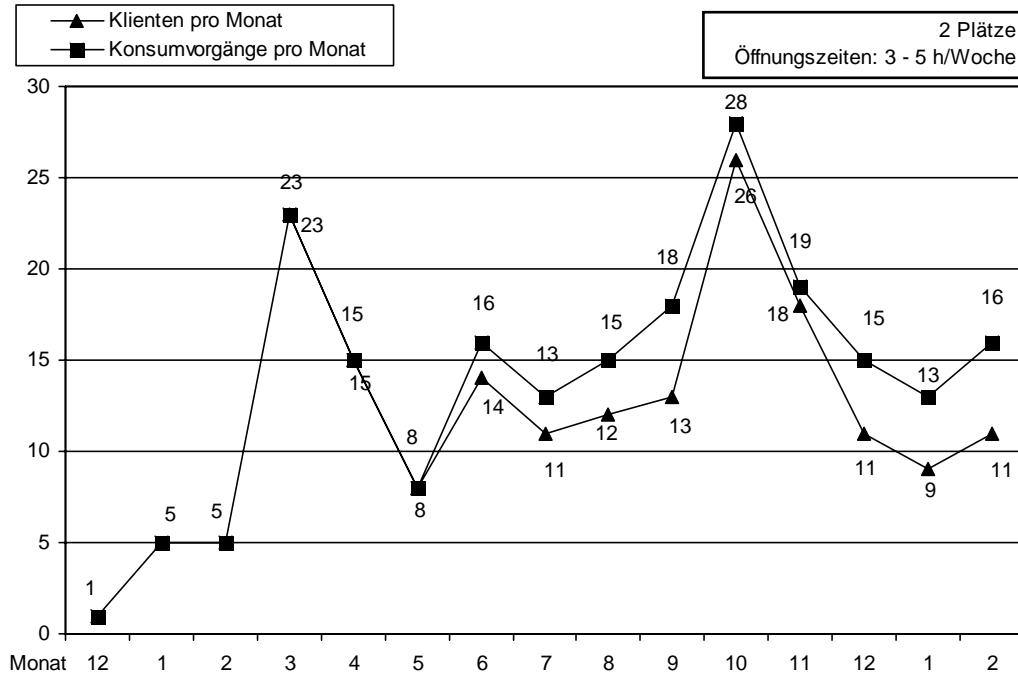
Am Standort Jebensstraße fanden zuletzt - fast wie in der SKA - etwa vier bis fünf Konsumvorgänge pro Öffnungszeit statt. Dort stehen zwei Plätze zur Verfügung, wonach die maximale Auslastung seit September 2004 bei ca. 100 Konsumvorgängen pro Monat läge. Tatsächlich wurde - in den letzten Monaten - etwas weniger als die Hälfte des theoretisch Möglichen erreicht.



#### 5.1.4 Nutzung des Konsummobils am Standort Frobensstraße

Am Standort Frobensstraße ähnelt das Bild demjenigen vom Bahnhof Zoo, jedoch auf deutlich geringerem Niveau (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Inanspruchnahme Drogenkonsummobil in der Frobensstraße 02/2004 - 02/2005



Selbst unter Berücksichtigung der insgesamt geringen Standzeiten muss konstatiert werden, dass dieser Standort am wenigsten genutzt wird. Die Zahl der Nutzer überschritt nach sehr zögerlichem Beginn auch im späteren Verlauf nur ausnahmsweise die Zahl 20 und lag zuletzt nur noch bei etwa zehn Klienten im Monat. Die Konsumvorgänge beschränkten sich meist auf 15 - 20 pro Monat und damit rechnerisch auf kaum mehr als einen Besuch pro Klient und Monat.

Am Standort Frobensstraße fanden zuletzt nur ein bis zwei Konsumvorgänge pro Öffnungszeit statt. Die maximal mögliche Auslastung lag bis Februar 2005 bei ca. etwa 85 Konsumvorgängen pro Monat, was in der Praxis also deutlich unterschritten wurde.

#### 5.1.5 Besondere Vorfälle

Die Monatsberichte der Konsumräume geben neben auslastungsbezogenen Daten auch (u.a.) Aufschluss über besondere Vorkommnisse wie etwa Drogennotfälle, Abweisungen und Hausverbote.

Über alle Einrichtungen und Standorte hinweg war es im Verlauf eines Jahres (bzw. beim Konsummobil seit 1¼ Jahr) zu insgesamt 25 **Drogennotfällen** gekommen (vgl. Tab. 3). Stellt man den Drogennotfällen die Gesamtanzahl von Konsumvorgängen im

gleichen Zeitraum gegenüber, zeigt sich eine etwa gleiche Belastung wie in anderen deutschen Konsumräumen (in 0,4 % der Konsumvorgänge)<sup>13</sup>.

Tab. 3: Drogennotfälle - Verteilung der Drogennotfälle über die vier Einrichtungen/ Standorte 02/2004 - 02/2005

| Jahr<br>Mon. | 2004 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 2005 |    | Ges. |
|--------------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|----|------|
|              | 02   | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02   |    |      |
| SKA          | 0    | 0  | 2  | 1  | 2  | 0  | 4  | 0  | 4  | 0  | 0  | 3  | 3    | 19 |      |
| Birk.        | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 1  | 1  | 2  | 0    | 5  |      |
| Zoo*         | 0    | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0    | 1  |      |
| Frob*        | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0    | 0  |      |
| Ges.         | 0    | 1  | 2  | 1  | 2  | 0  | 5  | 0  | 4  | 1  | 1  | 5  | 3    | 25 |      |

\* Im Konsummobil gab es vor Februar 2004 keine Drogennotfälle.

Die Übersicht zeigt, dass die Drogennotfälle sich sehr unterschiedlich verteilten: Während es in der Birkenstube im Betrachtungszeitraum mit insgesamt fünf und im Konsummobil mit nur einem Drogennotfall (am Standort Zoo) zu vergleichsweise wenigen Belastungen kam, musste die SKA deutlich mehr Drogennotfälle verkraften. Bis Februar 2005 ereigneten sich hier insgesamt 19 Drogennotfälle. Die höhere Anzahl von Drogennotfällen steht möglicherweise in Zusammenhang damit, dass die Klientel der SKA vergleichsweise älter (vgl. Abschnitt 5.2.1) und stärker verelendet war als diejenige der übrigen Einrichtungen. Hinzu kommt, dass das Kottbusser Tor nach Einschätzung der Drogenhilfe als ein Anlaufpunkt u.a. für Therapieabbrecher, Haftentlassene und neu nach Berlin kommende Drogenabhängige gilt, die z.B. relativ drogenentwöhnt sind oder die (aktuellen) Stoffqualitäten nicht kennen.

In den Einrichtungen mussten bis Februar 2005 insgesamt 77-mal Besucher **abgewiesen** werden, davon allein 51-mal in der SKA. Während dort zu starke Intoxikationen den vorrangigen Abweisungsgrund darstellten, mussten in der Birkenstube und im Konsummobil relativ mehr Substituierte weggeschickt werden sowie Klienten, die Drogen teilen wollten. Nur vereinzelt zeigten Klienten sich nicht bereit, sich auszuweisen oder ihre Daten erfassen zu lassen. Und schließlich ist kein einziger Fall dokumentiert, in dem unter 16-Jährigen der Zutritt verwehrt werden musste.

Die Hausordnungen der Einrichtungen verbieten aggressives Verhalten gegen Mitarbeiter und andere Nutzer, Dealerei u.a. Die Klienten hielten sich in aller Regel daran, sodass es im Betrachtungszeitraum nur viermal zu **Hausverboten** kam: wegen aggressiven Verhaltens und wegen Diebstahl.

Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, dass die Nutzer die Regeln akzeptieren und die Nutzung im Rahmen des Erlaubten abläuft. Dazu tragen sicherlich eine hohe Mitarbeiterpräsenz und -aufmerksamkeit bei.

## 5.2 Die Nutzer der Drogenkonsumräume

Für die Beschreibung der Klientel der Berliner Drogenkonsumräume wird auf zwei unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen: Grundlage stellen die Daten aus der **lau-**

<sup>13</sup> Poschadel u.a. (2003) weisen für das Jahr 2001 eine ähnliche Quote aus: 1.498 Drogennotfälle bei 426.666 Konsumvorgängen.

**fenden Dokumentation** der drei Einrichtungen (Konsummobil, SKA, Birkenstube) aus dem Jahr 2004 dar. Da im Rahmen der Alltagsarbeit der Konsumräume lediglich „Stammdaten“ über die Konsumraumbesucher erfasst werden, wurden diese ergänzt aus Angaben, die im Rahmen einer **Nutzerbefragung** gewonnen wurden. Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden Nutzer der Konsumräume unter anderem zu ihrer gegenwärtigen sozialen Situation, zum Substanzkonsumverhalten und zur Inanspruchnahme anderer sozialer oder medizinischer Dienste befragt. Die Datenerhebung fand in den Monaten November und Dezember 2004 statt und wurde von zwei Studentinnen durchgeführt, die zu zufällig ausgewählten Stichtagen die drei Drogenkonsumräume aufgesucht haben und bestrebt waren, alle Nutzer in die Befragung einzubinden.

Bei der Beschreibung der Klientel der Konsumräume kann insgesamt auf dokumentierte Stammdaten von N = 566 Fällen zurückgegriffen werden, die im Verlauf des Jahres 2004 (zumindest) einen der Drogenkonsumräume in Anspruch genommen haben. Die 566 Fälle entsprechen insgesamt 523 verschiedenen Besuchern. Die höhere Fallzahl kam zustande, weil 42 Klienten mehrere Konsumraumangebote in Anspruch nahmen. Im Einzelnen: Die weitaus meisten Nutzer kamen nur in einen Konsumraum, lediglich 41 Personen tauchten in zwei Einrichtungen auf und nur eine Person nutzte alle drei Angebote. Weitere sieben Datensätze konnten nicht einbezogen werden, weil ihnen ein Großteil der Angaben, darunter der Code, fehlten. Darüber hinaus liegen von n = 79 Personen Angaben aus der Nutzerbefragung vor.

Tab. 4: Datensätze zur Beschreibung der Klientel der Drogenkonsumräume

| Daten aus der Dokumentation |         | Standort    | Daten aus der Nutzerbefragung |         |
|-----------------------------|---------|-------------|-------------------------------|---------|
| n = 240                     | 42,4 %  | Birkenstube | n = 42                        | 53,2 %  |
| n = 167                     | 29,5 %  | Konsummobil | n = 17                        | 21,5 %  |
| n = 159                     | 28,1 %  | SKA         | n = 20                        | 25,3 %  |
| n = 566                     | 100,0 % | Gesamt      | n = 79                        | 100,0 % |

### 5.2.1 Soziodemographische Daten der Konsumraumnutzer

Legt man die dokumentierten Daten aus den Konsumräumen zugrunde, so kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2004 vier von fünf Nutzern (80,6%) Männer und etwa ein Fünftel der Klientel (19,4 %) Frauen waren. Damit entsprach die Geschlechterverteilung exakt derjenigen in Frankfurt und weitgehend auch der in Hamburger Konsumräumen (Schmid & Vogt, 2005; Zurhold u.a., 2001<sup>14</sup>). Die Berliner Konsumräume konnten ihr Ziel einer *besseren* Erreichung von Frauen also nicht realisieren.

Betrachtet man das Alter der Konsumraumbesucher so zeigt sich eine breite Streuung von 16 bis 57 Jahren. Minderjährig waren lediglich zwei Besucher (16 und 17 Jahre alt).

<sup>14</sup> In Frankfurt waren zwischen Juli 2003 und Juli 2004 80,5 % der Konsumraumnutzer Männer und 19,5 % Frauen. In Hamburg lag die Verteilung im Jahr 2000 bei 79 % Männer und 21 % Frauen.

Tab. 5: Durchschnittliches Lebensalter der Konsumraumbesucher

|           | Gesamt<br>n = 514 | Männer<br>n = 407 | Frauen<br>n = 102 | Birkenstube<br>n = 230 | SKA<br>n = 156 | Konsummobil<br>n = 162 |
|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| Alter (M) | 32,3              | 32,9              | 29,7              | 30,9                   | 35,1           | 30,9                   |

Im Mittel waren die Nutzer der Berliner Konsumräume 32,3 Jahre (SD = 7,8; MD = 32). Frauen, die das Berliner Konsumraumangebot genutzt haben, waren mit 29,7 Jahre im Mittel etwa drei Jahre jünger als die Männer. Zum Vergleich: In Frankfurt waren die Männer im Mittel 33,7 Jahre und die Frauen 32,7 Jahre alt (ebd.; in Hamburg: 33,1 und 30,5 Jahre, ebd.). Das Durchschnittsalter der Berliner Konsumraumbesucher variierte in Abhängigkeit vom Standort des Konsumraums: Die Klienten der SKA waren signifikant älter als diejenigen in den anderen beiden Konsumräumen (QS = 1947, 252; F = 16,919). Der Frauenanteil schwankte zwischen den Einrichtungen zwar auch leicht, doch waren die Unterschiede nicht signifikant (Birkenstube: 19,8 % Frauen; SKA: 21,2 % und Konsummobil: 22,2 % Frauen). Entsprechend eines Vergleichs mit den im Jahr 2004 in Berliner Suchtberatungsstellen erfassten Klientendaten (IFT, 2005) zeigt sich eine geringere Zahl von Frauen: So waren im letzten Jahr 26,1 % der Beratungsstellenklientel mit einer Opiat- oder Kokainproblematik (Hauptdiagnose, n = 4.639) Frauen und 73,9 % Männer. Im Altersdurchschnitt waren sowohl die opiatabhängigen Frauen (M = 31,7) als auch Männer (M = 33,6), die im Jahr 2004 die Berliner Suchtberatungsstellen nutzten, geringfügig älter als die Klientel der Konsumräume.

Angaben zur Staatsangehörigkeit liegen von 508 Personen vor, demnach hat mit 83,7 % der weit überwiegende Teil der Nutzer der Berliner Konsumräume die deutsche **Staatsangehörigkeit**<sup>15</sup>. Der Rest setzte sich zu etwa gleichen Anteilen aus EU-Ausländern, türkischen Staatsbürgern und Staatsangehörigen anderer Länder zusammen.

Tab. 6: Nationalität der Konsumraumnutzer

| Nationalität | Gesamt |       | Birkenstube |       | SKA    |       | Konsummobil |       |
|--------------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|-------------|-------|
|              | Anzahl | in %  | Anzahl      | in %  | Anzahl | in %  | Anzahl      | in %  |
| deutsch      | 425    | 83,7  | 206         | 89,6  | 114    | 73,1  | 141         | 87,0  |
| türkisch     | 32     | 6,3   | 8           | 3,5   | 21     | 13,5  | 5           | 3,1   |
| EU-Ausland   | 24     | 4,7   | 10          | 4,3   | 8      | 5,1   | 7           | 4,3   |
| sonstige     | 27     | 5,3   | 6           | 2,6   | 13     | 8,3   | 9           | 5,6   |
| Gesamt       | 508    | 100,0 | 230         | 100,0 | 156    | 100,0 | 162         | 100,0 |

Erwartungsgemäß war der Anteil türkischer Staatsangehöriger in dem Kreuzberger Konsumraum SKA signifikant höher als in den anderen beiden Einrichtungen (13,5 %;  $\chi^2 = 37,544$ ; df = 6).

Im Hinblick auf die (überwiegende) **Wohnsituation** der Klientel (innerhalb der vergangenen sechs Monate) kann auf der Grundlage der Daten aus der Klientendokumentation (n = 490) folgendes Bild skizziert werden: Etwa die Hälfte der Nutzer der Drogenkonsumräume wohnte in diesem Zeitraum überwiegend selbstständig (52,9 %). 7,1 % wohnten in einem Heim oder einer Klinik und 6,1 % bei ihren Eltern oder sonstigen Angehörigen und 16,1 % waren ohne Wohnung. Frauen und Männer unterschieden sich nicht hinsichtlich der Wohnsituation. Der Anteil Wohnungsloser an der Gesamtklientel der Konsumräume ist demnach tendenziell höher als von den im Rahmen der

<sup>15</sup> Unter Opiatabhängigen (Hauptdiagnose), die im Jahr 2004 Berliner Suchtberatungsstellen aufsuchten, lag der Anteil deutscher Staatsbürger bei 84,6 %.

Evaluation befragten Berliner Experten angenommen wird (Abschnitt 6.1.1) und höher als unter der Berliner Beratungsstellenklientel des Jahres 2004 (5,8 % wohnungslos; IFT, 2005).

Tab. 7: Überwiegende Wohnsituation der letzten sechs Monate (n = 490)

| Wohnsituation          | Anteil in % |
|------------------------|-------------|
| selbstständig          | 52,9        |
| ohne festen Wohnsitz   | 16,1        |
| Heim/Klinik            | 7,1         |
| Angehörige/Eltern      | 6,1         |
| betreutes Wohnen       | 5,3         |
| JVA                    | 3,3         |
| Sonstiges/keine Angabe | 9,2         |
| Gesamt                 | 100,0       |

Vergleicht man die Daten mit Ergebnissen aus Frankfurter Konsumräumen, so fällt auf, dass dort deutlich mehr Menschen selbstständig (62,1 %) oder bei Angehörigen wohnten (19,8 %) als in Berlin, hingegen etwas weniger Konsumraumnutzer ohne festen Wohnsitz waren (14,3 %; Schmid & Vogt, 2005).

Im Zusammenhang mit der Etablierung von Drogenkonsumräumen in Berlin stellte sich von Beginn an die Frage, an welchen Standorten die Einrichtungen realisiert werden sollten. Idealerweise sind Konsumräume im sozialen Umfeld von Drogenabhängigen angesiedelt, damit das Hilfeangebot leicht zugänglich ist. Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht zum einen, in welchen Bezirken die Nutzer der jeweiligen Konsumräume wohnen bzw. polizeilich gemeldet sind und zum anderen in welchem Bezirk sie sich hauptsächlich aufhalten. Einschränkend muss dazu gesagt werden, dass die Datensätze zum Wohnbezirk bzw. zum hauptsächlichlichen Aufenthaltsort der Konsumraumbesucher nicht vollständig sind. So liegen von den 240 Besuchern der Birkenstube lediglich von 201 Personen Angaben zum Wohn- oder Aufenthaltsort vor (83,8 %) und von den Nutzern des Konsummobils liegen nur in 77,8 % der Fälle (130 von 167) Angaben zum Wohn- oder Aufenthaltsort vor, die Dokumentation der SKA gibt Auskunft über 93,7 % der Fälle.

Tab. 8: Wohnbezirke und hauptsächlichlicher Aufenthaltsort der Konsumraumnutzer, Angaben in Prozent

| Bezirk                           | Birkenstube          |                     | SKA                  |                      | Konsummobil        |                     |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
|                                  | Wohnbezirk (n = 179) | Aufenthalt (n = 92) | Wohnbezirk (n = 105) | Aufenthalt (n = 127) | Wohnbezirk (n=115) | Aufenthalt (n = 81) |
| Charlottenburg/Wilmersdorf       | 6,1                  | 10,9                | 2,9                  | 2,4                  | 7,0                | 30,9                |
| Hellersdorf/Marzahn              | 1,1                  | 0,0                 | 1,9                  | 1,6                  | 0,9                | 1,2                 |
| Köpenick/Treptow                 | 1,1                  | 0,0                 | 6,7                  | 2,4                  | 2,6                | 2,5                 |
| Mitte/Tiergarten/Wedding         | 30,7                 | 23,9                | 5,7                  | 3,9                  | 16,5               | 17,3                |
| Reinickendorf                    | 3,9                  | 0,0                 | 1,9                  | 1,6                  | 3,5                | 1,2                 |
| Spandau                          | 4,5                  | 1,1                 | 2,9                  | 2,4                  | 4,3                | 2,5                 |
| Friedrichshain/Kreuzberg         | 2,2                  | 5,4                 | 24,8                 | 41,7                 | 6,1                | 11,1                |
| Hohenschönhausen/Lichtenberg     | 1,7                  | 0,0                 | 2,9                  | 2,4                  | 1,7                | 0,0                 |
| Neukölln                         | 2,2                  | 5,4                 | 29,5                 | 14,2                 | 4,3                | 4,9                 |
| Pankow/Prenzlauer Berg/Weißensee | 3,4                  | 3,3                 | 5,7                  | 0,8                  | 2,6                | 2,5                 |
| Schöneberg/Tempelhof             | 5,6                  | 4,3                 | 4,8                  | 1,6                  | 7,8                | 7,4                 |
| Steglitz/Zehlendorf              | 2,8                  | 2,2                 | 0,0                  | 0,0                  | 5,2                | 0,0                 |
| außerhalb Berlins                | 2,2                  | 0,0                 | 8,6                  | 0,0                  | 8,7                | 0,0                 |
| ohne festen Wohnsitz             | 32,4                 | 43,5                | 1,9                  | 25,2                 | 28,7               | 18,5                |
| Gesamt                           | 99,9*                | 100,0               | 100,1*               | 100,0                | 99,9*              | 100,0               |

\* Aufgrund von Rundungsfehlern kann die Gesamtsumme geringfügig von 100 abweichen (auf in weiteren Tabellen).

Wie aus den Daten der Klientendokumentation hervorgeht, war etwa jeder dritte Nutzer der Birkenstube (30,7 %) im Bezirk Mitte gemeldet und etwa jeder Vierte (23,9 %) hatte in diesem Bezirk den hauptsächlichlichen Aufenthaltsort. Die Besucher der SKA waren in 24,8 % der Fälle in Kreuzberg-Friedrichshain gemeldet, 41,7 % gaben aber an, sich hauptsächlich in diesem Bezirk aufzuhalten. Zudem war offensichtlich ein Großteil der Klientel der SKA (29,5 %) im nahe gelegenen Neukölln gemeldet.

Von den Nutzern des Konsummobils hielten sich 30,9 % überwiegend in Charlottenburg/Wilmersdorf auf (doch nur 7,0 % dort Gemeldete). Dies dürfte auf den Standort am Bahnhof Zoo zurückzuführen sein.

Ob die Klienten der Konsumräume - abweichend von den vorher gemachten Angaben (vgl. Tab. 7) wirklich zu einem solch hohen Anteil ohne festen Wohnsitz waren muss angezweifelt werden. Zudem erscheint es unklar, warum für einen Teil dieser Klienten gleichwohl Angaben zum Wohnbezirk gemacht wurden. Wahrscheinlich ist, dass diese Unterschiede auf abweichendes Dokumentationsverhalten bzw. unterschiedliche Interpretationen und Zuordnungen zurückzuführen sind. Bspw. wurden Klienten, die in Obdachloseneinrichtungen wohnten, von einigen Mitarbeitern generell als wohnungslos klassifiziert. Andere Mitarbeiter trafen diese Einordnung hingegen nur dann, wenn keine polizeiliche Anmeldung vorlag.

Bezüglich des **Bildungsniveaus** der Konsumraumnutzer kann eine durchschnittlich eher schlechte schulische Qualifikation konstatiert werden. 43,0 % der im Rahmen der Nutzerbefragung interviewten Personen hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss. 22,8 % haben die Schule mit der Mittleren Reife abgeschlossen und 11,4 % hatten Abitur oder Fachabitur. 17,7 % der Klienten hatten keinen Schulabschluss. Im

Vergleich zu den Daten aus der Berliner Klientendokumentation ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Bildungsniveaus der jeweiligen Klientel (vgl. IFT, 2005).

Im Hinblick auf den **Familienstand** der Nutzer der Konsumräume ergibt sich folgendes Bild: 83,5 % waren ledig, 13,9 % verheiratet, aber getrennt lebend, geschieden oder verwitwet. Lediglich zwei Personen waren verheiratet und lebten mit dem Partner zusammen. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Klienten der Berliner Drogenberatungsstellen: Zwar lag der Anteil lediger Personen unter den opiat- und kokainabhängigen Klienten der Beratungsstellen lediglich bei 72,6 %, doch lebten 19,0 % getrennt, waren geschieden oder verwitwet (vgl. IFT, 2005). Die mit 63 von 79 überwiegende Zahl der Nutzer hatte keine **Kinder**. Zehn Befragte hatten ein Kind und sechs haben zwei Kinder oder mehr. Nur zwei der 79 befragten Nutzer lebten mit Kindern in einem Haushalt.

## 5.2.2 Drogenkonsum der Konsumraumnutzer

### 5.2.2.1 Prävalenz und Frequenz des Substanzkonsums

Erwartungsgemäß wiesen die befragten Nutzer eine vergleichsweise hohe Prävalenz des Substanzkonsums auf. So haben (nahezu) alle befragten Konsumraumnutzer Erfahrung mit Alkohol, Heroin, Methadon, Kokain und Cannabis.

Tab. 9: *Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Substanzkonsums sowie Konsumfrequenz, sortiert nach Lebenszeitprävalenz, Mehrfachnennungen möglich (n = 79)*

|                            | Lebenszeitprävalenz<br>in % | Monatsprävalenz<br>in % | Konsumfrequenz<br>Tage pro Monat |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Alkohol                    | 100,0                       | 63,3                    | 13,1                             |
| Heroin                     | 100,0                       | 98,7                    | 24,9                             |
| Cannabis                   | 98,7                        | 69,6                    | 13,1                             |
| Kokain                     | 93,7                        | 63,3                    | 10,2                             |
| Methadon                   | 91,1                        | 49,3                    | 11,2                             |
| Halluzinogene              | 86,1                        | 1,3                     | 2,0                              |
| Amphetamine                | 84,8                        | 7,6                     | 5,2                              |
| Benzodiazepine/Barbiturate | 74,7                        | 36,7                    | 9,3                              |
| andere Opiate              | 57,0                        | 5,1                     | 2,1                              |
| Crack                      | 30,4                        | 1,3                     | 1,0                              |
| Schnüffelstoffe            | 24,1                        | 0,0                     | 0,0                              |
| Sonstiges                  | 2,5                         | 1,3                     | 1,5                              |

Im Hinblick auf den aktuellen Substanzkonsum (Konsum im letzten Monat) haben erwartungsgemäß wiederum Heroin, Kokain, Alkohol und Cannabis die größte Bedeutung. Etwa jeder zweite Nutzer der Konsumräume (49,3 %) betrieb aktuell auch einen Methadongebrauch.

Auch bezüglich der **Häufigkeit** des Substanzkonsums der befragten Konsumraumnutzer hatte Heroin mit einem durchschnittlichen Konsum an knapp 25 Tagen im Monat offensichtlich eine große Bedeutung. Substanzen wie Alkohol und Cannabis wurden jeweils durchschnittlich an 13,1 Tagen im Monat konsumiert. Methadon wurde von den Nutzern der Konsumräume etwa ähnlich häufig genutzt wie Kokain.

Für den größten Teil der Konsumraumnutzer war Heroin die erste **Präferenzdroge**. Jedoch zeigten sich hier in Abhängigkeit vom Geschlecht und dem Standort des Konsumraums teilweise interessante Unterschiede.

Tab. 10: Erste Präferenzdroge nach Geschlecht und Standort, Angaben in Prozent

| Droge    | Gesamt<br>n = 489 | Männer<br>n = 345 | Frauen<br>n = 75 | Birkenstube<br>n = 217 | SKA<br>n = 154 | Konsummobil<br>n = 155 |
|----------|-------------------|-------------------|------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| Heroin   | 86,1              | 88,7              | 75,8             | 91,2                   | 93,5           | 73,5                   |
| Cocktail | 8,4               | 7,5               | 12,1             | 6,5                    | 0,0            | 18,7                   |
| Kokain   | 5,5               | 3,9               | 12,1             | 2,3                    | 6,5            | 7,7                    |
| Gesamt   | 100,0             | 100,1             | 100,0            | 100,0                  | 100,0          | 99,9                   |

Männer präferierten signifikant häufiger Heroin ( $\chi^2 = 13,3$ ;  $df = 2$ ;  $p < .005$ ), Frauen Kokain oder Cocktails. Zudem zeigte sich auch bei den Nutzern des Konsummobils eine signifikant höhere ( $\chi^2 = 44,846$ ;  $df = 4$ ;  $p < .001$ ) Präferenz für Cocktails. Die höhere Präferenz von Frauen für Kokain und Cocktails beschreiben auch die Studien aus Hamburg und Frankfurt, ebd.).

Der Mittelwert der Konsumhäufigkeit der ersten Präferenzdroge während der letzten 30 Tage betrug auf der Grundlage der Daten der Dokumentation 26 Tage, was gleichbedeutend ist mit einem (fast) täglichen Konsum.

#### 5.2.2.2 Alter bei Erstkonsum der konsumierten Substanzen

Die Besucher der Konsumräume waren beim Erstkonsum von Alkohol durchschnittlich etwa 13 und beim Erstkonsum von Cannabis 14 Jahre alt. Der erstmalige Gebrauch von Heroin erfolgte im Durchschnitt im Alter von 18,8 Jahren, der von Kokain von 20,5 Jahren. Methadon weist mit 25,7 Jahren das höchste Durchschnittsalter für den Erstkonsum auf. Der Median (MD) gilt im Zusammenhang mit der Beschreibung der Altersverteilung beim Erstkonsum von Substanzen gemeinhin als das bessere Maß, da genau so viele Werte *über* wie *unter* dem Median liegen und Ausreißer (d.h. „Späteinsteiger“) diesen Kennwert nicht beeinflussen



Tab. 11: Alter bei Erstkonsum jeder konsumierten Substanz (n = 79)

| Suchtmittel                | Alter bei Erstkonsum |        |
|----------------------------|----------------------|--------|
|                            | im Mittel            | Median |
| Alkohol                    | 12,9                 | 13     |
| Cannabis                   | 14,2                 | 14     |
| Schnüffelstoffe            | 16,8                 | 16     |
| Halluzinogene              | 17,2                 | 16     |
| Amphetamine                | 18,7                 | 17     |
| Heroin                     | 18,8                 | 18     |
| Kokain                     | 20,5                 | 19     |
| Benzodiazepine/Barbiturate | 21,3                 | 21     |
| Crack                      | 22,9                 | 21     |
| Methadon                   | 25,7                 | 25     |

Neun von zehn Nutzern der Drogenkonsumräume (90,2 %) gaben an, ihre erste Präferenzdroge (jemals) intravenös konsumiert zu haben. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass knapp ein Zehntel der Klienten bislang noch keine intravenöse Drogenapplikation aufwies. Diese Konsumraumbesucher fanden sich erwartungsgemäß überwiegend in der Birkenstube, die den einzigen Rauchraum in Berliner Konsumräumen anbietet.

Über die bevorzugte Konsumform - bezogen auf die jeweilige Präferenzdroge - liegen Daten von 473 Klienten vor. Danach zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 12).

Tab. 12: Bevorzugte Art des Konsums der Präferenzdroge, Angaben in Prozent

| Art des Konsums | Birkenstube<br>(n = 210) | SKA<br>(n = 152) | Konsummobil<br>(n = 149) | Gesamt<br>(n = 473) |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| Injektion       | 57,6                     | 88,2             | 96,0                     | 76,7                |
| Rauchen         | 31,4                     | 3,3              | 0,0                      | 14,8                |
| nasal           | 11,0                     | 8,6              | 4,0                      | 8,5                 |
| Gesamt          | 100,0                    | 100,1            | 100,0                    | 100,0               |

Der mit 76,7 % mit Abstand größte Teil der Konsumraumnutzer konsumierte die erste Präferenzdroge am liebsten per Injektion. 14,8 % präferierten das Rauchen und 8,5 % nahmen die Droge bevorzugt durch die Nase auf. Wie die Tab. 12 zeigt, bestätigte sich hier der - signifikant - höhere Anteil von Rauchpräferenzen in der Birkenstube.

Im Zusammenhang mit der intravenösen Drogenapplikation gilt die Übertragung von Infektionskrankheiten als ein wesentliches Risiko des Drogengebrauchs (Kleiber & Pant, 1996). Aus diesem Grund galt es im Rahmen der Nutzerbefragung zu untersuchen, inwieweit die Klientel dieses Angebots ihre Spritzenutensilien mit anderen Drogenkonsumenten teilten. Nach den vorliegenden Daten gaben etwa zwei Drittel der befragten Nutzer (64,8 %) an, nur sauberes Besteck zu benutzen. 26,8 % haben in den vergangenen sechs Monaten „manchmal“ und weitere 8,5 % „häufiger“ ihre Konsumutensilien geteilt.

### 5.2.3 Gesundheit und Inanspruchnahme von Hilfen

Wesentliches Ziel der Arbeit der Drogenkonsumräume ist es, die Gesundheit Drogenabhängiger zu fördern und ggf. weiterführende Hilfen einzuleiten oder diese zu vermitteln. Aus diesem Grund wurde mit Hilfe der Nutzerbefragung untersucht, wie der Gesundheitsstatus der Konsumraumklientel einzuschätzen ist und welche Erfahrungen im Zusammenhang diese mit der Inanspruchnahme suchtspezifischer, sozialer oder medizinischer Hilfen aufweisen.

#### 5.2.3.1 Krankheiten, Drogennotfälle und Suizidversuche

Infektionskrankheiten - wie z.B. verschiedene Formen der Hepatitis - sind unter Drogenabhängigen weit verbreitet. Die Patienten haben angesichts ihrer Lebensumstände ein hohes Risiko, bei Hepatitis B oder C-Infektionen chronische Verläufe auszubilden. Von den Konsumraumträgern engagiert sich insbesondere Fixpunkt schon seit Jahren für eine differenzierte Aufklärung, Prävention und Impfungen zu Hepatitis. Eine in diesem Zusammenhang von Fixpunkt durchgeführte Szenebefragung vom März 2004 ergab zum einen, dass ein gutes Viertel der Befragten von Hepatitis A- und B-Infektionen berichtete und zum anderen, dass das Wissen um die eigene Erkrankung bzw. Infektion nicht immer vorhanden war (Fixpunkt, 2004).

Die Befragung der Konsumraumbesucher ergab, dass hier knapp jeder Zweite von Infektionskrankheiten betroffen war. Bei den Angaben zu Infektionen gibt es bei den dokumentierten Fällen - im Gegensatz zu den Angaben zu Krankenversicherung und Impfung - kaum fehlende Daten, zudem stimmen die Prozentwerte der Dokumentation und der Nutzerbefragung im Großen und Ganzen überein. Tab. 13 stellt die Zahlen der beiden Datenquellen gegenüber.

Tab. 13: Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Konsumraumnutzern, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich

|             | Dokumentation  | Nutzerbefragung<br>(n = 79) |
|-------------|----------------|-----------------------------|
| Hepatitis C | 40,2 (n = 490) | 46,8                        |
| Hepatitis B | 6,3 (n = 490)  | 5,1                         |
| Hepatitis A | 5,3 (n = 491)  | 3,8                         |
| HIV         | 3,1 (n = 480)  | 2,5                         |

40,2 % der in der Dokumentation erfassten Klienten und 46,8 % der Befragten gaben an, mit Hepatitis C infiziert zu sein, womit sich erneut die hohen HCV-Infektionsraten unter Drogenabhängigen bestätigen. Die daraus resultierenden Folgeprobleme (Weiterverbreitung und Chronifizierung) stellen die Drogenhilfe - und nicht nur sie - vor große Herausforderungen. Gleichwohl kann darauf hingewiesen werden, dass die Rate der Hepatitis C-Infektion trotz ihrer häufigen Nennung in der vorliegenden Untersuchung im Vergleich mit anderen Städten *relativ* niedrig bewertet werden kann<sup>16</sup>. Für Hepatitis A und B sowie HIV fielen die Werte wesentlich geringer aus (zum Vergleich: in Frankfurter Konsumräumen wird von einer HIV-Infektionsrate von 10,0 % ausge-

<sup>16</sup> Zum Vergleich: In Hamburg haben allein 41,5 % der in der Basisdatendokumentation im ambulanten Drogenhilfesystem, Bado, erfassten Klienten Hepatitis C, von den Substituierten sogar 56,6 % (Martens, Lorenzen, Verthein & Degkwitz, 2003). Daten aus dem Hamburger Klinikum Nord und der Praxis des Hamburger Arztes Dr. Ullmann verweisen auf noch höhere Infektionsraten (60 %, Brack, 2002 und 67 %, Raschke & Ullmann, 2001). Unter den Klienten der Frankfurter Konsumräume lag die HCV-Infektionsrate bei 61 %. (Schmid & Vogt, 2005).

gangen; Schmid & Vogt, 2005). Dies kann möglicherweise als ein Erfolg der gesundheitsprophylaktischen Arbeit in Berlin<sup>17</sup>. gewertet werden.

Sowohl im Rahmen der Klientendokumentation als auch bei der Nutzerbefragung wurde erfasst, ob und welche **Impfungen** Konsumraumnutzer durchgeführt haben und welche Infektionskrankheiten bei ihnen bislang festgestellt wurden. Obgleich die Datensätze der Dokumentation zu diesem Themenbereich nicht vollständig sind, kann davon ausgegangen werden, dass mindestens 20 - 25 % der Klientel gegen Hepatitis A und B geimpft wurden (die Fixpunkt Szeneumfrage ermittelte hier etwas höhere Werte von etwa einem Drittel - vgl. Fixpunkt, 2004).

Von **Drogennotfällen** innerhalb der vergangenen sechs Monate berichteten 16,5 % der befragten Nutzer (meist von einem bzw. zwei kritischen Situationen).

Zwei Drittel der befragten Konsumraumnutzer (64,6 %) gaben an, im letzten Jahr unter **psychischen Problemen** gelitten zu haben. Etwa jeder Zehnte (10,1 %) berichtete von (mindestens) einem **Suizidversuch**. Bei diesen Daten gibt es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

### 5.2.3.2 Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

Entsprechend der Konzeption der Drogenkonsumräume in Berlin soll dieses suchtspezifische Angebot (1.) drogenabhängige (Teil-)Zielgruppen ansprechen, die durch die traditionellen Angebote der Suchthilfe nicht oder schwer erreicht werden, und (2.) Drogenabhängige dazu motivieren, weitere - insbesondere ausstiegsorientierte - Hilfen in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund wurde durch die Befragung der Konsumraumbesucher auch untersucht, welche suchtspezifischen Hilfen diese genutzt haben oder gegenwärtig nutzen (vgl. Tab. 14).

---

<sup>17</sup> Vor allem der Träger Fixpunkt engagiert sich seit Jahren u.a. in vom BMGS geförderten Projekten und Kampagnen rund um das Thema Hepatitisprophylaxe und -Impfung, und fordert zusammen mit anderen Experten die Entwicklung einer nationalen Hepatitis C-Strategie (vgl. z.B. Leicht & Stöver, 2004).

Tab. 14: Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen durch Konsumraumnutzer, Angaben in Prozent, sortiert nach Häufigkeit „jemals genutzt“, Mehrfachnennungen möglich (n = 79)

|                               | jemals<br>(Lebenszeit) | im letzten Jahr | im letzten<br>Monat |
|-------------------------------|------------------------|-----------------|---------------------|
| Suchtberatung                 | 86,1                   | 63,3            | 43,0                |
| Kontaktladen, Streetwork      | 84,8                   | 81,0            | 77,2                |
| stationäre Entgiftung         | 74,7                   | 44,3            | 8,9                 |
| stationäre Therapie           | 57,0                   | 20,3            | 3,8                 |
| Substitutionsbehandlung       | 55,7                   | 26,6            | 16,5                |
| betreutes Wohnen              | 45,6                   | 26,6            | 19,0                |
| PSB                           | 39,2                   | 25,3            | 21,5                |
| Selbsthilfe                   | 31,6                   | 8,9             | 1,3                 |
| ambulante Nachsorge           | 10,1                   | 2,5             | 1,3                 |
| stationäre Nachsorge          | 10,1                   | 1,3             | 0,0                 |
| ambulante Therapie            | 8,9                    | 1,3             | 1,3                 |
| ambulante Entgiftung          | 7,6                    | 2,5             | 0,0                 |
| mindestens eine dieser Hilfen | 100,0                  | 92,6            | 90,1                |

Auf die Lebenszeit bezogen ebenso wie innerhalb des zurückliegenden Jahres und Monats hatten (fast) alle befragten Nutzer schon Kontakt zu suchtbezogenen Hilfen. Die Mehrzahl hatte Kontaktladen, Streetwork oder Suchtberatung in Anspruch genommen. Fast drei Viertel haben schon eine stationäre Entgiftung durchgeführt und mehr als jeder Zweite (57,0 %) eine stationäre Therapie. Die Daten zur Inanspruchnahme im letzten Monat zeigen, dass die Konsumräume offensichtlich auch einige Abhängige erreichen, die sich erst kürzlich in einer abstinenten (stationären) Therapie befanden, die sie möglicherweise abgebrochen und aktuell zumindest einen Rückfall haben. Diese Klienten stellen mit Blick auf Drogennotfälle eine Hochrisikogruppe dar. Deshalb ist es zu begrüßen, dass sie in dieser labilen Phase zumindest die Konsumräume aufsuchen und so eine Chance der Re-Integration in Hilfe besteht.

Auf die *aktuelle* Situation bezogen (Inanspruchnahme innerhalb der vergangenen 30 Tage) gaben 77,2 % der Konsumraumbesucher an, die Hilfe von Kontaktladen und Streetworkern in Anspruch genommen zu haben, und immerhin 43,0 % der Besucher von Drogenkonsumräumen standen im Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle. Für diese vergleichsweise hohe Inanspruchnahmerate von Drogenberatungsstellen durch die Nutzer der Konsumräume liegen zunächst zwei alternative Interpretationen nahe: Zum einen kann dies Folge einer erfolgreichen Motivierungs- und Vermittlungsarbeit der Konsumraummitarbeiter sein, zum anderen ist es möglicherweise Ausdruck eines zielorientierten Hilfesuchverhaltens Drogenabhängiger, für unterschiedliche Bedarfe je spezifische Einrichtungen zu nutzen.

Da die hier referierten Selbstauskünfte jedoch keine Auskunft über die Qualität oder Stetigkeit der Nutzung von Hilfen, hier vor allem der Beratungsstellen geben, wurde im Rahmen der Studie die Überschneidung von Konsumraum- und Beratungsstellen-Klientel genauer untersucht. Mit einer gesonderten Datenanalyse wurde objektiv geprüft, ob Klienten der Konsumräume tatsächlich Drogenberatungsstellen nutzen. Dabei wurden die pseudonymisierten Personencodes (HIV-Codes) aus der Konsumraumdokumentation mit jenen aller Berliner Drogenberatungsstellen im Jahr 2004 abgeglichen. Mit Hilfe dieses Verfahrens - das im Vorfeld mit dem Datenschutzbeauftragten

des Landes Berlin abgestimmt war - ist es möglich zu prüfen, ob Klienten der Konsumräume auch Beratungsstellen nutzen<sup>18</sup>. Über den Vergleich des jeweiligen Aufnahmedatums<sup>19</sup> kann ermittelt werden, ob der Kontakt zur Beratungsstelle schon *vor* der ersten Konsumraumnutzung oder *nach* der ersten Nutzung des Konsumraums stattgefunden hat<sup>20</sup>. Nur dann, wenn die Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle nach dem Kontakt zum Konsumraum erfolgte, ist die Voraussetzung für eine Interpretation als *Vermittlung in weiterführende Hilfe* gegeben. Selbstverständlich könnte die Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle auch ohne eine Vermittlungsleistung der Konsumraummitarbeiter erfolgen.

Das Ergebnis ist sehr interessant: Nach den Selbstauskünften der Befragten hatten etwa fast zwei Drittel im letzten Jahr Kontakt zu Drogenberatungsstellen. Doch zeigte der Datenabgleich ein deutlich niedriges Ergebnis: 109 der insgesamt 523 Nutzer der Konsumräume (20,8 %) tauchten auch in der Klientenstatistik der Drogenberatungsstellen auf. Etwa die Hälfte von ihnen (n = 52) waren Klienten der Birkenstube, 23 waren Besucher der SKA und 34 des Konsummobils<sup>21</sup>. Die Abweichungen zu den Selbstauskünften lassen - erneut - mehrere Interpretationen zu: Zum einen wurden mit der Befragung möglicherweise vor allem Klienten erreicht, die eine größere Nähe zum Hilfesystem und zu den Konsumräumen aufwiesen, und zum anderen kann es sein, dass die Nutzer den Begriff „Kontakt“ anders und „weicher“ interpretiert haben. Bspw. kann schon der (einmalige) Besuch des offenen Bereichs einer Beratungsstelle oder ein sporadisches/gelegentliches „Vorbeischaun“ aus Klientensicht als Inanspruchnahme betrachtet werden. Dabei handelte es sich jedoch nicht um so genannte „zielführende Beratungen“ mit der Dokumentation von Klientendaten.

Bei 74 der 109 Fälle handelt es sich um Personen, die die Drogenberatung (auch schon) vor ihrem Erstkontakt zum Konsumraum genutzt haben, während 35 erst Kontakt zur Drogenberatung aufnahmen, nachdem sie im Konsumraum waren - möglicherweise auf Initiative der Konsumraummitarbeiter. 13 Drogenabhängige standen *vor* und *nach* dem Aufnahmekontakt zum Konsumraum in Kontakt zur Beratungsstelle.

Die vergleichende Datenanalyse zeigt auch, dass 68 der 109 Konsumraumnutzer im Kontakt zu einer Beratungsstelle stehen, die nicht Träger eines Konsumraumes ist. Dagegen stehen 41 Nutzer im Kontakt zu Beratungsstellen eines Konsumraumträgers.

Interessant dürfte auch ein weiteres Datum sein: Folgt man den Daten der Dokumentation der fallbezogenen Arbeit, so war keiner der Konsumraumnutzer zum Zeitpunkt der Nutzung bzw. im letzten Monat in einer **Substitutionsbehandlung**. Bei der durch externe Interviewerinnen durchgeführten Nutzerbefragung gaben hingegen 13 der befragten 79 Personen an, aktuell substituiert zu werden (16,5 %). Unter Berücksichtigung der Daten zum aktuellen Methadongebrauch der Konsumraumnutzer (s. Tab. 9) und den Angaben zur aktuellen Inanspruchnahme von Substitution und PSB muss davon ausgegangen werden, dass im Gegensatz zur Konzeption des Berliner Konsum-

<sup>18</sup> Hier können möglicherweise einmalige Kontakte zu Beratungsstellen nicht berücksichtigt werden, da diese erst ab dem zweiten Kontakt Klientendaten dokumentieren müssen („zielführende Beratung“).

<sup>19</sup> Eine weitere Ungenauigkeit kann sich jedoch daraus ergeben, dass für die Dokumentation der Beratungsstellen die so genannte 60-Tage-Regel gilt: Unterbricht ein Klient den Kontakt zu einer Beratungsstelle für mehr als 60 Tage wird der Fall abgeschlossen. Kommt er irgendwann danach wieder, wird ein „neuer“ Fall angelegt.

<sup>20</sup> Bzgl. des Datenabgleichs muss auf zwei Dinge hingewiesen werden: Zum einen unterscheiden sich die Bezugszeiträume, da die Beratungsstellendaten Auskunft über das gesamte Jahr 2004 geben, die Konsumräume jedoch erst ab der Eröffnung im Februar 2004 Daten gesammelt haben. Zum anderen muss beachtet werden, dass die Einrichtungen in den ersten Wochen und Monaten erst zögerlich und viel weniger in Anspruch genommen wurden als später.

<sup>21</sup> Hinzu kommen 33 Klienten, die in der Birkenstube Drogenberatung nutzten und von dort z.T. direkt z.B. in Entgiftung weitervermittelt wurden (vgl. S. 56).

raumangebots und den geltenden Zugangsbeschränkungen auch (im letzten Monat) substituierte Drogenabhängige die Einrichtungen nutzten. Diese Klienten nutzten die Einrichtungen, obgleich die Mitarbeiter bei jedem neuen Klienten und vor jedem Konsumvorgang nachfragten, ob er sich in einer Substitutionsbehandlung befand. Doch waren sie weitgehend auf die Selbstauskünfte der Klienten angewiesen; nur gelegentlich war der Klient und ggf. sein Status als Substitutionspatient einem Kollegen bekannt, der sein Wissen dann auch einfließen ließ. Und wenngleich die Mitarbeiter die gesetzlichen Mindeststandards befolgten und nach bestem Wissen und Gewissen handelten, konnte so nicht in jedem Fall die Nutzung der Einrichtungen durch Substituierte verhindert werden. Diese Erfahrung entspricht durchaus derjenigen in anderen deutschen Städten bzw. Konsumräumen: Bspw. wurde im Jahr 2002 im Rahmen der Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in Deutschland ein Anteil von 10,7 % Nutzern festgestellt, die sich in Substitutionsbehandlung befanden (zudem hatten 47,1 % frühere Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen; vgl. Poschadel, 2003).

Aus den vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen ergibt sich insgesamt ein Bild, wonach Drogenkonsumräume weniger ein Angebot sind, um neue Klientengruppen zu erreichen, als vielmehr, um eine eher bekannte Klientel medizinisch zu beraten und zur (erneuten) Aufnahme weiterführender und ggf. ausstiegsorientierter Hilfen zu motivieren. Eine Ausnahme stellen allerdings jene drogenabhängigen Nutzer der Konsumräume dar, die den Konsumraum zum Rauchen nutzten. Diese Klientel war durchschnittlich vier Jahre jünger als die i.v.-Drogenabhängigen und hatte meist wenig oder keine Erfahrung mit Drogenhilfe.

### 5.2.3.3 Inanspruchnahme sozialer, psychologischer und medizinischer Hilfen

In welchem Ausmaß nehmen die Besucher der Drogenkonsumräume andere Dienste der sozialen, psychologischen oder medizinischen Hilfe in Anspruch? Zunächst ist festzustellen, dass bzgl. des **Krankenversicherungsstatus** Daten für 345 Konsumraumnutzer vorliegen. Von diesen waren 303 (87,7 %) versichert.

Des Weiteren muss festgehalten werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Teilnehmer der Untersuchung angab (87,3 %), im zurückliegenden Monat zumindest eine soziale, psychologische oder medizinische Hilfe genutzt zu haben. Etwa jeder zweite Konsumraumbesucher stand aktuell in Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt (57,0 %) und jeweils etwas mehr als ein Viertel der Besucher hat die Dienste von Obdachloseneinrichtungen bzw. Wohnheimen und/oder des Arbeitsamtes genutzt.

Tab. 15: Inanspruchnahme anderer Hilfen, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich (n = 79)

|                                     | jemals<br>(Lebenszeit) | im letzten<br>Jahr | im letzten<br>Monat |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| niedergelassener Arzt               | 100,0                  | 93,7               | 57,0                |
| niedergelassener Psychiater         | 41,8                   | 12,7               | 3,8                 |
| Psychotherapeut                     | 34,2                   | 5,1                | 3,8                 |
| Krankenhaus                         | 87,3                   | 40,5               | 11,4                |
| Psychiatrie stationär (ohne Entzug) | 21,5                   | 2,5                | 0,0                 |
| Sozialpsychiatrischer Dienst        | 32,9                   | 21,9               | 8,9                 |
| andere Beratungsstelle              | 38,0                   | 21,5               | 10,1                |
| Obdachloseneinrichtung/Wohnheim     | 69,6                   | 39,2               | 27,8                |
| Kirchliche Hilfen/Heilsarmee u.ä.   | 35,4                   | 26,6               | 16,5                |
| Arbeitsamt                          | 91,1                   | 57,0               | 26,6                |
| Jugendamt                           | 27,8                   | 6,3                | 5,1                 |
| Jugendgerichtshilfe/Bewährungshilfe | 52,8                   | 27,8               | 15,2                |
| Sozialdienst im Gefängnis           | 25,3                   | 8,9                | 1,3                 |
| mindestens eine dieser Hilfen       | 100,0                  | 98,7               | 87,3                |

Im Hinblick auf den Versorgungsgrad der Nutzer der Berliner Drogenkonsumräume kann zusammengefasst werden, dass diese sowohl bezüglich suchtspezifischer wie auch hinsichtlich sozialer, psychologischer oder medizinischer Dienste eine hohe Inanspruchnahme verschiedenster Hilfen aufwiesen.

### 5.3 Nutzung des Konsumraumangebots

Damit eine differenzierte Erfassung der Nutzung des Berliner Konsumraumangebots erfolgen kann, wurde im Rahmen der Projektbegleitung (Kap. 2.7) gemeinsam mit den Betreibern der Konsumräume ein Instrument zur „Verlaufsdokumentation“ erarbeitet. Dieses Instrument konnte jedoch erst mit Beginn der zweiten Jahreshälfte 2004 eingesetzt werden. Das bedeutete, dass die (personenbezogenen) Nutzungen der Konsumräume nachträglich in die Dokumentation eingearbeitet wurden, was naturgemäß eine Fehlerquelle darstellt. Zudem sind Ungenauigkeiten bei der Einführung eines Dokumentationsinstruments üblich. Und so erstaunt es nicht, dass im unmittelbaren Vergleich der Daten, die die Betreiber der Konsumräume jeweils monatlich an die zuständige Erlaubnis- und Überwachungsbehörde (SenGesSozV) übermitteln, und den Daten, die sich aus der Verlaufsdokumentation generieren lassen, Unterschiede festgestellt wurden: Beispielsweise wurden von der SKA bis zum Ende des Jahres 2004 insgesamt 831 Konsumvorgänge gemeldet (vgl. Tab. 1), während in der Verlaufsdokumentation insgesamt 698 Konsumvorgänge dokumentiert wurden. In der Birkenstube verhält es sich ähnlich: Hier wurden laut Monatsberichten im Jahr 2004 insgesamt 3.319 Konsumvorgänge gezählt, während die Verlaufsdokumentation mit insgesamt 2.989 weniger Konsumvorgänge ausweist. Im Konsummobil fanden lt. Monatsberichten 733 Konsumvorgänge statt, nach der Verlaufsdokumentation hingegen nur 684.

In diesem Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, *wie* die Nutzer der Drogenkonsumräume in Berlin im Gesamten dieses Angebot nutzen. Dazu werden vor allem die

Daten der Nutzerbefragung (N = 79) herangezogen. Vorangestellt sei dieses Ergebnis: Etwa ein Drittel (32,9 %) der befragten Nutzer kennt nur *einen* Konsumraum und knapp die Hälfte gibt an, das *gesamte* Konsumraumangebot Berlins zu kennen. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Konsumräume sieht anders aus: Etwa zwei Drittel der Konsumraumnutzer (73,2 %) haben bislang nur einen der Konsumräume genutzt und nur etwa jeder Zehnte gibt an, sowohl die Birkenstube als auch die SKA und das Konsummobil genutzt zu haben.

### 5.3.1 Häufigkeit der Nutzung

Im Hinblick auf die persönliche Nutzung des Konsumraums wurden die interviewten Studienteilnehmer in einem ersten Schritt danach befragt, wie lange sie das Konsumraumangebot schon nutzen. 12,8 % von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung Erstnutzer und weitere 32,1 % der Befragten nehmen das Angebot seit maximal einem Monat in Anspruch. Etwa jeder Vierte (24,3 %) nutzt das Angebot seit zwei bis drei, 20,5 % seit vier bis sechs Monaten und 10,3 % seit mehr als sechs Monaten. Die durchschnittliche Nutzungszeit liegt bei drei Monaten (SD 2,6; berechnet ohne Erstnutzer).

Die Häufigkeit der Nutzung variiert unter den Befragten deutlich: 19,2 % nutzen das Angebot täglich oder fast täglich, 35,9 % mehrmals pro Woche, 11,5 % einmal pro Woche und die restlichen 20,5 % seltener. Auf der Grundlage der Nutzungsdokumentation zeigen sich *keine* geschlechtsspezifischen, wohl aber altersspezifische Zusammenhänge in der Häufigkeit der Nutzung. Demnach haben jüngere Nutzer die Konsumraumangebote durchschnittlich häufiger in Anspruch genommen als ältere ( $r = -0.13$ ;  $p < .01$ ).

Berücksichtigt man die Daten aller bisherigen Konsumraumbesuche aus der Klientendokumentation, so schwankt die Anzahl von einem Besuch bis zu maximal 155 Besuchen im Jahr 2004, die mittlere Häufigkeit der Nutzung liegt bei 8,5 Besuchen (SD = 18,0).

### 5.3.2 Drogenkonsum im Konsumraum

Im Rahmen dieses Kapitels wird dargestellt, welche Bedeutung das Konsumraumangebot im Verhältnis zum gesamten Drogenkonsum der Klienten hat. Hierzu wurden die Nutzer zum einen danach gefragt, wie viele Konsumvorgänge sie bezogen auf ihre Präferenzdroge innerhalb einer Woche etwa tätigen, und zum anderen wurde erfasst, wie viele Konsumvorgänge hiervon im jeweiligen Drogenkonsumraum stattfanden. Demnach stellte sich die Konsumfrequenz wie folgt dar:



Tab. 16: Konsumvorgänge mit Präferenzdroge pro Woche (n = 79)

| Konsumvorgänge pro Woche gesamt | Anteil in % |
|---------------------------------|-------------|
| bis 10                          | 25,6        |
| 11 - 20                         | 16,7        |
| 21 - 30                         | 32,1        |
| mehr als 30                     | 25,6        |
| Gesamt                          | 100,0       |

Die befragten Nutzer konsumierten durchschnittlich insgesamt 24,9-mal pro Woche ihre Präferenzdroge (SD 20,6). Dabei schwankte die Konsumhäufigkeit deutlich: Während etwa ein Viertel der Drogenabhängigen (25,6 %) angab, die Präferenzdroge pro Woche (nur) bis zu zehnmal zu konsumieren, konsumierte ein anderes Viertel der Klienten sie mehr als 30-mal pro Woche (25,6 %).

Und wie viele Konsumvorgänge fanden im Konsumraum statt? Tab. 17 gibt einen Überblick:

Tab. 17: Konsumvorgänge pro Woche im Konsumraum (n = 79)

| Konsumvorgänge pro Woche im Konsumraum | Anteil in % |
|--|-------------|
| 0                                      | 14,7        |
| 1 - 2                                  | 27,9        |
| 3 - 5                                  | 14,8        |
| 6 - 10                                 | 20,5        |
| mehr als 10                            | 22,1        |
| Gesamt                                 | 100,0       |

Auf die Konsumräume entfielen pro Nutzer im Mittel 6,0 Konsumvorgänge pro Woche (SD = 6,2)<sup>22</sup>. 27,9 % der Nutzer gaben an, im Konsumraum ein- bis zweimal pro Woche Drogen konsumiert zu haben, 42,6 % haben den Konsumraum für sechs oder mehr Konsumvorgänge/Woche genutzt. Insgesamt fanden 410 von insgesamt 1.700 genannten Konsumvorgängen (pro Woche) in den Konsumräumen statt. Demnach hatten die Klienten mit einem knappen Viertel einen beträchtlichen Anteil ihres gesamten Konsums in die Konsumräume verlagert (24,1 %).

Die übrigen Konsumvorgänge, die nicht im Konsumraum stattfanden, wurden nach den Angaben der befragten Nutzer insbesondere zu Hause oder bei Freunden (64,1 %), in öffentlichen Toiletten (43,6 %) oder im Freien (41,0 %) getätigt sowie an sonstigen Orten (19,2 %), meist in Hausflur, Treppenhaus oder Keller.

Die **überwiegende Applikationsform** im Konsumraum war - übereinstimmend sowohl nach den Angaben aus den Interviews als auch nach den Daten aus der Verlaufsdocumentation - der intravenöse Konsum (77,8 %). 15,5 % der Konsumraumbesucher rauchten und weitere 6,8 % konsumierten nasal. Die Ergebnisse im Einzelnen zeigt Tab. 18.

<sup>22</sup> Erstmalige Nutzer blieben hier unberücksichtigt.

Tab. 18: Überwiegende Applikationsform im Konsumraum, Angaben in Prozent (n = 472)

| Applikation | Birkenstube | SKA   | Konsummobil | Gesamt |
|-------------|-------------|-------|-------------|--------|
| Injektion   | 58,7        | 93,5  | 95,2        | 77,8   |
| Rauchen*    | 33,2        | 0,0   | 0,0         | 15,5   |
| nasal       | 8,1         | 6,5   | 4,8         | 6,8    |
| Gesamt      | 100,0       | 100,0 | 100,0       | 100,1  |

\* Rauchen ist nur in der Birkenstube möglich.

Die Applikationsform variierte in den Konsumräumen stark: In der Birkenstube konsumierte nur etwa jeder zweite Besucher (58,7 %) die Drogen intravenös, statt dessen rauchten hier mit 33,2 % signifikant mehr Nutzer als in den anderen Konsumräumen ( $\chi^2 = 117,391$ ;  $df = 4$ ;  $p < .001$ ). Das Ergebnis liegt darin begründet, dass in der Birkenstube - im Gegensatz zu den anderen Konsumräumen - ein spezieller Raum zum Rauchen von Drogen zur Verfügung steht. Eine derartig hohe Nutzung des Rauchraums in der Birkenstube und die Ergebnisse zur bevorzugten Art des Konsums der Präferenzdroge (Tab. 12) können durchaus als Hinweise auf einen generellen Bedarf nach Rauchräumen gewertet werden.<sup>23</sup>

Bezüglich der Ergebnisse zu den Applikationsformen zeigten sich Unterschiede zwischen den Daten der Verlaufsdocumentation und jenen der Monatsberichte: Im Jahresbericht für 2004 berichtet die Birkenstube (bezogen auf die Monate August bis Dezember 2004) - leicht abweichend von den oben referierten Angaben - von 67 % Injektionen, 29 % gerauchter und 4 % nasaler Applikation (BOA, 2005).<sup>24</sup> Ein Blick auf Erfahrungen aus Hamburg zeigt, dass auch dort mit 69,0 % das Spritzen von Drogen am weitaus häufigsten war, gleichwohl aber auch 32,0 % der Konsumvorgänge auf Rauchen entfielen sowie 13,0 % auf nasalen Konsum (Zurhold u.a., 2001).

### 5.3.3 Aufenthalt im Konsumraum

Nachfolgend wird beschrieben, in welchem zeitlichen Umfang Drogenkonsumräume genutzt werden. Da die Konsumräume sowohl in der Birkenstube als auch in der SKA ein integraler Bestandteil eines breiter angelegten Kontakt- und Beratungsangebots darstellen, wird dabei zwischen dem Aufenthalt in der gesamten Einrichtung und im Konsumraum unterschieden.

<sup>23</sup> Im weiteren Verlauf ging der *relative* Anteil des Rauchens in der Birkenstube etwas zurück, was nicht in einem Rückgang der Rauchvorgänge, als viel mehr darin begründet lag, dass die Inanspruchnahme insgesamt und damit auch des Injektionsraums (mit zudem zweimal so viel Plätzen wie im Rauchraum) weiter anstieg.

<sup>24</sup> Die Dokumentationen zum Konsummobil kommen zu fast identischen Ergebnissen (4,7 % der Konsumvorgänge im Jahr 2004 erfolgten nasal, die übrigen i.v.).

Durchschnittlich hielten sich die Befragten 87 Minuten (SD = 60,7) in den Räumlichkeiten der Einrichtung und davon im Mittel 17,4 Minuten im Konsumraum (SD = 9,9) auf. Demnach verbrachten die Konsumraumnutzer etwa ein Fünftel der Zeit, die sie sich in der Einrichtung aufhielten, im Konsumraum. Hinsichtlich der hier dargestellten Ergebnisse muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass Zeitangaben in Selbsteinschätzungen häufig ungenau sind und ein tatsächlicher Zeitaufwand eher unterschätzt als überschätzt wird. Eine Übersicht über die Angaben im Einzelnen gibt Tab. 19.

Tab. 19: Aufenthalt in der Einrichtung und im Konsumraum, Angaben in Prozent (n = 79)

| Aufenthalt in der Einrichtung | Anteil | Aufenthalt im Konsumraum | Anteil |
|-------------------------------|--------|--------------------------|--------|
| bis 30 Minuten                | 21,3   | bis 5 Minuten            | 12,8   |
| bis 50 Minuten                | 10,7   | bis 10 Minuten           | 21,8   |
| bis 60 Minuten                | 26,7   | bis 15 Minuten           | 21,8   |
| bis 150 Minuten               | 25,3   | bis 20 Minuten           | 19,2   |
| länger                        | 16,0   | länger                   | 24,4   |
| Gesamt                        | 100,0  | Gesamt                   | 100,0  |

Etwa die Hälfte der Befragten gab an, bis zu 15 Minuten im Konsumraum zu verweilen, die restlichen brauchten länger. Zu den Angeboten und Leistungen, die die Klienten in dieser Zeit im Konsumraum in Anspruch nahmen vgl. das folgende Kap. 5.4 und Tab. 20.

#### 5.4 Inanspruchnahme von Hilfen und Tätigkeitsspektrum

Die Berliner Konsumräume halten entsprechend der Berliner Einordnung von Konsumräumen als Teil der Drogenhilfe ein komplexes Angebot an Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten vor, das über die Bereitstellung des Konsumraums und hygienischer Konsumutensilien hinausgeht - wenngleich in je unterschiedlicher Weise und Umfang (vgl. Kap. 4). Um zu prüfen, welche Angebote und Leistungen die Klienten nutzen, wurden zum einen die Nutzer der Einrichtungen in den Interviews nach ihrer Inanspruchnahme befragt. Und zum anderen wurde als ein Baustein der Dokumentation in den Konsumräumen eine fallbezogen zu führende Tätigkeitsdokumentation entwickelt. Das bedeutet, dass jede klientenbezogene Tätigkeit, die während der Öffnungszeiten anfällt, von Mitarbeitern der Konsumräume in ein dafür eingerichtetes Excel-Format dokumentiert wurde. Unterschieden wurde dabei zwischen der **Art** der Tätigkeit (z.B. medizinische Beratung) und den **Inhalten** der klientenbezogenen Tätigkeiten (z.B. Hygienefragen). Weitere Items heben auf das Datum, den zeitlichen Umfang, den Ort und die Beteiligten ab.

Zur Tätigkeitsdokumentation muss jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass das hierfür erforderliche Instrument erst im Verlauf des ersten Halbjahres 2004 entwickelt und ab Juli eingesetzt wurde. Es folgten einige Anpassungen und erst im Verlauf konnten die Begrifflichkeiten und Einsatzweisen über alle Projekte vereinheitlicht werden. Dies entspricht den Erfahrungen, wonach bei derart komplexen Dokumentationen mit einer längeren Eingewöhnungsphase gerechnet werden muss. Die Einführung unterlag des Weiteren der gesteigerten Schwierigkeit, dass sie in die Implementationsphase des neuen Angebots fiel, die für die Beschäftigten auch so schon mit neuen Aufgaben und erhöhten Anforderungen einher ging. Zudem fühlten die Mitar-

beiter sich durch die zusätzliche und auf andere Aspekte abhebende monatliche Berichterstattung an die Senatsverwaltung doppelt belastet. Die Tätigkeitsdokumentation wurde deshalb in den Berliner Konsumräumen nicht gleich nach der Einführung mit einer hohen Systematik umgesetzt, sodass die Daten z.T. sehr lückenhaft oder fehlerbehaftet sind. Aus diesem Grund kann und soll hier nur sehr knapp auf die Daten eingegangen werden.

Im Folgenden werden Ergebnisse beider Untersuchungen dargestellt. Zunächst soll der Blick den Angaben der befragten Konsumraumnutzer gelten, um dann kurz auf die Tätigkeitsdokumentation einzugehen. In den Interviews wurden die Klienten befragt, welche weiteren Angebote Konsumraumnutzer neben der unmittelbaren Nutzung des Konsumraums in Anspruch nehmen (vgl. Tab. 20).

Tab. 20: Nutzung sonstiger Angebote, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich  
(n = 79)

| Angebot                             | Anteil in % |
|-------------------------------------|-------------|
| Getränke                            | 92,3        |
| Aufenthaltsmöglichkeit              | 80,8        |
| Mahlzeiten                          | 79,5        |
| Spritzentausch                      | 67,9        |
| medizinische Beratung               | 57,7        |
| medizinisch-pflegerische Hilfe      | 46,2        |
| Informationen                       | 44,9        |
| Drogenberatung                      | 32,1        |
| Telefoniermöglichkeit               | 30,8        |
| Kleiderkammer                       | 26,9        |
| an andere Stellen vermittelt worden | 26,9        |
| Kondomangebot                       | 25,6        |
| Körperhygiene                       | 21,8        |
| Wäschepflege                        | 20,5        |

Die Befragten nannten hier besonders häufig eher lebenspraktische Aspekte wie Getränke (92,3 %), Essensangebote (79,5 %) und die Möglichkeit, sich in den Räumen aufhalten (80,8 %) zu können. Spritzutensilien nutzten gut zwei Drittel (67,9 %). Die nächsten Rangplätze kamen medizinischer Beratung und Hilfe zu, beides wird von etwa der Hälfte der Klienten in Anspruch genommen. Immerhin ein Drittel gab an, im Konsumraum bzw. in der Gesamteinrichtung Drogenberatung zu nutzen. Gut ein Viertel ließ sich von den Mitarbeitern der Einrichtungen weitere Hilfen vermitteln. Die Klienten zeigen damit ein Inanspruchnahmespektrum, das die Orientierung auf Komplexangebote und eine mehrdimensionale Ansprache bestätigt. Zudem verhalten sie sich vergleichbar mit den Nutzern der Hamburger Konsumräume: Auch für diese waren - in dieser Reihenfolge - Essen, Trinken, Leute treffen (Aufenthalt) und Spritzentausch, gefolgt von medizinischer Versorgung besonders wichtig (vgl. Zurhold u.a., 2001).<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Die europäische Vergleichsstudie fand durchaus Unterschiede in der Rangfolge und der Nutzung weiterer Angebote der Konsumräume in den drei Städten: In Rotterdam und in Innsbruck erschien bspw. die Sozialberatung relativ wichtiger.

Betrachtet man nun das Tätigkeitsspektrum, wie es sich in der klientenbezogenen Tätigkeitsdokumentation darstellt, so ergibt sich ein anderes Bild: Derzeit liegen für 243 Klienten tätigkeitsbezogene Daten vor, die seit der Einführung der Tätigkeitsdokumentation im Juli 2004 über insgesamt 915 klientenbezogene Leistungen berichten. Demnach hätte nur etwa jeder zweite Konsumraumnutzer (48,1 %) - über die Bereitstellung von Konsumraum und -utensilien hinaus - klientenbezogene Leistungen erhalten. Dies würde im Umkehrschluss bedeuten, dass ein Großteil der Konsumraumnutzer die Einrichtung besucht, ohne medizinische oder sozialpädagogische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die nachfolgende Tab. 21 gibt eine Übersicht über die absoluten Häufigkeiten aller dokumentierten klientenbezogenen Leistungen sowie den Anteil am gesamten dokumentierten Tätigkeitsspektrum und schließlich über die Anzahl der Nutzer, die diese Leistungen (mindestens einmal) in Anspruch genommen haben.

Tab. 21: Häufigkeit von Tätigkeiten, Mehrfachnennungen möglich (n = 243 Klienten, 915 Leistungen)

| Tätigkeit                                   | Anzahl der Leistungen | Anteil an Leistungen in % | Anzahl der Personen |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| Information                                 | 282                   | 30,8                      | 122                 |
| medizinische Beratung                       | 190                   | 20,8                      | 88                  |
| medizinische Behandlung                     | 169                   | 18,5                      | 73                  |
| Anamnese                                    | 116                   | 12,7                      | 104                 |
| Vermittlung zu anderer Suchthilfeinrichtung | 59                    | 6,4                       | 43                  |
| soziale Beratung                            | 45                    | 4,9                       | 28                  |
| Drogennotfallintervention                   | 13                    | 1,4                       | 12                  |
| laufende Betreuung                          | 11                    | 1,2                       | 7                   |
| Vermittlung zum Gesundheitsmobil            | 7                     | 0,8                       | 5                   |
| HIV-Testberatung                            | 5                     | 0,5                       | 5                   |
| sonstige Vermittlung                        | 4                     | 0,4                       | 4                   |
| Fallgespräch                                | 2                     | 0,2                       | 2                   |
| Begleitung                                  | 1                     | 0,1                       | 1                   |
| Sonstiges                                   | 11                    | 1,2                       | 8                   |
| Gesamt                                      | 915                   | 99,9                      | 243                 |

Die Tätigkeitsliste umfasst z.T. andere Aspekte als die in Tab. 20 dargestellten; gleichwohl zeigten sich Ähnlichkeiten. Am häufigsten war „Informationsvermittlung“ (insgesamt 282-mal für 122 Klienten) dokumentiert worden, doch gleich gefolgt von „medizinischer Beratung und Behandlung“, die 190-mal und 169-mal für 88 und 73 der Nutzer notiert worden war (vor allem für ältere Personen). Damit bestätigte sich - bei aller Vorläufigkeit der tätigkeitsbezogenen Daten - auch hier der hohe Stellenwert medizinischer Hilfen.

Im engeren Sinne sozialarbeiterisch-beratende Tätigkeiten nahmen die nächsten Plätze ein: Eine Anamnese wurde für 104 und damit gut zwei Fünftel der hier erfassten Nutzer durchgeführt. Immerhin 43 Nutzer (18,4 % der 243 Klienten, für die Tätigkeiten notiert wurden) wurden zu anderen Suchthilfeinrichtungen vermittelt, darunter möglicherweise jene 35, deren HIV-Codes nach dem Besuch eines Konsumraums in einer

Beratungsstelle auftauchten (vgl. S. 48). Zudem wurden einige Klienten auch direkt in Entgiftung vermittelt. 28 Klienten erhielten z.T. mehrfach soziale Beratungen. Auf alle weiteren Leistungen entfielen weniger als 5,0 % der dokumentierten Tätigkeiten.

Eine differenziertere Dokumentation liegt aus der Birkenstube vor. Von den 240 Klienten dieses Konsumraumes nutzten im Jahr 2004 insgesamt 34 auch eine zielführende Drogenberatung durch den Sozialarbeiter. 17 von ihnen wurden von dort weitervermittelt, meist (9 Fälle) wurde in diesen Fällen eine Entgiftungsbehandlung und in drei Fällen auch eine Entwöhnung eingeleitet. Jeweils zwei Klienten wurden in eine ärztliche Substitutions-, in eine Krankenhausbehandlung oder zu einer anderen Beratungsstelle vermittelt.

Drogennotfallinterventionen tauchten in der Tätigkeitsdokumentation nur 13-mal auf, obgleich in den Monatsberichten insgesamt 25 Drogennotfälle dokumentiert wurden (vgl. Tab. 3). Die Tätigkeitsdokumentation ist also auch an diesem Punkt nicht vollständig. Das liegt hier jedoch nur z.T. daran, dass sie nicht systematisch eingesetzt wurde. Zum anderen Teil ist dies dem Umstand geschuldet, dass die Tätigkeitsdokumentation erst ein halbes Jahr nach Aufnahme der Konsumraumarbeit und der monatlichen Berichterstattung an die Senatsverwaltung eingeführt wurde und somit nur über einen deutlich kürzeren Zeitraum berichten kann.

In einem weiteren Schritt wurde mit der Dokumentation der Arbeit der Konsumräume eine Spezifikation der Tätigkeiten im Hinblick auf Inhalte vorgenommen: Demnach bezogen sich die anfallenden Informationsvermittlungen und medizinischen Beratungen hauptsächlich auf Fragen der Hygiene, der Hepatitis- und HIV-Prävention, der Impfung und auf Informationen zu Injektionstechniken. Medizinische Behandlungen galten vor allem Abszessen, dem Anlegen von Salbenverbänden oder Nekrosenabtragungen. Soziale bzw. suchtspezifische Beratungen hatten vor allem finanzielle Probleme, Fragen zur Beschäftigung bzw. Arbeit und nach weiterführender (suchtspezifischer) Hilfe zum Gegenstand.

Folgt man den hier vorliegenden Daten der Tätigkeitsdokumentation, so stellen medizinische Informations-, Beratungs- und Behandlungsleistungen den Kern der Konsumraumarbeit dar. Ergänzt werden diese durch Beratungen, die die soziale Situation und die Frage nach weitergehenden suchtspezifischen Hilfen des Klienten betreffen. Ein Vergleich von Klientenangaben und Tätigkeitsdokumentation sowie die insgesamt geringe Zahl dokumentierter Leistungen legen jedoch nahe, dass die Tätigkeitsdokumentation nicht systematisch eingesetzt wurde. Die Ergebnisse stehen deshalb unter erheblichen Vorbehalten und so wurde auch auf weitergehende Analysen verzichtet. Diese Einschränkung wurde in einer Diskussion mit den Betreibern bestätigt. Demnach vernachlässigten die Mitarbeiter die aus ihrer Sicht aufwändige Dokumentation von Tätigkeiten oft aus Zeitgründen und folglich spiegelt die Darstellung auch nicht das tatsächliche Tätigkeitsspektrum wieder.

## 5.5 Bewertung des Angebots aus Sicht der Klienten

Wie weiter mehrfach erwähnt, ist es ein Merkmal der Berliner Konzeption zum Betrieb von Drogenkonsumräumen, dass Konsumräume Teil eines niedrigschwelligen Komplexangebots sind, in denen neben der Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen Drogen zu konsumieren, weitere Angebote vorgehalten werden wie bspw. der Austausch von Spritzen, medizinische Hilfe oder die Beratung durch Sozialarbeiter.

Befragt man die Nutzer nun nicht nur - wie dargestellt - nach ihrer Inanspruchnahme der verschiedenen Elemente, sondern auch danach, wie *wichtig* die einzelnen Angebotskomponenten aus ihrer Sicht sind, ergibt sich ein recht eindeutiges Bild. Die nachfolgende Tab. 22 gibt eine vollständige Übersicht über die Beurteilungen der Wichtigkeit der einzelnen Angebote durch Konsumraumnutzer:

Tab. 22: *Wichtigkeit einzelner Angebote aus der Sicht der Konsumraumnutzer - Angaben in Prozent (n = 79)*

|   | sehr wichtig | wichtig | weniger wichtig | gar nicht wichtig | Gesamt |
|---|--------------|---------|-----------------|-------------------|--------|
| Angebot von Spritzutensilien            | 69,2         | 28,2    | 1,3             | 1,3               | 100,0  |
| medizinische Beratung                   | 53,8         | 43,6    | 1,3             | 1,3               | 100,0  |
| Angebot eines Essens                    | 51,3         | 42,3    | 6,4             | 0,0               | 100,0  |
| Anwesenheit von Helfern im Konsumraum   | 50,0         | 39,7    | 7,7             | 2,6               | 100,0  |
| Infos zu Safer Use, Hepatitisprophylaxe | 50,0         | 34,6    | 12,8            | 2,6               | 100,0  |
| Möglichkeit zum Waschen von Kleidung    | 42,1         | 39,5    | 15,8            | 2,6               | 100,0  |
| Beratung durch Sozialarbeiter           | 33,8         | 54,5    | 10,4            | 1,3               | 100,0  |

Grundsätzlich schätzten die meisten befragten Nutzer alle Angebote in den Konsumräumen als (sehr) wichtig ein. Am wichtigsten jedoch schienen die Angebote von Spritzutensilien und die Möglichkeit zur medizinischen Beratung zu sein. Sie rangierten damit noch vor den vielfach in Anspruch genommenen Essensangeboten. Am relativ unwichtigsten erschienen die Möglichkeit, Wäsche zu waschen sowie Informationen zu Safer Use und Hepatitisprophylaxe - bei allerdings auch hier insgesamt hohen Zustimmungswerten.

Im Anschluss an die Einschätzung der Wichtigkeit der Angebote sollten die Nutzer bewerten, wie zufrieden sie mit diesen und weiteren Aspekten der Konsumraumarbeit sind. Für die Bewertung sollten sie Schulnoten von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend vergeben. Was diese Bewertung der Konsumräume angeht, so herrschte insgesamt eine mehr oder weniger große Zufriedenheit (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Zufriedenheit mit einzelnen Angeboten (n = 79)

|   | Note<br>Mittelwert |
|---|--------------------|
| Angebot von Spritzenutensilien                  | 1,4                |
| Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln       | 1,4                |
| Beratung/Betreuung durch medizinisches Personal | 1,7                |
| Räumlichkeiten                                  | 1,9                |
| Kontakt zu Mitarbeitern                         | 1,9                |
| Zeit zum Konsumieren                            | 1,9                |
| Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter         | 2,0                |
| Lage/Erreichbarkeit des Konsumraums             | 2,1                |
| Atmosphäre in der Einrichtung                   | 2,3                |
| Wartezeiten vor dem Konsum                      | 2,4                |
| Öffnungszeiten                                  | 4,3                |

Die Bewertung schwankte zwischen den Benotungen 1,4 und 4,3, wobei viele Aspekte deutlich positiv bewertet werden. Dabei zogen erfreulicherweise die mit besonders hoher Wichtigkeit versehenen Aspekte (Spritzenutensilien und medizinische Beratung) die besten Noten auf sich. Die größte Unzufriedenheit entfällt nicht unerwartet auf die Öffnungszeiten: Mit diesen waren die Befragten mehrheitlich nicht zufrieden.

Die hohe Zufriedenheit mit dem Konsumraumangebot fand sich dann auch wieder als die Nutzer gebeten waren, eine Gesamtbewertung abzugeben, also einzuschätzen, wie zufrieden sie mit den Konsumräumen sind, wenn sie alle Aspekte noch einmal zusammenfassend betrachten: Insgesamt vergaben fast vier Fünftel der befragten Nutzer die Noten *eins* oder *zwei* als Gesamtnote für das Angebot (im Mittel 2,0). Das gute Ergebnis wurde durch ein weiteres Ergebnis bestätigt: 93,6 % der befragten Konsumraumnutzer gaben an, das Angebot weiter in Anspruch nehmen zu wollen, und 97,4 % würden es anderen weiterempfehlen.

Die Interviewerinnen fragten schließlich nach Effekten der Konsumraumarbeit: Etwa jeder fünfte Nutzer gab an (19,2 %), in den Konsumräumen neue Erkenntnisse zu Hygienefragen und Infektionsrisiken erfahren zu haben. Und ein gutes Drittel (35,9 %) gab an, zur Aufnahme weiterer Hilfen motiviert worden zu sein.

Auf die Fragen danach, was den Besuchern der Konsumräume am besten gefällt, was sie stört und welche Angebote sie sich darüber hinaus wünschen, wurden Angaben in freier Form gemacht. Zusammengefasst schien demnach die durch die Konsumräume gewährleistete Sauberkeit bzw. Hygiene eine besonders große Bedeutung zu haben, gefolgt von der Sicherheit, dass im Notfall Hilfe da ist. Einige Personen schätzten die Ruhe in den Konsumräumen oder lobten die Möglichkeit, hier etwas trinken oder essen zu können.

Die Antworten auf die Frage, was die Nutzer am meisten stört, fielen sehr heterogen aus. Nur drei Antwortkategorien wiesen mehr als fünf Nennungen auf. Mit großem Abstand an erster Stelle rangierten Vorbehalte gegenüber den zu geringen Öffnungszeiten (51 Nennungen). Etwa jeder zweite befragte Klient der SKA fand die Räumlichkeiten dort zu klein, und einige Befragte beklagten sich über störendes Verhalten anderer Klienten.

Abschließend sollten die Befragten angeben, was sie sich für die Konsumräume wünschen. Analog zu den kritischen Angaben fand sich hier vor allem der Wunsch nach



verbesserten/längeren Öffnungszeiten (50 Nennungen). Darüber hinaus gab es fast überhaupt keine mehrfach genannten Wünsche. Lediglich der Wunsch nach mehr Platz wurde immerhin noch fünfmal geäußert. Ansonsten gab es größtenteils von einzelnen Befragten genannte Wünsche, die zum Teil wieder recht kurios sind so z.B. der Wunsch nach „Extrakabinen für Leute, die Cocktails konsumieren“.

## 5.6 Exkurs: Gründe für die Nicht-Nutzung von Drogenkonsumräumen

Schätzungen zufolge leben in Berlin etwa 8.000 opiatabhängige Menschen (Wojak, 2004). Angesichts einer Zahl von  $N = 566$  Konsumraumnutzern im ersten Jahr der Inbetriebnahme stellt sich im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung dieser Arbeit die Frage nach einer weiteren Optimierung des Angebots. Hierzu soll auch die Sicht jener Drogenabhängigen einbezogen werden, die das Berliner Konsumraumbangebot (noch) nicht genutzt haben. Hauptsächliche Zielsetzung dieser Teilstudie war es, Erkenntnisse über die Gründe der Nicht-Nutzung zu gewinnen.

### 5.6.1 Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe

Zur Bearbeitung der hier skizzierten Fragestellung wurden - zeitgleich mit der Befragung von Nutzern - insgesamt  $n = 57$  Drogenabhängige auf öffentlichen Plätzen (Kottbusser Tor, Bahnhof Zoo) und in niedrigschwelligen Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe (Drogennotdienst, Frauentreff Olga, Krisenwohnung) angesprochen und zu einer Teilnahme an der Befragung gewonnen. Die Interviewerinnen trafen an den gleichen Plätzen sowohl Nutzer als auch Nichtnutzer an. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die so gewonnene Stichprobe nicht als repräsentativ für Drogenabhängige gelten kann, die auf die Nutzung von Konsumräumen verzichten. Zur Generierung von Hypothesen zu dieser Problemstellung dürfte sie gleichwohl geeignet sein.

Bei den Nichtnutzern der Konsumräume handelte es sich in 84,2 % der Fälle um Männer und in 15,8 % der Fälle um Frauen. Das Durchschnittsalter der Nichtnutzer betrug 32,6 und war danach durchschnittlich um ein halbes Jahr höher als das mittlere Alter der Nutzer. Auch die Wohnsituation der Nichtnutzer unterschied sich wenig von der der Nutzer. Unter den Nichtnutzern lebte ein etwas höherer Anteil selbstständig, und der Anteil der Obdachlosen war geringfügig kleiner. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede gab es in Bezug auf Familienstand und Anzahl der Kinder.

Im Vergleich zu den Nutzern der Berliner Konsumräume waren etwa doppelt so viele Nichtnutzer mit Hepatitis A oder B infiziert (7,0 % gegenüber 3,8 % bzw. 10,5 % gegenüber 5,1 %). Bei Hepatitis C und HIV fielen die Infektionsraten hingegen etwa gleich aus. Das Gleiche gilt für die Anteile derer, die gegen Hepatitis A oder B geimpft sind. 78,9 % der Nichtnutzer haben im letzten Jahr unter psychischen Problemen gelitten (im Vergleich zu 64,6 % bei den Nutzern). Alle diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Im Hinblick auf das Drogenkonsumverhalten jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Nutzern und Nichtnutzern (vgl. Tab. 24):

Tab. 24: *Hauptsuchtmittel von Nutzern und Nichtnutzern der Konsumräume, Angaben in Prozent, sortiert nach Anteilen bei den Nutzern*

| Droge       | Nutzer<br>(n = 79) | Nichtnutzer<br>(n = 57) |
|-------------|--------------------|-------------------------|
| Heroin      | 87,3               | 54,4                    |
| Cocktail    | 8,9                | 1,8                     |
| Kokain      | 2,5                | 17,5                    |
| THC         | 1,3                | 5,3                     |
| Amphetamine | 0,0                | 1,8                     |
| Alkohol     | 0,0                | 3,5                     |
| Methadon    | 0,0                | 15,8                    |
| Gesamt      | 100,0              | 100,1                   |

Für 87,3 % der Nutzer, aber „nur“ für 54,4 % der Nichtnutzer war Heroin das Hauptsuchtmittel. Kokain (17,5 %) und Methadon (15,8 %) wurden dagegen (fast) nur von Nichtnutzern als Hauptsuchtmittel benannt.

Im Bezug auf die **Monatsprävalenz des Substanzkonsums** zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern. Dies galt interessanterweise auch für Methadon: 49,3 % der Nutzer und 50,8 % der Nichtnutzer geben an, im letzten Monat Methadon konsumiert zu haben, obgleich diese Droge von nur 15,8 % der Nichtnutzer als Hauptdroge benannt wurde. Hier schien es eine definitorische Variation zu geben, nach welchen Kriterien die Hauptdroge bestimmt wird („liebste Droge“ vs. „am häufigsten konsumierte Droge“). Im Hinblick auf die Konsumfrequenz von Methadon zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede: Die Nichtnutzer der Konsumräume konsumieren im Mittel an 23,2 Tagen im Monat, die Nutzer hingegen „nur“ an 11,2 Tagen (QS = 2.419,828; F = 19,393). Auch bezüglich der Konsumfrequenz von Heroin zeigt sich ein signifikanter Unterschied<sup>26</sup>, der in Zusammenhang mit den Angaben zum Hauptsuchtmittel steht: Die Nutzer der Drogenkonsumräume konsumieren an 24,9 Tagen im Monat Heroin, die Nichtnutzer „nur“ an 18,6 Tagen.

Nutzer und Nichtnutzer unterschieden sich jedoch auch im Hinblick auf die **Inanspruchnahme** von Hilfen. Die Nutzer hatten zu einem signifikant höheren Anteil Kontakte zu Kontaktläden (84,8 % zu 66,7 %;  $\chi^2 = 6,193$ ; df = 1; p < .05), die Nichtnutzer hingegen waren - erwartungsgemäß - zu einem deutlich höheren Anteil in einer Substitutionsbehandlung 43,9 % zu 16,5 % ( $\chi^2 = 9,866$ ; df = 1; p < .01) und befanden sich dementsprechend auch deutlich öfter in psychosozialer Betreuung (45,6 % zu 21,5 %).

### 5.6.2 Gründe für die Nichtnutzung

Im Rahmen der Fragebogenerhebung hatten die Teilnehmer der Untersuchung die Möglichkeit, aus einer Liste möglicher Gründe (multiple Choice) eine Auswahl zu treffen. Weiterhin bestand die Möglichkeit, als Freitext sonstige Gründe anzugeben, und abschließend sollte der Hauptgrund angegeben werden, der aus Sicht der Befragten gegen die Nutzung spricht (vgl. Tab. 25).

<sup>26</sup> Aufgrund nicht gegebener Varianzhomogenität erfolgte die Signifikanzprüfung in diesem Fall nicht mittels Varianzanalyse, sondern mit dem Welch-Test (p < .005).

Tab. 25: Gründe für die Nichtnutzung, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich  
(n = 57)

| Grund  | Anteil in % |
|--|-------------|
| konsumiere lieber zu Hause                                     | 64,8        |
| Öffnungszeiten passen mir nicht                                | 44,4        |
| sonstige Gründe  | 40,7        |
| konsumiere nicht gern unter Aufsicht                           | 31,5        |
| ist zu umständlich   | 29,6        |
| konsumiere nicht gern in Anwesenheit anderer Drogenkonsumenten | 27,8        |
| möchte nicht so viele Fragen beantworten                       | 25,9        |
| werde substituiert   | 24,5        |
| darf dort nicht rauchen  | 20,4        |
| konsumiere lieber in Park/City-Toilette                        | 18,5        |
| ist mir zu reglementiert                                       | 18,5        |
| sehe keinen Vorteil darin                                      | 13,0        |
| teile mein Kügelchen mit anderen                               | 9,3         |

Der am häufigsten als zutreffend angekreuzte Grund war „konsumiere lieber zu Hause“ mit 64,8 %, gefolgt von „Öffnungszeiten passen mir nicht“ mit 44,4 %. Da alle befragten Nichtnutzer bereits volljährig waren, waren die Gründe „bin zu jung“ und „unter 18 und will nicht, dass Eltern oder Jugendamt informiert werden“ für niemanden zutreffend.

Immerhin 40,7 % geben „sonstige Gründe“ an, doch stellen diese überwiegend Variationen der vorgegebenen Gründe dar (z.B. „keine Trennwände, keine Privatsphäre“ als Abwandlung von „konsumiere nicht gern in Anwesenheit anderer Drogenkonsumenten“), nur einige wenige ergänzen die vorgegebene Liste wie z.B. „Angst vor Crack und Enge im Bus“, „Bedenken, Stoff abgenommen zu bekommen“ oder „ich will nicht von Passanten gesehen werden“.

Mit einer Clusteranalyse wurden anhand der genannten Gründe spezifische Muster für die Nichtnutzung klassifiziert. Die Clusteranalyse basiert auf der Annahme, dass unterschiedliche Personen spezifische und voneinander unterscheidbare **Muster von Gründen** haben, die gegen eine Nutzung von Konsumräumen sprechen. Clusteringverfahren ordnen erhobene Daten verschiedenen Gruppen zu, sodass Daten innerhalb einer Gruppe möglichst ähnlich sind, zwischen den verschiedenen Gruppen aber deutliche Unterschiede bestehen. Das hier verwendete Verfahren ist ein hierarchisches Clusteringverfahren (Ward's minimum variance linkage), bei dem nicht von vornherein festgelegt wird, in wie viele Gruppen die Daten eingeteilt werden. Im vorliegenden Fall erschien die Lösung mit sechs Clustern am sinnvollsten (vgl. Tab. 26).

Tab. 26: Cluster von Gründen für die Nichtnutzung von Drogenkonsumräumen, Mehrfachnennungen möglich (n = 57)

|   | Anteil in % |
|---|-------------|
| <b>mangelnde Nutzerfreundlichkeit</b>   | <b>80,7</b> |
| <b>zu hohe soziale Kontrolle</b>        | <b>40,4</b> |
| substituiert                            | 24,5        |
| konsumiere lieber in Park/City-Toilette | 18,5        |
| sehe keinen Vorteil darin               | 13,0        |
| teile mein Kügelchen mit anderen        | 9,3         |

Entsprechend dieser 6-Cluster-Lösung werden die Items „ist mir zu umständlich“, „Öffnungszeiten passen mir nicht“ und „ich konsumiere lieber zu Hause“ zu einem Begründungstyp zusammengefasst, der mit „*mangelnder Nutzerfreundlichkeit*“ benannt werden kann. Ebenfalls zusammengefasst wurden die Items „ich konsumiere nicht gerne unter Aufsicht“, „ist mir zu reglementiert“, „möchte nicht so viele Fragen beantworten“ und „ich konsumiere nicht gerne in Anwesenheit anderer Drogenkonsumenten“. Dieser zweite Begründungstypus erhält hier die zusammenfassende Bezeichnung „zu hohe soziale Kontrolle“. Die anderen Items zeigten keine Ähnlichkeiten und wurden einzeln belassen. Nachdem die inhaltsähnlichen Items zusammengefasst und neu klassifiziert wurden, wird deutlich, dass etwa vier von fünf Nichtnutzern (80,7 %) als Hauptgrund für die Nichtnutzung die mangelnde Nutzerfreundlichkeit des Angebots anführen.

Welche zentralen Ergebnisse lassen sich nun aus der Befragung von Nichtnutzern zusammenfassen? Zunächst muss konstatiert werden, dass die befragten Personen zu einem hohen Anteil (43,9 %) in einem Substitutionsprogramm eingebunden sind und aus diesem Grund nicht die Zielgruppe des Berliner Konsumraumangebots darstellen. Dennoch nennt nur etwa jeder vierte Nichtnutzer (24,5 %) die **Substitution** als Grund dafür, warum Konsumräume nicht genutzt werden. Als vorrangig für eine Nichtnutzung erscheinen vielmehr die **mangelnde Nutzerfreundlichkeit** des Angebots und hier vor allem die knapp bemessenen Öffnungszeiten. Für andere Drogenabhängige ist ein zu hohes Maß an **sozialer Kontrolle** und **Reglementierung** mit der Nutzung des Konsumraumangebots verbunden.

## 6 Vernetzung der Drogenkonsumräume

Die suchtspezifischen Dienste in Berlin sind - wie im Drogen- und Suchtbericht des Landes (Drucksache 13/1606 des Berliner Abgeordnetenhauses). festgelegt - in ein Verbundsystem integriert, in dem einer übergreifenden Zusammenarbeit eine besondere Bedeutung zukommt. Dieses Prinzip soll auch für das neue Angebotssegment gelten. Gerade im Hinblick auf die Optimierung klientenbezogener Hilfen sind tragfähige Kooperationsbeziehungen zu suchtspezifischen und anderen Diensten und die Akzeptanz des neuen Angebots durch die genannten Stellen von großer Bedeutung.

Zudem verlangt die Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen die Kooperation zwischen den Trägern der Angebote, den bezirklichen Gesundheitsämtern, der Polizei und der Staatsanwaltschaft. Als verbindliche Grundlage wurde hierfür eine Kooperationsvereinbarung schriftlich fixiert. Die Berliner Vereinbarung sieht eine umfangreiche Berichterstattung durch die Konsumraumbetreiber und eine Reihe von konkreten Pflichten vor.

Die Evaluation hat mit Blick auf Kooperation und Vernetzung der Konsumräume genauer geprüft, inwieweit die neuen Angebote mit anderen Drogenhilfeeinrichtungen institutionell und klientenbezogen vernetzt sind und welche Akzeptanz die Berliner Drogenhilfe der Konsumraumarbeit entgegenbringt. Zudem wurde im Rahmen der Evaluation erhoben, ob und ggf. welche Auswirkungen auf die Drogenhilfe zu verzeichnen sind (vgl. Kap. 6.2).

Im Folgenden wird jedoch zunächst vorgestellt, wie sich die Konsumraumarbeit aus Sicht der vertraglichen Kooperationspartner und der Senatsverwaltung darstellt, wie sich die Zusammenarbeit mit der Polizei bzw. mit den Strafverfolgungsbehörden tatsächlich gestaltet und ob sich die Kooperationsvereinbarung hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit, der Relevanz von Daten und der Frequenz der Berichterstattung bewährt (Kap. 6.1).

## 6.1 Die Sicht der Kooperationspartner

Die in Berlin getroffene Vereinbarung regelt die Formen der Zusammenarbeit und der Information und benennt die Aufgaben der Kooperationspartner. Am ausführlichsten werden die Aufgaben der Träger der Konsumräume beschrieben, darunter eine umfangreiche Berichterstattung, die Sorge im Umfeld der Einrichtungen, Kontakte zur Nachbarschaft sowie eine gegenüber der Verordnung verschärfte Form der Anzeigepflicht im Falle strafbarer Handlungen in den Einrichtungen. Der Bezirk verpflichtet sich zu seuchenhygienischen Maßnahmen im Umfeld der Einrichtungen, während der Polizei keine besonderen Aufgaben außerhalb der gesetzlichen zugewiesen sind. Alle Beteiligten sollen Ansprechpartner benennen, die für aktuelle Informationen, Absprachen und Beschwerden zur Verfügung stehen (vgl. Kap. 3.3).

Im Rahmen der hier vorliegenden Evaluation wurden *leitfadengestützte Gespräche in den drei beteiligten Behörden* geführt, insbesondere mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz als Erlaubnis- und Überwachungsbehörde (Frau Wojak), dem Polizeipräsidium bzw. dem von dort benannten Vertreter der Polizei (Herrn Engler vom Landeskriminalamt) sowie mit der Staatsanwaltschaft Berlin (Frau Engert). Die Gespräche fokussierten auf Einschätzungen zum Bedarf für das neue Angebot und auf die Auswirkungen der Konsumraumarbeit, auf die Erfahrungen mit der Kooperation und die Praktikabilität der Kooperationsvereinbarung sowie auf Anregungen für die weitere Entwicklung der Konsumraumarbeit in Berlin.

Zu den gleichen Themenbereichen, doch konkreter auf die je regionale Situation fokussiert wurden mit Schlüsselpersonen der regionalen Suchthilfe, der bezirklichen Behörden und der Polizei vor Ort insgesamt *zwölf leitfadengestützte qualitative Interviews* durchgeführt:

- *zum Drogenkonsumraum Birkenstube:*  
Herr Kolling, Drogenkoordinator des Bezirks Mitte  
Herr Gollub, Polizeiabschnitt 33  
Frau Tiggemann und Frau Quentemeier, Drogentherapiezentrum e.V., Count Down
- *zum Drogenkonsumraum SKA:*  
Herr Nitze, Drogenkoordinator des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg  
Herr Wuttig, Polizeiabschnitt 53  
Frau Beitlich, misfit e.V. Beratungsstelle und Kontaktladen Schlesische Straße

- *zum Drogenkonsummobil Standort Bahnhof Zoo/Jebensstraße:*  
Frau Müller, Drogenkoordinatorin des Bezirks Charlottenburg-Wilmersdorf  
Herr Pattloch, Herr Weiß, Polizeiabschnitt 27  
Frau Jüngling, Drogennotdienst e.V. Drogennotdienst Ansbacher Straße
- *zum Drogenkonsumraummobil Standort Frobensstraße:*  
Herr Horstig, Drogenkoordinator des Bezirks Tempelhof-Schöneberg  
Herr Maiwald, Polizeiabschnitt 41  
Frau Schmidt, Drogennotdienst e.V. Café Olga.

Der Gesprächsleitfaden umfasste zehn z.T. komplexe Fragen. Alle Gespräche wurden von 15. November bis zum 2. Dezember 2005 einheitlich von Martina Schu geführt und protokolliert. Die Gespräche wurden inhaltsanalytisch ausgewertet - unter Berücksichtigung der Diskussionen in der dreimonatlich tagenden Informationsrunde. In diesem Kap. 6.1 werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Dabei wird auf mehrheitlich geteilte Einschätzungen zurückgegriffen und die Aussagen nicht namentlich, jedoch ggf. Funktionsgruppen (z.B. Polizei, Bezirk, Drogenhilfe) zugeordnet. Lediglich einmal bzw. sehr selten geäußerte Einschätzungen bleiben außen vor oder werden als solche ausgewiesen.

### 6.1.1 Bedarf und Rahmenbedingungen der Konsumraumarbeit

Die Gespräche gingen zunächst darauf ein, wie der **Bedarf** an Drogenkonsumräumen sich aus der Sicht der befragten Experten in Berlin darstellte. Dabei teilten sich die Ansichten in zwei Gruppen: Eine Gruppe (vor allem Drogenkoordinatoren und Drogenhilfevertreter) berichtete von ihren über zehnjährigen Aktivitäten zur Implementation von Konsumräumen in Berlin, der Gründung der Druckrauminitiative vor etwa sieben Jahren und von deren Aktivitäten wie z.B. dem einwöchigen Aufenthalt des Hamburger Druckmobils in Berlin. Lange Zeit bestanden Differenzen zwischen einigen Bezirken und einem Teil der Drogenhilfe und der Senatsverwaltung über den Stellenwert von Konsumraumarbeit generell und besonders in Berlin. Erst mit der politischen Veränderung im Jahre 2002 seien Drogenkonsumräume möglich geworden - aus Sicht dieser Gruppe: endlich möglich geworden. Wenngleich einige Gesprächspartner auch zu bedenken gaben, dass es nun vergleichsweise spät sei, z.B. weil die Drogenkonsumenten inzwischen polyvalent konsumierten und das (Folie-)Rauchen von harten Drogen deutlich zugenommen habe.

Vor allem die Drogenkoordinatoren, unterstützt von einem Teil der Polizei, sahen den Bedarf für Drogenkonsumräume unzweifelhaft gegeben - und das bezogen auf sämtliche Standorte. Andere Gesprächspartner, darunter vor allem (andere) Teile der Polizei, aber auch der befragten Drogenhilfeeinrichtungen, bezweifelten hingegen den Bedarf an Drogenkonsumräumen. Sie verwiesen darauf, dass Berliner Drogenkonsumenten weit überwiegend über Wohnraum verfügten<sup>27</sup> und auch weitgehend im privaten Bereich konsumierten, zudem gebe es kaum offene Szenen. Das Angebot an sauberen Spritzen und weiteren gesundheitsprophylaktischen Maßnahmen sei umfangreich. Zudem bestanden Zweifel, ob die Nutzer der Konsumräume dort Gelerntes, z.B. zu Safer Use, auch wirklich in ihren (Konsum-)Alltag übertragen.

Alle Gesprächspartner begrüßten, dass es mehrere **dezentrale Konsumraumangebote** gibt (vgl. Abschnitt 6.1.2).

---

<sup>27</sup> Tatsächlich verfügte etwa jeder sechste Klient der Konsumräume nicht über Wohnraum.

Sämtliche Gesprächspartner bewerteten die derzeitige **Ausstattung** und insbesondere die **Öffnungszeiten** der Konsumräume als nicht ausreichend, vor allem nicht, wenn der öffentliche Raum entlastet werden sollte. Konsumräume sollten am besten täglich für viele Stunden geöffnet sein. Gleichwohl begrüßten die meisten Befragten - wie auch die Träger, dass Konsumraumarbeit (endlich) angefangen wurde - und sei es modellhaft und mit Zuarbeit der Betreiber. Die Erfahrungen des ersten Jahres und das Ergebnis der Evaluation sollten nun zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen beitragen.

Gleichwohl hinterfragte ein kleinerer Teil der Gesprächspartner kritisch, ob es angesichts der **Finanzsituation** des Landes Berlin zulässig sei, ein neues, teures Angebot zu implementieren und vergleichsweise viel Geld für einige wenige<sup>28</sup> Drogenabhängige auszugeben, während bewährte, abstinenzorientierte Einrichtungen ihre Arbeit einstellen oder zumindest Kürzungen hinnehmen müssten. Zudem könnten gesundheitspräventive Botschaften auch auf anderen Wegen an die Drogenabhängigen vermittelt werden.

Für die meisten Befragten liegt das **vorrangige Ziel** der neuen Angebote - übereinstimmend mit den gesetzlichen Vorgaben - darin, bisher nicht oder nicht mehr erreichte Klienten (wieder) in Kontakt mit der Drogenhilfe zu bringen, ihre (Re-)Integration ins Hilfesystem und eine Orientierung auf Veränderung und Ausstieg aus der Sucht. Und so sehen die Gesprächspartner die Drogenkonsumräume folglich explizit als Teil der Drogen*hilfe*.

Schließlich äußerten die meisten Befragten bezüglich bestimmter **Rahmenbedingungen** der Konsumraumarbeit Zweifel: Zum einen sei der Konsumraum **SKA** falsch platziert: Die Straße sei zu eng und zu wenig anonym. Durch die Nähe zum Kottbusser Tor als Drogenszene und generell polizeilichem Brennpunkt werde die Einrichtung bzw. ihre Nutzung zu sehr durch die dort häufig notwendigen Polizeieinsätze belastet. Zudem seien die Räumlichkeiten zu klein, es fehle ein Raum und ein größeres medizinisches Angebot und die dadurch verursachte Trennung der Öffnungszeiten von Kontaktladen und Konsumraum sei nicht zielführend. Vereinzelt wurde hinterfragt, ob die intensive Nutzung des Kontaktladens durch Substituierte die Inanspruchnahme des Konsumraums in den gleichen Räumlichkeiten durch Nicht-Substituierte beeinträchtigt.

Zum anderen erschien die **mobile Konsumraumarbeit** schwierig: Der Bus sei zu eng und einigen potenziellen Klienten zu intim, insbesondere jenen, die nicht mehr in Arme oder Beine injizieren könnten. Außerdem würden den Klienten durch die geringen und wechselnden Öffnungszeiten und Standorte zu viele Merk- und Planungsleistungen abverlangt.

Die verglichen mit der Birkenstube geringere Auslastung von Mobil und SKA wurde dementsprechend nicht als Auskunft zum vorhandenen Bedarf an diesen Standorten interpretiert, sondern auf die Art der Umsetzung zurückgeführt. Vermutet wurde, dass die Umsetzung sich regelrecht nutzungshemmend auswirkt.

Die in der Rechtsverordnung formulierten **Mindeststandards** für die Konsumraumarbeit wurden mehrheitlich begrüßt. Sie sind aus Sicht der meisten Gesprächspartner auch nicht verhandelbar, da sie im Wesentlichen die bundesgesetzlichen Vorgaben umsetzen. Gleichwohl wünschten einige Stimmen mehr Handlungsspielraum für die Betreiber: Denkbar sei beispielsweise, dass nicht die Altersgrenze, der Substitutionsstatus oder eine mögliche Intoxikation entscheidend seien, sondern dass die Beschäf-

---

<sup>28</sup> Hier wurde auf die z.T. geringe Auslastung der Einrichtung Bezug genommen.

tigten in Abhängigkeit vom Grad der Abhängigkeit, dem Konsumverhalten und dem jeweiligen individuellen Bedarf entscheiden können, ob jemand zugelassen werde oder nicht.

Vor allem die **Ausgrenzung Substituierter** wurde in den Gesprächen intensiv und durchaus kontrovers diskutiert: Ein Teil bewertete diese Begrenzung als notwendig, ohne sie „wäre die Konsumraumarbeit nur ein ordnungspolitisches Instrument“. Die Zielgruppendefinition solle ein Signal sein, die Substitutionsbehandlung ernst zu nehmen. Die Übrigen fokussierten eher auf die Gruppe der Substituierten, die ohnehin (hohen) Beikonsum hat und verwiesen darauf, dass gerade diese Zielgruppe Safer Use und weiterer gesundheitspräventiver Maßnahmen bedürfe. Diese Auffassung, die in den Gesprächen von Vertretern aller Bereiche (Bezirke, Polizei, Drogenhilfe) geäußert wurde, wurde auch von einem Gutteil der schriftlich befragten Drogenhilfeeinrichtungen geteilt (vgl. Abschnitt 6.2.5).

Eine weitere Vorgabe regelt, dass **Klienten sich ausweisen können müssen**. Diese Vorgabe erschien einigen Gesprächspartnern zunächst sehr rigide, doch scheine dies in der Praxis kein Problem darzustellen. Im Gegenteil: Einige Befragte bewerteten die Regelung als halbherzig, sie gebe den Klienten kein eindeutiges Signal. Sie wünschten sich eine eindeutige Regelung mit tatsächlicher Ausweiskontrolle vor dem Zugang zum Konsumraum. Die Ausweiskontrolle, die vor allem der Identifikation Jugendlicher diene, diene zudem dem Schutz der Betreiber. Demgegenüber nehmen einige andere - in Übereinstimmung mit Angaben von Nichtnutzern (vgl. Tab. 25) - an, dass die Ausweispflicht einen Teil Drogenabhängiger von der Nutzung abhalte.

In ähnlicher Weise kritisierten einige Befragte die großen **Anforderungen durch Dokumentation und Nutzungsvertrag**: Zum einen schreke dies Klienten ab und zum anderen sei es insbesondere bei größerer Auslastung der Einrichtungen gar nicht möglich, alle erforderlichen Daten zu erfassen. Andererseits schütze die Dokumentationspflicht die Betreiber. Und zudem hätten viele Drogenabhängige keine Probleme, Angaben zu ihrer Person zu machen, die i.d.R. schon mehrfach im Hilfesystem, von der Polizei und von kosten- und leistungstragenden Institutionen erfasst seien.

Als hilfreich wurde die **Pflicht zur Kooperation** bewertet: Sie habe zu der mittlerweile sehr gut entwickelten Zusammenarbeit angehalten.

Die **Kooperationsvereinbarung** jedoch, Grundlage der von allen Gesprächspartnern gelobten Zusammenarbeit (s.u., Abschnitt 6.1.4), wurde differenzierter und kritischer betrachtet. Manche interpretierten den restriktiven Charakter einiger Vorgaben geradezu als Ausdruck eines prinzipiellen Widerstands gegen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen und als Behinderung der Arbeit. Andererseits wurde darauf verwiesen, dass die Kooperationsvereinbarung in Anlehnung an Erfahrungen in anderen Städten entstanden sei, vor allem mit Blick auf das Essener Vorbild, und sich dort wie hier im Wesentlichen bewährt habe. Seitens der Staatsanwaltschaft und von Teilen der interviewten Polizeivertreter wurde die Kooperationsvereinbarung als sehr bedeutsam eingeschätzt und als Vorbedingung ihrer Zustimmung zur Konsumraumarbeit generell. Wichtig war ihnen der Fokus auf Vermittlung in weiterführende Hilfen, der Ausschluss Substituierter und eine klare Hausordnung, u.a. mit dem Verbot der Weitergabe von Drogen sowie der Verpflichtung der Mitarbeiter zur Anzeigepflicht. Gerade sie stärke das Vertrauen der Polizei in die Arbeit und diene der Abschreckung von Dealern.

Einige Gesprächspartner stellten klar, dass der von den Trägern kritisierte **§ 6.1.5 - erhöhte Anzeigepflicht** - zum einen nur auf *begangene* Straftaten ziele (jedes Geschehen, das im Vorfeld verhindert werden könne, sei hier nicht Gegenstand und sei nicht anzeigepflichtig). Zum anderen gibt der Passus den Betreibern die Möglichkeit, gegen-



über Klienten noch klarer für ein auch von den Trägern gewünschtes Verbot von Drogenhandel in der Einrichtung einzutreten.

Ähnlich viele Stimmen, darunter auch Vertreter der Polizei, regten perspektivisch eine Veränderung der Kooperationsvereinbarung an: Die jetzige Form des § 6.1.5 verunsichere die Mitarbeiter der Konsumräume. Dabei seien die Träger seriös und vertrauenswürdig und die Vorgaben der Rechtsverordnung reichten aus, sie bedürften keiner weiteren Verschärfung. Zumindest sollte der § 6.1.5, wenn er nicht gestrichen werde, deutlich auf Drogenhandel in den Einrichtungen bezogen werden.

Von den Bezirken wurde die Art ihrer Einbeziehung, vor allem im Bereich der Ordnungsämter, kritisiert. Sie plädierten für eine grundsätzliche Vereinfachung und Lockerung der Vereinbarung.

### 6.1.2 Erwartungen und aktuelle Einschätzungen

Alle Gesprächspartner verbanden mit der Implementation von Drogenkonsumräumen die Hoffnung, mehr **Drogenabhängige (wieder) zu erreichen** und zur Inanspruchnahme von Hilfe zu motivieren - und das gelinge ja auch. Lediglich drogenkonsumierende Frauen nutzten die Drogenkonsumangebote, vor allem am Standort Frobenstraße, weniger als erwartet.

Hinsichtlich des wünschenswerten und erhofften **Rückgangs von Drogennot- und -todesfällen** war man kritischer: Alle Gesprächspartner waren darin einig, dass dies nicht durch ein derart gering ausgestattetes Angebot erreicht werden könne. Bestenfalls werde aus manchen Drogennotfällen eben kein Drogentodesfall. Und tatsächlich sind die Berliner Drogentodeszahlen im Jahr 2004 nach Jahren beständigen Rückgangs erstmals wieder angestiegen: von 165 im Jahr 2003 auf 192 im Jahr 2004<sup>29</sup>.

Sehr viele Gesprächspartner berichteten, dass sie vor Eröffnung der Einrichtungen Angst vor einer **Sogwirkung**, vor Szenebildungen im Umfeld der Konsumräume und einem Anstieg von Drogen- und Beschaffungskriminalität hatten. Auch wurde befürchtet, dass drogenkonsumbedingte Belastungen um die Einrichtungen herum ansteigen. Deshalb hatten Bezirke und Polizei zum einen von Anfang an massiv darauf hingewirkt, dass mehrere Standorte realisiert wurden. Zudem beobachtet die Polizei die Entwicklung um die Einrichtungen genau: Zur Erleichterung aller Beteiligten habe sich bisher jedoch keine der Befürchtungen bewahrheitet: keine Ansammlungen von Drogenabhängigen vor den Einrichtungen und kein Anstieg von Dealerei und Beschaffungskriminalität im Umfeld. Allerdings wurde auch kein Rückgang z.B. von herumliegenden Spritzen registriert. Die Situation in den Regionen sei stabil so geblieben, wie sie auch vor Eröffnung der Angebote war. Die Gesprächspartner erklären sich dies nun zum einen damit, dass die Angebote zu klein dimensioniert sind, loben aber auch die Sorgfalt der Betreiber, die auch im Umfeld der Einrichtungen aufpassten (vor allem durch Einsatz des Kiezläufers rund um die Birkenstube) und entsprechend auf ihre Klienten einwirkten. Des Weiteren wird nun stärker wahrgenommen, dass die meisten Drogenabhängigen sich sehr kiezbezogen verhalten und nicht zum Konsumieren extra woanders hin fahren. Insgesamt zeichneten sich die Drogenkonsumräume als unerwartet unauffällige Angebote aus.

---

<sup>29</sup> Die Entwicklung der Drogentodesfälle in den letzten Jahren: 2000: 225, 2001: 189, 2002: 175 Drogentodesfälle (nach Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit, 2005)

Seitens der Polizei war zudem erwartet worden, dass das neue Angebot ihr **Entlastung** bringe. Stattdessen erfordere es jedoch bisher sehr viel (mehr) Zeit für Gremienarbeit, Bürgersprechstunden und die Beantwortung von Anfragen. Zusätzliche interne Statistiken und Sonderberichterstattung sowie die durchgeführten Schulungen der Kollegen in den Polizeiabschnitten brachten weiteren Zeitbedarf mit sich. Gleichwohl begrüßten die Vertreter der Polizei die Aktivitäten, weil sie sich mehrheitlich einen Zugewinn an Hilfe für die Drogenabhängigen erhofften.

Einige Befragte verbanden mit der Implementation der Konsumraumarbeit die Hoffnung auf eine **Versachlichung** der Diskussion um Drogenabhängigkeit und Hilfemöglichkeiten in Öffentlichkeit und Drogenhilfe. Sie zeigten sich erfreut, dass der teilweise heftige Protest unter Anwohnern von Konsumräumen einer - positiven - Ernüchterung gewichen sei, nachdem keine der befürchteten Auswirkungen eingetreten sei.

### 6.1.3 Vernetzung der Konsumräume in der Drogenhilfe

Die Konsumraumarbeit soll nach der Rechtsverordnung und den Konzeptionen der Träger mit anderen Teilen der Berliner Drogenhilfe vernetzt erfolgen. Deshalb wurde auch in den 15 Gesprächen gefragt, welcher Eindruck hierzu besteht. Da dies die praktische Arbeit in den Einrichtungen betrifft, konnte ein Gutteil der Gesprächspartner, vor allem aus Polizei und Staatsanwaltschaft, hierzu naturgemäß nur wenig Angaben machen. Gleichwohl soll der entstandene Eindruck hier wiedergegeben werden, der Leser jedoch zugleich auf das folgende Kapitel 6.2 verwiesen werden, das sich intensiv mit der Sicht der Drogenhilfe beschäftigt.

Seitens der Vertreter der Bezirke und der Senatsverwaltung für Gesundheit herrschte der Eindruck vor, dass die einrichtungs- und die trägerübergreifende Vernetzung recht gut funktioniert. Die Konsumraumträger engagierten sich in diversen Gremien und verfügten über gute Kontakte ins übrige Hilfesystem, das mehrheitlich positiv zum neuen Angebot stehe. Die Kooperationsbeziehungen hätten sich nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit im Rahmen der regionalen Suchthilfedienste und der Arbeit rund um die berlinweit einheitliche Dokumentation in den Drogenberatungsstellen gut entwickelt. Die Konsumräume vermittelten Klienten in andere Einrichtungen und zwischen Konsumräumen und anderen Einrichtungen gebe es fallbezogen Kooperationen.

Seitens der Drogenhilfevertreterinnen wurde Interesse an der Arbeit der Drogenkonsumräume gezeigt, mehrheitlich fühlte man sich gut informiert: Die Konsumraumbetreiber berichteten in Gremien offen und transparent, es bestehe die Möglichkeit, die Einrichtungen zu besuchen etc. Andererseits wurden auch Informationen zum Konzept oder zu Öffnungszeiten vermisst und davon berichtet, dass Vermittlungen vor allem trägerintern stattfänden. Dass es in Teilen der Drogenhilfe (vgl. Kap. 6.2) durchaus eine generelle Ablehnung von Konsumräumen gab, dürfte schließlich Rückwirkungen auf die Wahrnehmung der Arbeit haben. Ganz generell gebe es zudem Trägerkonkurrenzen, die durch die Einsparungen in den letzten Jahren eher verstärkt worden seien.

### 6.1.4 Kooperation: Bewertung und weiterer Bedarf

Der folgende Abschnitt widmet sich den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit der durch die Kooperationsvereinbarung miteinander verbundenen Akteure Bezirke, Polizei und Drogenkonsumräumen. In den Regionen mit festen Konsumräumen gab es im Vorfeld und auch noch begleitend zur Umsetzung der Konsumraumarbeit Arbeitskrei-

se und Bürgersprechstunden. In Kreuzberg trifft sich z.B. ca. alle 2 Monate die so genannte Konsumraum-Kernrunde, an welcher der Drogenkoordinator und die Stadträtin, Vertreter der Polizei, des Quartiersmanagements und des Trägers Odak teilnehmen. Alle Teilnehmer beschreiben die angenehme, offene Gesprächskultur in der Kernrunde. Sie sichere Transparenz und gewährleiste eine zeitnahe Abstimmung offener Fragen. Zudem fand eine gemeinsame von Träger und Polizei getragene Bürgerarbeit statt.

In Tiergarten gab es vor und seit der Eröffnung der Birkenstube gemeinsame Veranstaltungen von Bezirk, Polizei und Trägern für die Anwohner. Der Leiter des Konsumraums führte Fortbildungen für Polizeikräfte durch, der Kontaktbereichsbeamte hat die Einrichtung wiederholt besucht (ähnlich wie die Kollegen an den anderen Standorten), und der Informationsaustausch wurde hier - wie generell - als vorbildlich beschrieben.

Auch an den Konsummobil-Standorten wurde von einer guten Kooperation berichtet. Im Bereich des Bahnhofs Zoo kommt der AG Berliner Bahnhöfe eine zentrale Bedeutung zu (Teilnehmer: verschiedene Hilfeinrichtungen, darunter Fixpunkt, Gewerbetreibende, Polizei und BGS), wenngleich die Kooperationsbeziehungen zur Polizei nach Umstrukturierungen dort z.T. neu aufzubauen sind. Polizei, Träger und Bezirk zeigten sich dazu hoch motiviert. In Schöneberg bestand schon lange ein intensiver, guter Kontakt zwischen den Beteiligten. Kurze Wege erleichtern die Abstimmung, und sogar bzgl. mancher Fälle überlegen Fixpunkt und Polizei gemeinsam, wie weiter vorgegangen werden kann.

Seitens der Polizeiabschnittsvertreter herrschte große Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Bspw. wurden Bedarfe der Polizei an die monatliche Statistik der Einrichtungen berücksichtigt. Die Polizei konnte die Öffentlichkeitsarbeit im Vorfeld der Einrichtungseröffnungen mitbestimmen und sich einbringen, sodass den Bürgern vermittelt wurde, dass alle Seiten: Politik, Bezirk, Träger *und* Polizei das neue Angebot sinnvoll finden und unterstützen.

Lediglich die Vertreter von LKA und Staatsanwaltschaft zeigten sich weniger eng in Kooperationsbeziehungen eingebunden, was auch mit der spezifischen - eher landesweiten - Ausrichtung der Institutionen zu tun habe. Gleichwohl war auch diesen Gesprächspartnern eine umfassende Information wichtig, wobei ihnen nicht nur an Zahlen und Fakten gelegen war, sondern auch an qualitativen Einschätzungen und erfahrungsbezogenen Diskussionen rund um die Drogenkonsumraumarbeit.

Die Kooperationen vor Ort in den Bezirken werden ergänzt durch die Informationsrunde auf Einladung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, zu der etwa alle drei Monate Vertreter der beteiligten Landesbehörden (Senatsverwaltungen Gesundheit, Justiz und Inneres), der Staatsanwaltschaft, des Polizeipräsidiums/Landeskriminalamtes, der vier Bezirksämter, der betroffenen Polizeiabschnitte, die Träger und die Mitarbeiter der Einrichtungen sowie die wissenschaftliche Begleitung zusammenkommen. Die Runde bringt zum ersten Mal seit vielen Jahren diese verschiedenen Teilnehmer zusammen und schafft insbesondere ein Forum für den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Staatsanwaltschaft und Drogenhilfe - mit Signalwirkung für die gesamte Drogenhilfe. Alle Gesprächspartner zeigten sich hoch zufrieden mit der Informationsrunde und der dort erarbeiteten konstruktiven Gesprächskultur, die wesentlich zum Abbau gegenseitiger Skepsis beitrug. Auch bestätigten sie, dass im ersten Jahr die Häufigkeit der Sitzungen sinnvoll war, für die Zukunft erschien jedoch eine Reduzierung der Frequenz sinnvoll.

Die Gesprächsteilnehmer wurden in den Interviews gebeten, die Zusammenarbeit zum einen bilateral mit den Einrichtungen und ihren Trägern zu bewerten und zum anderen

die Gesamtkooperation im Kreis der offiziell durch die Kooperationsvereinbarung verbundenen Partner. Die Bewertung erfolgte mittels „Schulnoten“ von 1 bis 6. Den obenstehenden Ausführungen folgend wundert es nicht, dass sowohl die bilaterale Zusammenarbeit mit den Trägern ( $\bar{x}$  1,7)<sup>30</sup> als auch die Gesamt-Kooperation ( $\bar{x}$  1,9) recht gut abschnitten. In der direkten Zusammenarbeit mit den Konsumräumen zeigten sich Bezirk und Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz am zufriedensten ( $\bar{x}$  1,5), während bei der Gesamt-Kooperation Polizei und Staatsanwaltschaft die besten „Noten“ vergaben ( $\bar{x}$  1,8).

Insgesamt kann der durch die Rechtsverordnung erteilte „Zwang zur Zusammenarbeit“ also als Erfolg bewertet werden. Wenngleich die Kooperationsvereinbarung als in Teilen reformbedürftig betrachtet wird und die Zusammenarbeit die ein oder andere Prüfung durchzustehen hatte, zeigten sich die Kooperationspartner sehr zufrieden.

### 6.1.5 Perspektiven der Konsumraumarbeit in Berlin

Alle Gesprächspartner wurden befragt, welche Perspektive Drogenkonsumraumarbeit in Berlin ihrer Meinung nach haben sollte. Das Meinungsbild war vielschichtig und die Experten aus Bezirken, Drogenhilfe, Polizei und Staatsanwaltschaft taten sich nicht leicht in der Abwägung von bisherigen Erfahrungen, konzeptionellen Aspekten und der finanziellen Rahmenbedingungen in Berlin.

Gleichwohl: Die meisten Gesprächspartner aus allen Bereichen waren prinzipiell für eine Fortführung der Konsumraumarbeit über den Erprobungszeitraum hinaus. Damit verband ein Teil jedoch - mit Blick auf die derzeitigen als nutzungseinschränkend bewerteten Rahmenbedingungen - die Empfehlung einer Erweiterung von Konzeptionen und Kapazitäten. Konsumräume - so war die mehrheitliche Einschätzung - sollten *idealerweise* täglich umfassend geöffnete Komplexangebote mit Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten sein. Zudem sollten alle Angebote einen Rauchraum und ein umfassendes medizinisches Angebot vorhalten. Daraus ergäben sich Anforderungen an die Größe der Einrichtungen, die die Kapazitäten der Birkenstube nicht unterschreiten sollten.

Diese Vorstellungen werden derzeit von Konsummobil und SKA eher weniger realisiert. Mit Blick auf die SKA wurde empfohlen, dass die Einrichtung neue Räumlichkeiten beziehen und die zeitliche Trennung von Kontakt- und Konsumraumangebot aufheben sollte. Ein Umzug wurde von den Gesprächspartnern auch noch mit der als ungünstig bewerteten Lage begründet: Präferiert wurde ein anonymerer Standort, etwas weiter weg vom Kottbusser Tor und an einer belebten Straße gelegen.

Zudem sollten die Drogenkonsumräume der schon in der Rechtsverordnung verlangten Vernetzung mit der übrigen Drogenhilfe (noch) stärker Rechnung tragen. Diese Empfehlung hatte zwei Facetten: Zum einen wurde die Integration der Angebote in die regionalen Suchtildienste gefordert, um ihre Vernetzung auch strukturell zu vollziehen. Zum anderen wurde ein Mehr an Vermittlung in weiterführende Einrichtungen und klientenbezogener Kooperation gewünscht.

Doch wenngleich eine deutliche Mehrheit - grundsätzlich - für die Fortführung der Konsumraumarbeit in Berlin war, so bestanden durchaus unterschiedliche Vorstellungen zum Umfang: Einige Gesprächspartner votierten für eine Konzentration auf zwei feste

<sup>30</sup> Bei der Berechnung der Durchschnitts„note“ für die bilaterale Kooperation wurden, anders als für die Gesamt-Kooperation, auch die Bewertungen der Gesprächspartnerinnen aus der Drogenhilfe erfragt und einbezogen.

Standorte (in Tiergarten und in Kreuzberg) und generell wurden Sinn und Erfolg der *mobilen* Konsumraumarbeit bezweifelt. Andererseits sprachen sich auch viele für den Standort am Bahnhof Zoo aus, wünschten sich jedoch - auch hier - eine feste (Komplex-)Einrichtung. Anders wurde der Standort Frobensstraße bewertet: Eine Mehrheit votierte hier für das Einstellen der Konsumraumarbeit. Einige wenige Gesprächspartner wünschten sich perspektivisch viele Konsumräume in Berlin - als integrierten Bestandteil *aller* regionalen Suchthilfedienste, mit weniger hohen Anforderungen an Personal und Ausstattung.

Ein Teil der Gesprächspartner verwies auf die knappe finanzielle Situation in Berlin und weitere ausstehende Einsparungen. Sie problematisierten mit Blick darauf generell die Einrichtung neuer Angebote und waren gegen eine Ausweitung der Konsumraumarbeit, vor allem nicht *auf Kosten anderer Angebote*. Einige zeigten sich besorgt über die wahrgenommene zunehmende und nicht akzeptierte Verlagerung der Mittel vom abstinenzorientierten Bereich zu suchtbegleitenden Angeboten.

In diesem Zusammenhang erscheint es auch passend, dass - wiederum mehrheitlich - gefordert wurde, dass Konsumraumarbeit auch zukünftig konzeptionell eine ausstiegsorientierte Zielsetzung verfolgen müsse. Die gewünschte Ausstiegsorientierung war jedoch nicht immer mit der Zustimmung zum Ausschluss Substituierter verbunden: Im Gegenteil, etwa die Hälfte der Gesprächspartner regte eine Öffnung der Angebote für (bestimmte) Substituierte an.

Zusammenfassend betrachtet bewegten die Voten der Gesprächspartner sich in einem Spannungsfeld zwischen: „Sind Drogenkonsumräume grundsätzlich bzw. angesichts der finanziellen Lage notwendig?“ und „Drogenkonsumraumarbeit, die erfolgreich sein soll, muss zeitlich und inhaltlich deutlich umfassender sein“ und mündeten in der Empfehlung, die Mittel zukünftig zu konzentrieren und (erneut) zu erproben, wie ein oder zwei umfassender ausgestattete und geöffnete Angebote angenommen werden und welche Effekte damit zu erzielen sind.

## 6.2 Befragung der Drogenhilfe

Im Rahmen der Evaluation wurden auch die Einschätzungen und Akzeptanz der Konsumräume in der Berliner Drogenhilfe untersucht und dabei auch der Grad übergreifender und fallbezogener Vernetzung betrachtet. Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurde im Februar 2005, nach einem Jahr Konsumraumarbeit, eine schriftliche Befragung von allen relevanten Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe durchgeführt. Befragt wurden insgesamt 54 Einrichtungen, darunter alle niedrigschwelligen Projekte und Beratungsstellen, die drei relevanten Entgiftungsstationen, sämtliche ambulanten und stationären Entwöhnungseinrichtungen sowie alle Angebote der Psychosozialen Begleitung Substituierter. Nicht befragt wurden selbstverständlich die Konsumräume selbst. Die Bearbeitung erfolgte in den Einrichtungen meist von Leitungskräften, nur z.T. wurden die Fragen im Team diskutiert. Bezüglich der Aussagekraft soll deshalb erwähnt werden, dass die Ergebnisse hier überwiegend die persönliche Meinung der befragten Fachkräfte widerspiegeln und weniger der Einrichtungen insgesamt.

Mit der Befragung wurde zunächst der Bekanntheitsgrad der Drogenkonsumräume erfasst, um dann Einschätzungen zur Bedeutung des Angebots zu erfragen. Das Interesse galt des Weiteren Art und Umfang einer möglichen Zusammenarbeit, z.B. in Gremien oder der fallbezogenen Kooperation, Vermittlung etc. Ein Kernaspekt der Untersuchung bestand darin, ob und wenn ja, in welchem Umfang fallbezogen zusammengearbeitet wird, ob es Kontakte, Vermittlungen oder Kooperationen gibt.

Die Befragung umfasste insgesamt 19 Fragen. Sie wurde am 20. Februar 2005 durch die Senatsverwaltung für Gesundheit (Drogenreferat) verschickt, die Antworten gingen jedoch von den Befragten direkt an FOGS nach Köln und wurden dort mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet. Bis Ende März 2005 haben sich von den 54 angeschriebenen Einrichtungen insgesamt 41 an der Befragung beteiligt. Von diesen 41 Befragten gehörten acht Einrichtungen zu Trägern, die Konsumräume vorhalten (im Folgenden kurz Konsumraumträger genannt), und 33 zu anderen Trägern.

Zu den Teilnehmenden gehörten 13 Therapieeinrichtungen, zwölf Beratungsstellen, zehn Projekte zur psychosozialen Begleitung von Substituierten sowie je drei Entgiftungsstationen und niedrigschwellige Angebote. Im Folgenden werden die Ergebnisse zunächst zusammenfassend über alle Befragten präsentiert. Da jedoch Unterschiede je nach Trägerzugehörigkeit oder Arbeitsbereich erwartet werden, wurden alle Ergebnisse gruppenbezogen geprüft. Wo sich Unterschiede ergaben, werden diese ausgewiesen.

### 6.2.1 Generelle Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

37 Befragte äußerten sich auf die Frage, ob Drogenkonsumraumarbeit in der Berliner Drogenhilfe insgesamt *akzeptiert* wird. 33 Befragte bejahten die Frage. 89,2 % der Teilnehmer gingen also davon aus, dass Konsumraumarbeit in der großen Mehrheit der Berliner Drogenhilfe Zustimmung findet. Damit wurde das Meinungsklima deutlich positiver eingeschätzt als in der Anwohnerschaft (s. Abschnitt 7.3.1). Erstaunlicherweise hatten Einrichtungen, die zu Konsumraumträgern gehören, größere Zweifel: 25,0 % befürchteten, dass die Drogenhilfe dem neuen Angebot überwiegend ablehnend gegenübersteht, während nur 6,9 % den übrigen Trägern zugehörige Einrichtungen annehmen, dass die Konsumraumarbeit allgemein *nicht akzeptiert* wird.

Befragt nach ihrer persönlichen Einstellung, gaben 72,5 % der Befragten an, persönlich (*eher*) *für* das Angebot von Konsumräumen zu sein. Damit war die persönliche Zustimmung geringer als die Einschätzung zum Meinungsbild in der Fachöffentlichkeit (27,5 % lehnten das Angebot [*eher*] *ab*).

Betrachtet man die persönliche Zustimmung detaillierter, so zeigen sich durchaus zu erwartende Unterschiede: Während alle Einrichtungen, die zu Konsumraumträgern gehören, uneingeschränkt für die Einrichtung von Konsumräumen stimmten, waren nur zwei Drittel der übrigen Befragten (*eher*) *dafür* (31,3 % waren *dafür*, 34,4 % waren *eher dafür*).

Was verbinden die Befragten mit Konsumraumarbeit und womit haben Zustimmung oder Ablehnung zu tun? Die Einrichtungen wurden um generelle Einschätzungen zu Drogenkonsumräumen gebeten und sollten (mögliche) Zielsetzungen für Konsumraumarbeit bewerten. Die folgende Tab. 27 gibt eine Übersicht zu den generellen Einstellungen:

Tab. 27: *Generelle Einstellung zu Drogenkonsumräumen - alle Befragten (n = schwankend je nach Item, s. Angaben pro Item)*

| Drogenkonsumräume ...   | stimmt in % | stimmt nicht in % | Gesamt |
|---|-------------|-------------------|--------|
| sind ein sinnvoller Bestandteil von Drogenhilfe (n = 41)                                      | 90,2        | 9,8               | 100,0  |
| haben mit Drogenhilfe nichts zu tun (n = 38)  | 2,6         | 97,4              | 100,0  |
| sollten mit anderen Drogenhilfeeinrichtungen vernetzt arbeiten (n = 41)                       | 100,0       | 0,0               | 100,0  |
| fördern die Etablierung von offenen Szenen im Umfeld (n = 37)                                 | 18,9        | 81,1              | 100,0  |
| sollten neben Konsummöglichkeiten auch Beratung und lebenspraktische Hilfen anbieten (n = 39) | 89,7        | 10,3              | 100,0  |
| sind ein falsches Signal für (insbesondere jugendliche) Konsumenten (n = 38)                  | 26,3        | 73,7              | 100,0  |

Der größte Teil der Befragten bewertete Konsumräume als *Hilfeeinrichtungen* (97,4 %) und als sinnvollen Bestandteil von Drogenhilfe (90,2 %). Nur vier Einrichtungen betrachteten Konsumräume nicht als sinnvollen Bestandteil von Drogenhilfe (9,8 %) - alle vier waren Entwöhnungseinrichtungen. Und drei dieser vier Einrichtungen folgerten dann auch, dass Konsumräume mit Drogenhilfe nichts zu tun hätten.

Alle Befragten wünschten eine Vernetzung zwischen Drogenkonsumräumen und der übrigen Drogenhilfe und knapp 90 % der Befragten erachteten es als sinnvoll, dass auch in den Konsumräumen weitere Hilfen bis hin zu Beratung zur Verfügung stehen.

Weniger einheitlich war die Einschätzung zu zwei weiteren Aspekten: Fast ein Fünftel der Einrichtungen hatte Angst, dass Konsumräume zur Ansiedlung offener Szenen im Umfeld führen, und gut ein Viertel der Befragten sah - z.T. trotz einer Zustimmung zu den o.g. Punkten - in Drogenkonsumräumen eine falsche Signalwirkung - insbesondere auch auf jugendliche Drogenkonsumenten. In beiden Fällen kamen die eher skeptischen Stimmen erwartungsgemäß ausschließlich von Einrichtungen, die nicht zu Konsumraumträgern gehörten. Hingegen war es erstaunlich, dass die teilnehmenden niedrigschwelligen Einrichtungen überdurchschnittlich<sup>31</sup> häufig Szenebildungen und - zusammen mit gut einem Drittel der Beratungsstellen - eine falsche Signalwirkung befürchteten.

Die Einrichtungen wurden im Folgenden befragt, ob sie bestimmte (mögliche) Zielsetzungen für Drogenhilfe richtig oder nicht richtig finden, um dann einzuschätzen, ob und in welchem Umfang diese Ziele durch Konsumraumarbeit erreicht werden können. Die vorgegebenen Ziele waren z.B. die Senkung von Gesundheitsgefahren durch Drogenkonsum und von Drogentodesfällen, die Erreichung schwer erreichbarer Drogenkonsumenten, die Weckung von Behandlungsbereitschaft und die Reduzierung von drogenkonsumbedingten Belastungen der Öffentlichkeit.

Diese Ziele wurden über alle Befragten hinweg weit überwiegend, meist sogar zu 100 %, als richtig bewertet. Lediglich die beiden Ziele: „Erreichung schwer erreichbarer Drogenkonsumenten“ und „Reduzierung von Belastungen der Öffentlichkeit“ wurden von einem Gutteil der befragten Therapieeinrichtungen nicht anerkannt (38,5 % bzw. 46,2 % sagten *nicht richtig*).

<sup>31</sup> Hier soll darauf hingewiesen werden, dass insgesamt nur drei niedrigschwellige Einrichtungen an der Befragung teilgenommen haben, von denen je zwei eine verstärkte Szenebildung und eine falsche Signalwirkung befürchteten (und damit je zwei Drittel).

Gefragt danach, inwiefern Konsumräume zur Erreichung der o.g. Ziele beitragen können, zeigte sich ein differenziertes Bild (vgl. Tab. 28).

Tab. 28: Erreichungsgrad von Zielen durch Konsumraumarbeit - alle Befragten, Rangfolge nach Zustimmung zu „ja“ und „zum Teil“ zusammengenommen (n = schwankend je nach Item, s. Angaben pro Item)

| Ziel  | das Ziel ist durch Konsumräume erreichbar ... |                  |                         |              | Gesamt |
|---|---|------------------|-------------------------|--------------|--------|
|   | ja<br>in %                                    | zum Teil<br>in % | eher<br>weniger<br>in % | nein<br>in % |        |
| Senkung von Gesundheitsgefahren durch Drogenkonsum (n = 41)                   | 30,8  | 46,2             | 17,9                    | 5,1          | 100,0  |
| Sicherung des Überlebens/Reduzierung von Drogentodesfällen (n = 41)           | 25,6  | 48,7             | 15,4                    | 10,3         | 100,0  |
| Inanspruchnahme weiterführender Hilfe fördern (n = 39)                        | 26,8  | 43,9             | 24,4                    | 4,9          | 100,0  |
| Erreichung schwer erreichbarer Drogenkonsumenten (n = 41)                     | 18,4  | 42,1             | 18,4                    | 21,1         | 100,0  |
| Behandlungsbereitschaft wecken (n = 41)                                       | 15,4  | 41,0             | 33,3                    | 10,3         | 100,0  |
| Reduzierung von drogenkonsumbedingten Belastungen der Öffentlichkeit (n = 37) | 25,6  | 28,2             | 30,8                    | 15,4         | 100,0  |
| Ausstieg aus der Sucht einleiten (n = 38)                                     | 12,5  | 25,0             | 50,0                    | 12,5         | 100,0  |

Von den zur Auswahl gestellten Zielen erachteten die Befragten vor allem die Senkung von Gesundheitsgefahren und die Reduzierung von Drogentodesfällen als durch Konsumräume (zum Teil) erreichbar (zusammen 77,0 % und 74,3 %). Zudem wurde mehrheitlich angenommen, dass Konsumräume wirkungsvoll dazu beitragen können, dass Drogenabhängige weiterführende Hilfen in Anspruch nehmen (zus. 70,7 %), wenngleich nur noch 56,4 % glaubten, dass die Einrichtungen Behandlungsbereitschaft zu wecken im Stande sind, und nur gut ein Drittel bei den Drogenkonsumräumen (teilweise) Möglichkeiten sah, den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten.

Die Erreichung von zwei weiteren - erklärten - Zielen der Angebote wurde ebenfalls durchaus kritisch betrachtet: Nur gut 60 % glaubten, dass Konsumräume ansonsten schwer erreichbare Drogenkonsumenten erreichen können und nur gut die Hälfte der Befragten rechnete mit einer erfolgreichen Reduzierung der drogenkonsumbedingten Belastungen der Öffentlichkeit. Die letztgenannte Einschätzung, die am meisten von Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen geäußert wurde, hing vor allem mit zwei Aspekten zusammen: Ein Teil der Befragten befürchtete - wie o.g. -, dass Konsumräume gerade im Gegenteil zu Szenebildungen beitragen. Demgegenüber verwiesen andere Befragte auf die minimalen Kapazitäten der Berliner Angebote und erläuterten, dass damit keine Wirkung in der Fläche erwartet werden könne.

Betrachtet man das Antwortverhalten von Einrichtungen von Konsumraumträgern und anderen, so zeigte sich - erwartungsgemäß - bei letzteren generell eine größere Skepsis. Während die Einrichtungen der Konsumraumbetreiber fast alle der o.g. Zielsetzungen als durch Konsumräume zumindest teilweise umsetzbar einschätzten (für sechs von sieben Zielen gaben 100 % der Befragten dieser Gruppe *zum Teil/ja* an), erwarteten die übrigen Befragten vor allem weniger Wirkung bezüglich der Weckung von Behandlungsbereitschaft (nur 48,5 % *zum Teil/ja*) und der Förderung des Ausstiegs (nur 25,1 % *zum Teil/ja*) als die Einrichtungen der Konsumraum-Träger.



Gleichwohl räumten auch sie mehrheitlich ein, dass Gesundheitsgefahren und Drogentodesfällen durch Konsumräume erfolgreich gesenkt werden können (72,7 % und 69,7 % *zum Teil/ja*).

Eine Analyse des Antwortverhaltens nach Einrichtungstypen zeigte ebenfalls Unterschiede auf:

- Dass Konsumräume zur Senkung von Gesundheitsgefahren und zur Reduzierung von Drogentodesfällen beitragen können, bejahten *alle* befragten Entgiftungsstationen und niedrighschwelligten Einrichtungen. Am skeptischsten zeigten sich hier die Entwöhnungseinrichtungen (nur 61,6 % und 53,9 % *zum Teil/ja*).
- Hingegen erwarteten vor allem PSB-Projekte und Beratungsstellen, dass ansonsten nur schwer erreichbare Drogenkonsumenten durch Konsumräume angesprochen werden können (88,9 % und 72,7 % *zum Teil/ja*), die größten Zweifel hinsichtlich der Erreichung dieses Ziels hatten Entwöhnungseinrichtungen (25,0 % *eher weniger* und 41,7 % *nein*).
- Und wengleich die meisten Einrichtungen annahmen, dass Konsumräume erfolgreich dazu beitragen, dass Drogenabhängige hier zur Inanspruchnahme weiterführender Einrichtungen motiviert werden können, so glaubten nur Beratungsstellen und PSB-Projekte (je etwa zu zwei Dritteln), dass Behandlungsbereitschaft geweckt werden kann.
- Sämtliche Einrichtungen waren am skeptischsten, was den Ausstieg aus der Sucht betrifft: Dass Konsumräume hierzu beitragen könnten, verneinten alle Entgiftungsstationen und mehrheitlich die Therapieeinrichtungen. Auch von den Beratungsstellen und PSB-Projekten waren nur etwa die Hälfte überzeugt, dass Konsumräume hierzu Förderliches leisten können.

## 6.2.2 Kenntnis von Drogenkonsumräumen in Berlin

Die Einstellung zu Drogenkonsumräumen speist sich in der Drogenhilfe sowohl durch die Fachdiskussion der letzten Jahre und grundsätzliche Positionen (s.o.), aber auch durch eigene Anschauung. Deshalb wurden die Einrichtungen befragt, ob und welche der Berliner Drogenkonsumräume sie kennen und ob sie schon einmal einen Konsumraum besucht haben. Weitere Fragen zielen auf die Kenntnisse zu:

- Träger und Personal
- Konzept, Öffnungs- bzw. Standzeiten und Angebot sowie
- Adresse und Telefonnummer der Konsumraumangebote.

Dieser Komplex schloss mit der Frage danach, ob man sich ausreichend zur Konsumraumarbeit informiert fühlt.

Zur Kenntnis der Angebote: 40 der 41 Befragten gaben an, das Konsummobil bzw. seinen Standort am Bahnhof zu kennen, 35 Befragte wussten von der Birkenstube, 32 vom Mobil-Standort Kurfürsten- bzw. Frobenstraße und nur 29 Befragten wussten vom Konsumraum in der SKA.

19 der 41 Befragten haben schon einmal einen (oder mehrere) der Berliner Konsumräume<sup>32</sup> besucht, darunter vor allem Beratungsstellen und PSB-Projekte. Die meisten

---

<sup>32</sup> Zwei weitere Befragte berichteten von Besuchen in Konsumräumen in anderen deutschen Städten.

Besuche entfielen auf die Birkenstube (11x). Von den befragten Einrichtungen, die zu Konsumraumträgern gehören, waren *alle* schon einmal bei den Kollegen, um sich die neuen Angebote anzusehen. Hingegen hatten nur 39,4 % der Einrichtungen, die nicht zu Konsumraumträgern gehörten, diese Möglichkeit genutzt.

Dementsprechend waren die Einrichtungen der Konsumraumträger auch besser über Träger, Personal, Konzept und Angebote sowie Öffnungszeiten informiert. Entwöhnungseinrichtungen zeigten die größten Wissenslücken im Detail, während Beratungsstellen und PSB-Projekte durchgängig am besten informiert waren.

Mit Blick auf diese Ergebnisse erstaunt es nicht, dass alle Befragten, die zu Konsumraumträgern gehören, sich *ausreichend* zu den Berliner Konsumraumangeboten *informiert* fühlten. Demgegenüber fehlten fast der Hälfte der übrigen Einrichtungen (45,5 %) Informationen, insbesondere zu Öffnungszeiten. Zudem vermissten sie Informationen zu Erfahrungen mit und Entwicklungen in der Arbeit sowie zu konzeptionellen Aspekten (und hier vor allem zum Umgang mit Substituierten).

Ein besonderes Augenmerk galt der Frage, ob das Angebot eines Drogenkonsummobils, also eines Konsumraums in einem Bus, sinnvoll erscheint. 34 Befragte nahmen dazu Stellung, wobei die Meinungen deutlich auseinander gingen: 17 Einrichtungen votierten dafür. Sie betonten vor allem, dass der Bus ein flexibles Aufsuchen von Szenestandorten ermögliche und die Klienten dort erreicht werden könnten, wo sie sich aufhalten und sahen keinen (gravierenden) Unterschied zu einem festen Standort. Elf andere Befragte lehnten die mobile Lösung ganz grundsätzlich ab, begründeten dies jedoch nur selten. Lediglich einmal wurde auf die zu große räumliche Enge und ein anderes Mal auf die Witterungsabhängigkeit der Buslösung verwiesen.

### 6.2.3 Effekte der Drogenkonsumraumarbeit in Berlin aus Sicht der Drogenhilfe

Weitere Fragen an die Berliner Drogenhilfeeinrichtungen fokussierten auf wahrgenommene Auswirkungen der Arbeit aus Sicht der Befragten und vor allem auf klientenbezogene Effekte: Wie schätzen die Befragten die Vermittlung gesundheitspräventiver Botschaften und die Motivation zur Nutzung weiterführender Hilfen ein?

28 von 41 Befragten (68,3 %) glaubten, dass die Klienten in den Konsumräumen etwas Neues über die Bedeutung von Hygiene oder über Infektionsrisiken lernen und auch in ihr Verhaltensrepertoire übernehmen. Die Befragten nahmen an, dass die Klienten ganz generell den Aspekt „Gesundheit“ stärker wahrnehmen und die Risiken beim Drogenkonsum. Sie erwarteten, dass die Klienten vor allem Safer Use-Praktiken erlernen und mehr über HIV und Hepatitis(-Prophylaxe) und Venenschutz erfahren. Einrichtungen, die Konsumträgern angehören, waren öfter dieser Ansicht (87,5 % vs. 63,6 %), am meisten davon überzeugt waren Befragte aus Beratungsstellen (91,7 %). Aber auch in allen anderen Einrichtungstypen erwartete die Mehrheit der Befragten, dass gesundheitspräventive Botschaften bei den Klienten „ankommen“.

Alle Einrichtungen von Konsumraumträgern und immerhin auch drei Viertel der übrigen dachten des Weiteren, dass die Klienten erfolgreich zur Nutzung weiterführender Hilfen motiviert werden können, vor allem zu Beratungsstellen und in Substitution. Angenommen wurde, dass Klienten mit Hilfe der Konsumraummitarbeiter Ideen bekommen, welche Hilfen für sie infrage kommen und dass Zugangsängste zum Hilfesystem abgebaut werden können.

Damit erfüllen die Konsumräume aus der Sicht der Berliner Drogenhilfekollegen diese an sie gestellten Erwartungen.

Jeder neue Baustein in der Drogenhilfe kann jedoch Effekte nicht nur auf die dort betreuten Klienten, sondern auch Auswirkungen für andere Einrichtungen oder das System der Hilfen insgesamt haben. Deshalb wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie seit der Eröffnung der Drogenkonsumräume Auswirkungen, z.B. hinsichtlich ihrer Auslastung oder Probleme im Umfeld bemerkt haben. 40 Befragte machten hierzu Angaben: 36 verneinten die Frage. Lediglich vier Einrichtungen kreuzten ja an und nur eine von ihnen notierte eine konkrete Auswirkung: diese Einrichtung bedauerte, dass die Eröffnung der Konsumräume mit der Schließung anderer wichtiger Einrichtungen verbunden worden sei.<sup>33</sup>

#### 6.2.4 Vernetzung der Drogenkonsumräume

Die Berliner Rechtsverordnung definiert Konsumräume als Bestandteil von Drogenhilfe und orientiert sich auf ein mit der restlichen Drogenhilfe vernetztes Arbeiten. Damit ist neben institutionellen Kontakten, z.B. im Rahmen von Arbeitskreisen, auch die Vermittlung von Klienten in weiterführende Einrichtungen gemeint. Deshalb wurden die Drogenhilfeeinrichtungen gebeten Auskunft darüber zu geben, ob und welche Art Kontakte zu den Drogenkonsumräumen bestehen (vgl. Tab. 29).

Tab. 29: Kontakte zwischen den befragten Einrichtungen und den Konsumräumen

| Kontakte                          | ja | nein |
|-----------------------------------|----|------|
| institutionelle Kontakte (n = 41) | 25 | 16   |
| fallbezogene Kontakte (n = 39)    | 9  | 30   |

Institutionelle Kontakte zu den Konsumraumangeboten beschreiben 25 der befragten 41 Einrichtungen, darunter erwartungsgemäß mehr, die zu Konsumraumträgern gehören (75 % vs. 57,6 % der übrigen). Meist arbeiten die Einrichtungen im Rahmen von Gremien zusammen, darunter vor allem trägerinterne und bezirkliche Arbeitskreise. Des Weiteren werden die AG City Bahnhöfe und die so genannte Koller-Runde<sup>34</sup> genannt.

Fallbezogene Kontakte gaben nur neun Einrichtungen an: vier Einrichtungen, die zu Konsumraumträgern gehören, und fünf weitere. Nach Einrichtungstyp betrachtet: Vier Beratungsstellen, je zwei PSB-Projekte und Entgiftungsstationen sowie eine Entwöhnungseinrichtung gaben fallbezogene Kontakte an. Bei den Angaben ist möglicherweise mit einer Unterschätzung des tatsächlichen Ausmaßes von Kontakten zu rechnen, da die den Fragebogen bearbeitenden Leitungskräfte i.d.R. keine Kenntnis haben, woher die Klienten kommen und die Einrichtungen die Zuweisung über einen Konsumraum nicht systematisch erheben. Alle befragten niedrighwelligen Einrichtungen verneinten die Frage, was vermutlich auf die andere, oft anonyme Form der Klientenkontakte und nur in Einzelfällen vorkommende einrichtungsübergreifende Fallarbeit zurückzuführen ist.

Auf die Frage, ob ihnen von den Konsumräumen schon einmal Klienten vermittelt wurden, antworteten die gleichen neun Einrichtungen mit *ja*. Fünf Befragte gaben an, dass sie das *nicht wissen*, u.a. weil diese Information nicht systematisch erhoben/dokumen-

<sup>33</sup> Tatsächlich wurden die Konsumräume zusätzlich zum bestehenden Etat für die Drogenhilfe finanziert. Zur Schließung bestimmter Einrichtungen bestand demnach kein Zusammenhang.

<sup>34</sup> Vierteljährliche Informationsrunde der Landesdrogenbeauftragten mit allen Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen.

tiert wird. 27 Einrichtungen *verneinten*, darunter alle niedrigschwelligen Angebote und die meisten Therapieeinrichtungen.

Tatsächlich, so zeigte die vergleichende Datenanalyse, wurden 109 Konsumraumklienten auch von Beratungsstellen betreut, davon 35 zeitlich nachfolgend zum Besuch des Konsumraums und damit möglicherweise auf Vermittlung von Konsumraummitarbeitern (vgl. S. 48).

Die Einrichtungen wurden - umgekehrt - auch danach befragt, ob sie ihrerseits Klienten auf die Drogenkonsumräume hingewiesen haben. Diese Frage beantworteten 40 Befragte. Alle konsumraumzugehörigen Einrichtungen gaben an, Klienten über die neuen Angebote informiert zu haben, aber nur 36,4 % der übrigen Befragten. Entsprechende Hinweise erhielten Klienten demnach vor allem von Beratungsstellen und niedrigschwelligen Einrichtungen (83,3 % und 66,7 %) sowie von drei Entwöhnungseinrichtungen und vier PSB-Projekten.

Die Konsumräume erscheinen derzeit institutionell bereits als recht gut mit den übrigen Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe vernetzt, doch kam es fallbezogen erst zu einigen wenigen Kontakten. Obgleich sich die Aufgaben von Konsumräumen und beispielsweise Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen deutlich unterscheiden, kann es nur vordergründig verständlich erscheinen, dass keine Entgiftungs- und nur drei Entwöhnungseinrichtungen Klienten über das Angebot von Konsumräumen informiert haben. Hier ist daran zu erinnern, dass - im Falle eines Rückfalls - die Gefahr eines Drogennotfalls im Anschluss an stationäre Maßnahmen besonders groß ist und genau diese Klienten der gesteigerten Gesundheitsfürsorge bedürfen.

### 6.2.5 Abschließende Einschätzungen der Drogenhilfe

Abschließend wurden die Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe um Einschätzungen zu bestimmten konzeptionellen Aspekten und Rahmenbedingungen der Konsumraumarbeit in Berlin gebeten sowie um ihre Meinung, wie es nach der Modellphase bzw. ab 2006 in Berlin mit der Konsumraumarbeit weitergehen solle.

Von den verschiedenen konzeptionellen Aspekten wurden jene herausgesucht und den Befragten vorgelegt, die in der Diskussion um die Konsumräume eher strittig diskutiert wurden. Die Befragung sollte hier dazu beitragen, das Meinungsbild besser zu fundieren. Tatsächlich zeigte sich auch unter den hier befragten Vertretern der Berliner Drogenhilfelandchaft ein deutlich diskrepantes Meinungsbild (vgl. Tab. 30).

Tab. 30: Bewertung konzeptioneller Aspekte der Konsumräume (n = schwankend je nach Item, s. Angaben pro Item)

|  | finde ich richtig in % | finde ich nicht richtig in % | weiß nicht in % | Gesamt |
|--|------------------------|------------------------------|-----------------|--------|
| dezentral auf vier Standorte verteiltes Konsumraumangebot (n = 40) | 55,0                   | 27,5                         | 17,5            | 100,0  |
| Ausschluss Substituierter (n = 41)                                 | 58,5                   | 31,7                         | 9,8             | 100,0  |
| Mindestalter 16 Jahre (n = 40)                                     | 67,5                   | 25,0                         | 7,5             | 100,0  |
| namentliche Erfassung der Klienten (n = 40)                        | 35,0                   | 50,0                         | 15,0            | 100,0  |
| Erfassung weiterer klientenbezogener Daten (n = 40)                | 37,5                   | 40,0                         | 22,5            | 100,0  |
| Konsum generell unter Aufsicht (n = 41)                            | 78,0                   | 9,8                          | 12,2            | 100,0  |

Die größte Einigkeit und Übereinstimmung mit Rechtsverordnung und den ihr folgenden Konzeptionen der Konsumräume bestand in punkto „Konsum nur unter Aufsicht“: 78,0 % der Befragten stimmten dieser Vorgabe zu, darunter alle befragten niedrigschwelligen Einrichtungen. Die Regelung zum Mindestalter von 16 Jahren fand nur noch bei zwei Drittel Zustimmung. Dabei gründete sich die Ablehnung (von einem Viertel der Befragten) auf zwei gegensätzliche Begründungen: Wollte die eine Gruppe Konsumräume allen öffnen - unabhängig vom Alter, damit z.B. auch sehr junge i.v.-Drogenkonsumenten möglichst früh an Safer Use-Praktiken erlernen und u.a. gesundheitspräventive Botschaften hören, so präferierte die andere Gruppe, in den Konsumräumen nur Volljährige zuzulassen.

Mit Blick auf den Ausschluss Substituierter war das Meinungsbild noch uneinheitlicher: Mit 58,5 % votierte nur gut die Hälfte für die jetzige Regelung: Nur 12,5 % der Konsumraumträger-Einrichtungen stimmten dem Ausschluss zu, hingegen 69,7 % der übrigen Befragten. Fast ein Drittel aller Befragten, darunter 75,0 % der Konsumraumträger-Einrichtungen und auch 50,0 % der PSB-Projekte wollte Substituierten den Zugang zu Konsumräumen ermöglichen. Im Blick waren hier vor allem die Substituierten, die z.T. erheblichen, auch i.v.-Beikonsum haben und die sich damit sehr risikoreich verhalten. Gerade sie wären aus Sicht von 31,7 % der Befragten eine relevante Zielgruppe für Harm Reduction und Motivation zur Veränderung.

Die Verteilung der Konsumraumarbeit auf vier Standorte in vier Bezirken begrüßte gut die Hälfte der Befragten, darunter mehr Einrichtungen, die zu Konsumraumträgern gehörten. 27,5 % fanden das nicht richtig, die höchste Ablehnung (sie erläuterten das meist i.S. von „nicht notwendig“) und 17,5 % konnten sich nicht entscheiden.

Die in Berlin einzigartig umfassende Dokumentation von Klientendaten in Konsumräumen inkl. der namentlichen Erfassung der Nutzer wurde überwiegend abgelehnt: Besonders viel Kritik zog die namentliche Erfassung auf sich, erstaunlicherweise insbesondere aus dem Bereich der Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen. Das Erfragen weiterer Daten stieß auf etwas weniger Skepsis, wenn auch kaum mehr auf explizite Zustimmung. Auch hier zeigte sich ein trägerbezogener Effekt: Die Einrichtungen, die zu den Konsumraumträgern gehörten, begrüßten deutlich stärker (62,5 %) die Erfassung weiterer Daten (vs. 31,3 % in der anderen Gruppe). Dieses unterschiedliche Antwortverhalten hing vermutlich mit den trägerinternen Diskussionen um Dokumentation, auch im niedrigschwelligen Bereich, zusammen.

20 Befragte nahmen zu den Rahmenbedingungen der Konsumraumarbeit in offener Form Stellung. Von diesen waren zwölf der Meinung, dass Konsumräume ein wichti-

ges Angebot sind, die personelle und finanzielle Ausstattung in Berlin derzeit aber deutlich zu gering ist. Die Befragten sprachen vom „Tropfen auf den heißen Stein“, vom „Feigenblatt“ und betonten, dass die Öffnungszeiten erweitert und regelmäßiger gestaltet werden müssten. Lediglich drei Einrichtungen (alle drei nicht zu Konsumraumträgern gehörig) bewerteten die Ausstattung als bedarfsgerecht bzw. ausreichend. Die übrigen lehnten Konsumraumangebote generell ab.

Ein Viertel der Antworten betonte explizit, dass Konsumräume (generell) integrierte Angebote mit Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten sein müssten und (vertraglich abgesicherter) Bestandteil der regionalen Versorgung.

Schließlich legten 34 Befragte, darunter alle acht Konsumraumträger-Einrichtungen, dar, wie es aus ihrer Sicht mit der Drogenkonsumraumarbeit in Berlin weitergehen sollte. Alle Konsumraumträger-Einrichtungen votierten klar für die Weiterführung der Arbeit und die Integration der Angebote in komplexe Kontakt- und Beratungseinrichtungen und insgesamt in die regionale Drogenhilfe. Von den 26 übrigen Einrichtungen sprach sich ebenfalls die Mehrheit (n = 16) prinzipiell für die Beibehaltung der Konsumräume aus, meist verbunden mit dem Wunsch nach Erweiterung der Öffnungszeiten (und Ausweitung der Ressourcen). Sieben Einrichtungen fühlten sich ohne mehr Informationen nicht in der Lage, eine Empfehlung abzugeben und lediglich zwei Befragte votierten für die vollständige Beendigung der Konsumraumarbeit.

Sechs Einrichtungen plädierten - trotz grundsätzlicher Zustimmung - für eine auslastungsbezogene Entscheidung über die Zukunft einzelner Standorte oder rieten dazu, die Arbeit des Konsummobils zugunsten einer Verstärkung der Birkenstube einzustellen. Demgegenüber wollten zwei Befragte explizit die Busarbeit erhalten wissen. Sechs Befragte warfen - über die Einschätzung der Sinnhaftigkeit der Arbeit der Konsumräume hinaus - die Frage auf, ob die Kosten der Konsumraumarbeit in Relation zur übrigen Drogenhilfe stünden und ob man in diesen finanziell schwierigen Zeiten ein neues Angebot für eine so spezifische Zielgruppe implementieren dürfe. Angesichts der aktuellen Kürzungsdebatten verwundert es nicht, dass hier - wie auch in den Expertengesprächen (vgl. Abschnitt 6.1.5) - zudem darauf hingewiesen wurde, dass die Kosten für die Konsumräume nicht zu Lasten der übrigen Drogenhilfe gehen dürften.

Schließlich wurden konzeptionelle Anforderungen an die Arbeit formuliert: Die Konsumraumarbeit solle sich zukünftig stärker ausstiegsorientiert profilieren und vermehrt Kontakt zu Klienten herstellen, sie ins Hilfesystem integrieren bzw. in weiterführende Einrichtungen vermitteln. Die Befragten wünschten, dass hierzu und ganz generell die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Beratungsstellen ausgebaut werden solle - auch über Trägergrenzen hinweg.<sup>35</sup> Weitere Stimmen regten an, mehr Rauchgelegenheiten zu schaffen, mehr medizinische (ärztliche) Hilfen vorzuhalten und schließlich verbindliche Standards für die Konsumraumarbeit zu definieren (Vernetzung, Zielgruppen, komplexes Aufgabenspektrum).

---

35 Im Unterschied zu der Kritik, die bei diesen Äußerungen mitschwang, hat die vergleichende Datenanalyse gezeigt, dass 68 der 109 durch eine Beratungsstelle betreuten Konsumraumnutzer im Kontakt zu einer Beratungsstelle standen, die *nicht* zum Träger eines Konsumraums gehörte (vgl. Abschnitt 5.2.3.2).

## 7 Akzeptanz der Drogenkonsumräume im Wohnumfeld

Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen hat in Berlin wie früher auch andernorts nicht nur heftige fachliche Kontroversen ausgelöst. Auch auf Seiten von Anwohnern und Gewerbetreibenden sind in der Nachbarschaft angesiedelte Drogenhilfeeinrichtungen und insbesondere Konsumräume umstritten. Und dennoch muss konstatiert werden, dass bis heute kaum Forschungsarbeiten zur Akzeptanz von Drogenkonsumräumen unter Anwohnern vorliegen. Eine interessante Arbeit wurde in der Schweiz von Klingemann (1987) durchgeführt, der die Akzeptanz einer (geplanten) therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige im sozialen Umfeld untersuchte. Seinen Ergebnissen zufolge ist die Ablehnung einer derartigen Einrichtung unter Anwohnern eine Summe aus Vorurteilen und Ängsten.

Entsprechend der oben genannten Erfahrungen sowie beziehungsweise auf die Empfehlungen der „Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Drogenkonsumräumen“ (Stöver, 2000), soll bei der Umsetzung der Angebote von Konsumräumen für Drogenabhängige eine „sozialverträgliche Ausrichtung“ realisiert werden. In diesem Zusammenhang hat sich für die Begleitforschung die Frage gestellt, inwieweit das spezifische Angebot bei Anwohnern im sozialen Nahfeld der Einrichtungen auf Akzeptanz oder auf Ablehnung stößt. Neben der Bearbeitung dieser eher grundsätzlichen Frage, galt es auch zu überprüfen, welche Faktoren eine akzeptierende bzw. ablehnende Haltung von Anwohnern den neu eingerichteten Drogenkonsumräumen gegenüber begründen und durch welche Maßnahmen eine „sozialverträgliche Ausrichtung“ des Angebots optimiert werden könnte.

Es kann davon ausgegangen werden kann, dass die Frage der Akzeptanz oder Ablehnung eines niedrigschwelligen Drogenhilfeangebots über die Zeit unterschiedlich bewertet wird. So wäre beispielsweise zu erwarten, dass eine zunehmende Szenebelastung infolge der Etablierung von Drogenkonsumräumen zu einer verstärkten Ablehnung durch Anwohner führen würde. Umgekehrt wäre auch denkbar, dass die Akzeptanz für eine derartige Einrichtung steigt, wenn befürchtete negative Konsequenzen im Stadtviertel ausbleiben. Dieser Frage wurde im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Begleitung der Arbeit der Drogenkonsumräume in Berlin ebenfalls nachgegangen.

### 7.1 Methoden der Untersuchung

Für die Bearbeitung der skizzierten Fragestellung ist die Ziehung einer für das Wohnumfeld der Drogenkonsumräume repräsentativen Stichprobe erforderlich. Ergebnisse, die auf der Grundlage repräsentativer Stichproben gewonnen werden, besitzen eine größere Aussagekraft im Hinblick auf deren Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit der untersuchten Population. Eine Repräsentativstichprobe liegt dann vor, wenn der Auswahlmechanismus der Untersuchungsteilnehmer eine Zufallsauswahl ist (vgl. Schnell, Hill & Esser, 1999).

Gerade weil der öffentliche Diskurs im Zusammenhang mit der Etablierung von Drogenhilfeangeboten im Allgemeinen und Drogenkonsumräumen im Besonderen in aller Regel recht kontrovers geführt wird, ist bei der gegebenen Fragestellung besonderer Wert auf eine aussagekräftige repräsentative Untersuchungsstichprobe zu legen.

### 7.1.1 Rekrutierung der Stichprobe

In der Untersuchung der Anwohnerakzeptanz von Drogenkonsumräumen wurden nur die beiden „stationären“ Angebote in Kreuzberg-Friedrichshain (SKA) und in Mitte (Birkenstube) berücksichtigt. Der mobile Konsumraum für Drogenabhängige (Konsummobil) blieb hierbei unberücksichtigt. Dies begründet sich zum Teil aus den vergleichsweise kurzen Standzeiten an den unterschiedlichen Standorten des mobilen Angebots, zum anderen aber aus der Tatsache, dass bei der Auswahl der Standorte des Konsummobils explizit darauf geachtet wurde, dass eine Belastung von Anwohnern möglichst klein bleibt (z.B. Standort am Bahnhof Zoo).

Was wird im Rahmen dieser Teilstudie nun unter „Anwohnern“ der Drogenkonsumräume verstanden? In einem ersten Schritt wurden alle Personen, die in einer Entfernung von 300 Metern (Fußweg) von den beiden Drogenkonsumräumen polizeilich gemeldet waren, als Anwohner definiert und in das Auswahlverfahren einbezogen. Aus dem Datensatz des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO Stand 1.4.2004) wurden alle in diesen Häusern gemeldete volljährige Personen als Grundgesamtheit der Anwohnerbefragung bestimmt. Insgesamt handelte es sich hierbei um Datensätze von insgesamt  $N = 8.855$  Personen. Nach diesem Definitions- und Auswahlverfahren gelten insgesamt 3.902 Personen als Anwohner der Birkenstube (Mitte) und 4.953 Personen als Anwohner des Drogenkonsumraums SKA (siehe auch Tab. 31).

Aus diesen Daten wurde in einem nächsten Schritt eine Zufallsstichprobe gezogen. Um sicher zu stellen, dass die Untersuchungsstichprobe eine adäquate statistische Aussagekraft aufweist, wurde für die Untersuchung eine Stichprobengröße von etwa  $n = 100$  veranschlagt. Unter Berücksichtigung von einer in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen nicht unüblichen Non-Response-Rate von etwa 70,0 % - 75,0 % (Teilnahmeverweigerung, Urlaub, Umzug, Tod etc.) wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für jeden Konsumraumstandort eine Zufallsstichprobe von 243 Probanden aus der Grundgesamtheit der Anwohner gezogen.

Tab. 31: Grundgesamtheit und Zufallsstichprobe der Anwohnerbefragung

| Geschlecht | Anwohner der Birkenstube                | Anwohner der SKA | Zufallsstichprobe Tiergarten            | Zufallsstichprobe Kreuzberg |
|------------|---|------------------|---|-----------------------------|
| männlich   | 2.023                                   | 2.568            | 131                                     | 110                         |
| weiblich   | 1.879                                   | 2.385            | 112                                     | 133                         |
| Summe      | 3.902                                   | 4.953            | 243                                     | 243                         |
|            | Grundgesamtheit<br>$N = 8.855$ Personen |                  | Zufallsstichprobe<br>$n = 486$ Personen |                             |

Die Anwohnerbefragung wurde von zwei Studentinnen vom 3. Mai bis 23. Juli 2004 mit Hilfe eines Erhebungsinstruments durchgeführt. Aufgrund des vergleichsweise hohen Migrantenanteils insbesondere im Wohnumfeld des Konsumraums SKA wurde eine türkischsprachige Version des Erhebungsbogens erstellt und eine türkischsprachige Interviewerin eingesetzt. Die Interviewerinnen suchten alle ausgewählten Haushalte zwischen Montag und Samstag in der Zeit zwischen 15 und 20 Uhr persönlich auf und versuchten den ausgewählten Interviewpartner für die etwa 15- bis 20-minütige Befragung zu gewinnen. Bei der Bestimmung der tatsächlichen Untersuchungspersonen, die in die Anwohnerbefragung einbezogen werden sollten, wurde eine zweite Zufallsauswahl vorgenommen, in dem die „Last-Birthday-Methode“ angewandt wurde.



Dabei wurde bei Haushalten mit mehreren Personen des gleichen Familiennamens diejenige Person als Zielperson ausgewählt, die als letzte Geburtstag hatte.

Personen, die nicht anzutreffen waren, wurden mit einer Postkarte benachrichtigt und gebeten, sich telefonisch bei delphi zur Terminabsprache zu melden. Untersuchungsteilnehmer, die weder beim ersten Versuch angetroffen werden konnten noch zurückriefen, wurden ein weiteres Mal persönlich aufgesucht. Hierbei achteten die Interviewerinnen darauf, dass sowohl der Wochentag wie die Uhrzeit variierten. Wurde der ausgewählte Teilnehmer dann erneut nicht angetroffen, blieb er bei der Anwohnerbefragung unberücksichtigt.

Die zufällig ausgewählten 486 Haushalte, die in räumlicher Nähe der beiden Drogenkonsumräume registriert waren, wurden bis zu zweimal besucht. Gleichwohl wurde ein vergleichsweise hoher Anteil der Zielpersonen nicht erreicht, wie die Tab. 32 belegt:

Tab. 32: Rekrutierungsmatrix der Stichprobe für die Anwohnerbefragung

|  | Tiergarten (N = 243) |      | Kreuzberg (N = 243) |      |
|--|----------------------|------|---------------------|------|
|  | Anzahl               | in % | Anzahl              | in % |
| verzogen   | 39                   | 16,1 | 45                  | 18,5 |
| nicht erreicht   | 91                   | 37,4 | 108                 | 44,4 |
| angetroffene Personen (a, b, c)<br>davon:                  | 113                  | 46,5 | 90                  | 37,1 |
| verweigert (a)   | 48                   | 19,7 | 34                  | 14,0 |
| Sprachproblem (b)  | 6                    | 2,5  | 6                   | 2,5  |
| teilgenommen (c)   | 59                   | 24,3 | 50                  | 20,6 |
| Teilnahmebereitschaft (in % der<br>angetroffenen Personen) | 52,2                 |      | 55,6                |      |

Im Bezirk Tiergarten waren 91 Personen (37,4 %) auch beim zweiten Versuch nicht anzutreffen, in Kreuzberg waren es 108 Personen (44,4 %). Insgesamt wurden in Tiergarten 113 Personen (46,5 %) angetroffen. In Kreuzberg wurden 90 Personen (37,1 %) erreicht. Von den angetroffenen Personen verweigerten in Tiergarten 48 Personen (19,7 %) die Teilnahme an der Befragung, in Kreuzberg war der Anteil der Verweigerungen mit 14,0 % (34 Personen) etwas geringer. In jedem Bezirk wohnte rund ein Sechstel der Zielpersonen nicht mehr unter der Meldeadresse.

In beiden Regionen konnten jeweils sechs Personen der in der Zufallsstichprobe enthaltenen Haushalte aufgrund von Sprachproblemen nicht teilnehmen. Von den 113 Personen, die im Bezirk Tiergarten angetroffen wurden, haben 59 Personen an der Befragung teilgenommen. Das entspricht einer Teilnahmebereitschaft von 52,2 %. In Kreuzberg wurden 90 Personen angetroffen, von denen 50 an der Befragung teilnahmen. Damit lag die Teilnahmebereitschaft dort bei 55,6 %. Die Stichprobe der Anwohnerbefragung betrug so schließlich insgesamt 109 Personen und erreichte damit die eingangs angestrebte Größenordnung.

### 7.1.2 Repräsentativität der Stichprobe

Von den 486 zufällig ausgewählten Haushalten haben - wie beschrieben - 109 Haushalte bzw. Personen tatsächlich an der Befragung teilgenommen. Um zu überprüfen, ob die 109 Teilnehmer repräsentativ für die Population der Anwohner der Drogenkonsum-

räume in den Bezirken sind, wurden die Daten der Befragten mit den Angaben des LABO zu Alter und Geschlecht der Personen in dem untersuchten Wohnumfeld der Konsumräume verglichen. Zunächst wird die *Geschlechterverteilung* betrachtet (vgl. Tab. 33).

Tab. 33: *Geschlechterverteilung in der Population und in der Untersuchungsstichprobe*

|   |          | Anzahl | Anteil in % |
|---|----------|--------|-------------|
| Untersuchungsstichprobe<br>(Befragungsteilnehmer) | männlich | 51     | 46,8        |
|   | weiblich | 58     | 53,2        |
|   | Gesamt   | 109    | 100,0       |
| Population<br>(Grundgesamtheit)                   | männlich | 4.591  | 51,8        |
|   | weiblich | 4.264  | 48,2        |
|   | Gesamt   | 8.855  | 100,0       |

Die Analyse zeigt, dass der Anteil der Männer in der Grundgesamtheit der Anwohner in der Untersuchungsregion Mitte-Tiergarten und in Friedrichshain-Kreuzberg bei 51,8 % liegt - an der Befragung teilgenommen haben 46,8 % Männer. Der Frauenanteil in den Regionen fällt mit 48,2 % etwas geringer aus, ist in der Befragung jedoch mit 53,2 % etwas höher. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant ( $p = 0.294$ ), sodass angenommen werden kann, dass die Stichprobe, die der Anwohnerbefragung zugrunde liegt, im Hinblick auf die Verteilung von Männern und Frauen repräsentativ für die im Nahfeld der Konsumräume wohnenden Personen ist.

Eine Überprüfung der *Alterstruktur* der Untersuchungsteilnehmer zeigt folgendes Ergebnis (vgl. Tab. 34):

Tab. 34: *Alterstruktur von Population und Untersuchungsstichprobe nach Geschlecht*

| Geschlecht | Alterskategorie | Population (Grundgesamtheit) |       | Untersuchungsstichprobe |       |
|------------|-----------------|------------------------------|-------|-------------------------|-------|
|            |                 | Anzahl                       | in %  | Anzahl                  | in %  |
| männlich   | 18 bis 30 Jahre | 1.190                        | 25,9  | 9                       | 17,6  |
|            | 31 bis 40 Jahre | 1.137                        | 24,8  | 20                      | 39,2  |
|            | 41 bis 50 Jahre | 958                          | 20,9  | 8                       | 15,7  |
|            | 51 bis 60 Jahre | 596                          | 13,0  | 10                      | 19,6  |
|            | über 60 Jahre   | 710                          | 15,5  | 4                       | 7,8   |
|            | Gesamt          | 4.591                        | 100,0 | 51                      | 100,0 |
| weiblich   | 18 bis 30 Jahre | 1.252                        | 29,4  | 19                      | 32,8  |
|            | 31 bis 40 Jahre | 940                          | 22,0  | 13                      | 22,4  |
|            | 41 bis 50 Jahre | 750                          | 17,6  | 19                      | 32,8  |
|            | 51 bis 60 Jahre | 583                          | 13,7  | 5                       | 8,6   |
|            | über 60 Jahre   | 739                          | 17,3  | 2                       | 3,4   |
|            | Gesamt          | 4.264                        | 100,0 | 58                      | 100,0 |
| Gesamt     |                 | N = 8.855                    |       | n = 109                 |       |

In der männlichen Population der Anwohner der Drogenkonsumräume ist die Altersgruppe der 18- bis 30-jährigen mit 25,9 % die am stärksten vertretene Gruppe, gefolgt von der Gruppe der 31- bis 40-jährigen mit 24,8 %. Die Gruppe der 41- bis 50-jährigen stellt mit 20,9 % eine weitere vergleichsweise große Bevölkerungsgruppe dar. In der

weiblichen Bevölkerung der untersuchten Regionen zeigt sich, dass auch hier die Gruppe der 18- bis 30-Jährigen mit 29,4 % am stärksten ist, wieder gefolgt von den 31- bis 40-Jährigen mit 22,0 %. Frauen über 60 Jahre stellen einen Anteil von 17,3 %.

Die Altersverteilung der Untersuchungsstichprobe weicht davon ab: Unter den Befragten ist die am häufigsten vertretende Alterskategorie bei den Männern die Gruppe der 31 bis 40-Jährigen mit 39,2 %, während z.B. die 41- bis 50-Jährigen nur mit 15,7 % vertreten sind. Bei den befragten Frauen zeigen sich noch größere Unterschiede zur Gesamtanwohnerschaft: Die 18- bis 30-Jährigen stellen zusammen mit den 41- bis 50-Jährigen (jeweils 32,8 %) den stärksten Anteil dar. Vor allem Frauen über 60 Jahre sind mit 3,4 % unter den Teilnehmerinnen deutlich seltener vertreten.

Die Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe der Teilnehmer sind signifikant, vor allem im Falle der Frauen ( $p = 0.004$ ).<sup>36</sup> Die Ungleichheit in Bezug auf das Alter ergibt sich insbesondere aus der geringeren Erreichung von Personen über 60 Jahren. Während die Stichprobe der Anwohnerbefragung also im Hinblick auf die Geschlechterverteilung eine gute Repräsentativität aufweist, ist sie dagegen signifikant jünger als die Bevölkerung der beiden untersuchten Regionen. Wenn man jedoch die Alterskategorien *ohne* die Gruppe der über 60-Jährigen vergleicht, ergibt sich kein signifikanter Unterschied mehr, sodass die Ergebnisse der Untersuchung zumindest für Personen bis 60 Jahre als repräsentativ gelten können.

### 7.1.3 Das Erhebungsinstrument

Zentrales Ziel der Anwohnerbefragung war es zu überprüfen, ob das Konsumraumangebot für Drogenabhängige unter Menschen, die in den entsprechenden Stadtteilen leben, akzeptiert oder abgelehnt wird. Neben der Bearbeitung dieser eher grundsätzlichen Frage galt es auch zu überprüfen, welche Faktoren eine akzeptierende bzw. ablehnende Haltung von Anwohnern begründen und durch welche Maßnahmen die Akzeptanz des Angebots optimiert werden könnte. Demnach wurden mit Hilfe des im Rahmen der Anwohnerbefragung eingesetzten Erhebungsinstruments neben der Frage nach der persönlichen Akzeptanz bzw. Ablehnung von Drogenkonsumräumen Daten zu folgenden Themenbereichen erfasst:

- Informiertheit über Drogenfragen
- subjektive Involviertheit in kommunale Prozesse
- Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten
- Politikinteresse und politische Einstellungen
- Vorbehalte und Meinungen zu Drogenkonsumräumen.

### 7.2 Ergebnisse der Anwohnerbefragung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Anwohnerbefragung dargestellt. Dabei wird zuerst ein zentrales Ergebnis der Anwohnerbefragung vorweg genommen und auf die Frage eingegangen, wie hoch der Grad der Akzeptanz der beiden Drogenkonsumräume SKA und Birkenstube in dem jeweiligen Wohnumfeld ist. Danach wird dargestellt,

---

<sup>36</sup> Bei den Männern ist der Unterschied hingegen mit  $p = 0.044$  nur knapp signifikant.

welche Faktoren die Akzeptanz begünstigen. So wird untersucht und dargestellt, welche Bedeutung soziodemographische Faktoren, politische Einstellungen oder persönliche Erfahrungen im Umgang mit Drogenabhängigen auf die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen im sozialen Nahfeld haben.

### 7.2.1 Akzeptanz oder Ablehnung der Drogenkonsumräume

Die Entscheidung des Berliner Senats, (auch) in Berlin Konsumräume für Drogenabhängige einzurichten, zog die Aufmerksamkeit Berliner Medien ebenso nach sich wie Aktivitäten von Bürgerinitiativen (am Standort Birkenstube). Aus diesem Grund schien es geboten, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung Erkenntnisse über den Grad der Akzeptanz bzw. der Ablehnung dieser Einrichtungen im sozialen Umfeld zu gewinnen. Dabei galt es, zwei unterschiedliche Aspekte zu untersuchen: In einem ersten Schritt wurde nach dem **subjektiv wahrgenommenen Meinungsklima** („*Was glauben Sie, ist die allgemeine Einstellung der Anwohner zum Drogenkonsumraum in diesem Bezirk?*“) und mit einer weiteren Frage nach der **persönlichen Zustimmung oder Ablehnung** des Angebots („*Wenn Sie alle Vor- und Nachteile abwägen, sind Sie dann für oder gegen den Drogenkonsumraum in ihrem Wohnumfeld?*“) gefragt.

Im Hinblick auf die Frage nach dem **wahrgenommenen Meinungsklima** ergibt sich auf der gegebenen Datengrundlage der Anwohnerbefragung ein recht eindeutiges Bild.

Tab. 35: *Wahrgenommenes Meinungsklima zum Drogenkonsumraum im Bezirk*

| Konsumraum wird von Anwohnern.... | Tiergarten |      | Kreuzberg |       |
|-----------------------------------|------------|------|-----------|-------|
|                                   | Anzahl     | in % | Anzahl    | in %  |
| akzeptiert                        | 1          | 1,7  | 5         | 10,4  |
| eher akzeptiert                   | 9          | 15,5 | 23        | 47,9  |
| eher abgelehnt                    | 30         | 51,7 | 13        | 27,1  |
| abgelehnt                         | 18         | 31,0 | 7         | 14,6  |
| Gesamt                            | 58         | 99,9 | 48        | 100,0 |

Während 58,3 % der Personen in Kreuzberg davon ausgehen, dass die Anwohner der SKA den Drogenkonsumraum (eher) akzeptieren, schätzen in Tiergarten nur 17,2 %, dass die Birkenstube bei der Wohnbevölkerung des Bezirks akzeptiert wird. Dagegen meinen 82,7 %, der Drogenkonsumraum würde von den Anwohnern in Tiergarten (eher) abgelehnt. Dieser Unterschied in der Einschätzung des Meinungsklimas in den Bezirken wird auch im U-Test hochsignifikant ( $p = 0.000$ ). Dieses Ergebnis kann im Zusammenhang mit der deutlich unterschiedlichen öffentlichen Aufmerksamkeit während der Einrichtung der Konsumräume gesehen werden. Während die Integration des Konsumraumangebots in den Kontaktladen SKA für die überwiegende Öffentlichkeit unauffällig erfolgte, dürften die Aktivitäten der Anwohnerinitiative in Tiergarten und die damit verbundene mediale Aufmerksamkeit unter den Anwohnern das Bild vermittelt haben, dass das Angebot für Drogenkonsumenten überwiegend abgelehnt wird.

Die befragten Anwohner wurden zudem um ihre **persönliche Meinung** gebeten. Im Ergebnis zeigt sich dabei in beiden Bezirken eine deutliche Akzeptanz des Konsumraumangebots unter den Anwohnern.

Tab. 36: Persönliche Meinung für oder gegen den Drogenkonsumraum im Wohnumfeld

| Wenn Sie alle Vor- und Nachteile abwägen, sind Sie dann für oder gegen den Drogenkonsumraum in Ihrem Wohnumfeld? | Tiergarten |       | Kreuzberg |       |
|--|------------|-------|-----------|-------|
|  | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in %  |
| dafür  | 19         | 32,2  | 23        | 54,0  |
| eher dafür   | 23         | 39,0  | 14        | 28,0  |
| eher dagegen   | 10         | 16,9  | 5         | 10,0  |
| dagegen  | 7          | 11,9  | 4         | 8,0   |
| Gesamt   | 59         | 100,0 | 50        | 100,0 |

In Tiergarten sind 71,2 % der Befragten (eher) dafür und in Kreuzberg sind sogar 82,0 % aller Befragten für diese Einrichtung der Drogenhilfe. Der U-Test zeigt mit  $p = 0,03$  einen signifikanten Unterschied bezüglich des Ausmaßes der Akzeptanz zwischen den beiden Bezirken.

Zusammengefasst lässt sich demnach festhalten, dass im Umfeld der Birkenstube das von den Anwohnern wahrgenommene öffentliche Meinungsklima überwiegend im Widerspruch zur persönlichen Meinung gesehen wird. Woran Anwohner die Meinung der Öffentlichkeit genau festmachen, kann hier nicht aufgeklärt werden. Offensichtlich scheint jedoch, dass die öffentliche (mediale) Kritik im Vorfeld der Etablierung der Birkenstube zwar einen Einfluss auf die Wahrnehmung „der Meinung anderer“, nicht aber auf die persönliche Einstellung der Anwohner hatte.

### 7.2.2 Die Bedeutung soziodemographischer Faktoren für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Wie weiter oben beschrieben, setzt sich die Stichprobe, die im Rahmen der Anwohnerbefragung gewonnen werden konnte, aus 51 Männern und 58 Frauen zusammen. Im **Altersdurchschnitt** waren die Untersuchungsteilnehmer in Kreuzberg 40,2 Jahre alt; in Tiergarten lag das Mittel bei 39,1 Jahren. Hinsichtlich der **Staatsangehörigkeit** zeigt sich, dass der Anteil der Befragungsteilnehmer mit deutscher Staatsangehörigkeit in der Region um die Birkenstube bei 83,1 % lag; im Umfeld der SKA betrug dieser Wert 74,0 %. Jeder fünfte Studienteilnehmer aus Kreuzberg hatte die türkische Staatsangehörigkeit.

Tab. 37: Staatsangehörigkeit der Teilnehmer der Anwohnerbefragung

| Staatsangehörigkeit | Region      |       |        |       |        |       |
|---------------------|-------------|-------|--------|-------|--------|-------|
|                     | Birkenstube |       | SKA    |       | Gesamt |       |
|                     | Anzahl      | in %  | Anzahl | in %  | Anzahl | in %  |
| deutsch             | 49          | 83,1  | 37     | 74,0  | 86     | 78,9  |
| türkisch            | 2           | 3,4   | 10     | 20,0  | 12     | 11,0  |
| sonstige            | 8           | 13,5  | 3      | 6,0   | 11     | 10,1  |
| Gesamt              | 59          | 100,0 | 50     | 100,0 | 109    | 100,0 |

Im Hinblick auf das **Bildungsniveau** zeigen die befragten Personen in den untersuchten Regionen keine signifikanten Unterschiede. Im Umfeld beider Konsumraumstandorte beteiligte sich ein überproportional hoher Anteil besser gebildeter Bewohner an der Untersuchung. So hatten in Tiergarten 58,6 % der befragten Anwohner die Schule

mit dem Abitur abgeschlossen, in Kreuzberg lag der Anteil der Personen mit einer Hochschulreife bei 53,1 %. In Kreuzberg waren 10,2 % der Befragten ohne Schulabschluss, in Tiergarten waren es mit 3,4 % etwas weniger. Unter den Befragungsteilnehmern in Tiergarten war das Bildungsniveau etwas höher als in Kreuzberg, der U-Test von Mann-Whitney zeigt jedoch keinen signifikanten Unterschied ( $p = 0.214$ ).

Auch bezüglich des **Familienstands** konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den befragten Personen der beiden Regionen festgestellt werden (U-Test Mann-Whitney;  $p = 0.40$ ). Die Mehrzahl der Probanden in Tiergarten (61,0 %) und in Kreuzberg (58,0 %) war ledig, jeweils gut die Hälfte von ihnen lebte allein. In beiden untersuchten Quartieren lebten 22,0 % der Befragten gemeinsam mit ihrem Ehepartner.

Sowohl in Tiergarten (52,5 %) als auch in Kreuzberg (52,0 %) hatte etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer **Kinder**. Von den 31 Personen, die in der untersuchten Region in Tiergarten Kinder hatten, gaben 19 Personen an, dass die Kinder bei ihnen im Hause leben. In Kreuzberg hatten 26 der Teilnehmer Kinder, die bei 18 Befragten auch wohnen.

Eine statistische Überprüfung der Frage, welche dieser sozialen bzw. soziodemographischen Parameter einen Einfluss auf die Akzeptanz von Konsumräumen für Drogenabhängige hat, ergibt ein differenziertes Gesamtbild: Ob jemand Drogenkonsumräume in seinem persönlichen Umfeld akzeptiert oder ablehnt, ist nach den hier vorliegenden Daten unabhängig von Alter (Kendall's Tau;  $p = 0.962$ ) und Geschlecht (U-Test;  $p = 0.140$ ). Die Akzeptanz bzw. Ablehnung von Konsumräumen ist ebenfalls unabhängig vom Familienstand und von der Staatsangehörigkeit der Anwohner.

Jedoch konnte im Rahmen der Anwohnerbefragung gezeigt werden, dass Personen, die **Kinder** haben, der Einrichtung von Drogenkonsumräumen im sozialen Nahraum eher ablehnend gegenüberstehen. Hierzu liegt ein hochsignifikantes Ergebnis vor ( $p = 0.003$ ). Väter und vor allem Mütter minderjähriger Kinder dürften demnach zu den Anwohnern gehören, die den Konsumräumen für Drogenkonsumenten zu einem vergleichsweise hohen Anteil kritisch gegenüberstehen.

Darüber hinaus zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem **Bildungsniveau** und der Akzeptanz von Drogenkonsumräumen: Personen mit einem vergleichsweise hohen Schulabschluss akzeptierten Drogenkonsumräume eher als Personen mit einem niedrigen Schulabschluss (Kendall's Tau;  $r = 0.223$ ;  $p = 0.004$ ).

### 7.2.3 Die Bedeutung der Informiertheit für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Auf die Frage „*Wie gut sind Sie nach Ihrer Einschätzung über die Drogenproblematik in Deutschland informiert?*“ gaben 61,0 % der Befragten in Tiergarten und 52,0 % in Kreuzberg an *gut* bzw. *sehr gut* informiert zu sein. In beiden Regionen waren kaum Personen zu finden, die sich als *gar nicht* informiert einschätzten. Dieses Ergebnis korrespondiert möglicherweise mit der Teilnahmebereitschaft an der Befragung. So kann angenommen werden, dass Bürger, die über Drogenfragen informiert sind, eher bereit sind, an einer Befragung (zu einem Drogenthema) teilzunehmen und damit in der Stichprobe eher überrepräsentiert sind.

Tab. 38: Selbsteinschätzung zur Informiertheit über die Drogenproblematik in Deutschland

|                        | Tiergarten |       | Kreuzberg |       | Gesamt |       |
|------------------------|------------|-------|-----------|-------|--------|-------|
|                        | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in %  | Anzahl | in %  |
| gar nicht informiert   | 1          | 1,7   | 2         | 4,0   | 3      | 2,8   |
| wenig informiert       | 7          | 11,9  | 8         | 16,0  | 15     | 13,8  |
| mittelmäßig informiert | 15         | 25,4  | 14        | 28,0  | 29     | 26,6  |
| gut informiert         | 25         | 42,4  | 19        | 38,0  | 44     | 40,4  |
| sehr gut informiert    | 11         | 18,6  | 7         | 14,0  | 18     | 16,5  |
| Gesamt                 | 59         | 100,0 | 50        | 100,0 | 109    | 100,1 |

Entsprechend der subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit über die Drogenproblematik in Deutschland gab in beiden Bezirken die Mehrzahl der Teilnehmer an zu wissen, dass in einigen deutschen Großstädten Konsumräume für Drogenabhängige eingerichtet wurden. In Kreuzberg wussten dies sogar 96,0 % (s. Tab. 39).

Interessant ist, dass in Kreuzberg jedoch ein deutlich kleinerer Anteil der Befragten Kenntnis davon hatte, dass in ihrem Bezirk ein Drogenkonsumraum eröffnet wurde.

Tab. 39: Kenntnisstand zur Existenz von Drogenkonsumräumen

|   |               | Tiergarten<br>(n = 59) |      | Kreuzberg<br>(n = 50) |      |
|---|---------------|------------------------|------|-----------------------|------|
|   |               | Anzahl                 | in % | Anzahl                | in % |
| Drogenkonsumräume in Großstädten Deutschlands | nicht bekannt | 6                      | 10,2 | 2                     | 4,0  |
|   | bekannt       | 53                     | 89,8 | 48                    | 96,0 |
| Drogenkonsumräume in Berlin                   | nicht bekannt | 7                      | 11,9 | 13                    | 26,0 |
|   | bekannt       | 52                     | 88,1 | 37                    | 74,0 |
| Drogenkonsumräume im Bezirk                   | nicht bekannt | 13                     | 22,0 | 24                    | 48,0 |
|   | bekannt       | 46                     | 78,0 | 26                    | 52,0 |

Im Gegensatz zu Tiergarten (78,0 %) wusste es in Kreuzberg nur ungefähr die Hälfte der Studienteilnehmer (52,0 %). Dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant ( $p = 0,004$ ) und geht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen sehr unterschiedlichen Prozess der Etablierung des Angebots in den beiden Bezirken zurück. Während der Konsumraum in Kreuzberg-Friedrichshain in eine schon bestehende Infrastruktur eines Drogenhilfeangebots (Kontakladen SKA) integriert wurde, ist mit der Birkenstube in Tiergarten ein neues Angebot (an neuem Standort) entstanden. Dies zog eine Reihe von Aktivitäten einer Anwohnerinitiative, vom zuständigen Bezirksamt und vom Träger des Konsumraums nach sich.

Personen, denen bekannt war, dass es in ihrem Bezirk einen Drogenkonsumraum gibt, wurden nach der Quelle ihrer Information gefragt. Dabei waren Mehrfachangaben möglich. In Tiergarten wussten es die meisten Personen (25 Personen) aufgrund der Aktivitäten einer Anwohnerinitiative. In Kreuzberg war die am häufigsten genannte Informationsquelle Gespräche mit Freunden, Bekannten oder Nachbarn.

Tab. 40: Quelle der Information über die Etablierung von Konsumräumen im Bezirk, Mehrfachnennungen möglich

|                                    | Tiergarten (n = 46) |      | Kreuzberg (n = 26) |      |
|------------------------------------|---------------------|------|--------------------|------|
|                                    | Anzahl              | in % | Anzahl             | in % |
| Zeitung                            | 24                  | 52,2 | 10                 | 38,5 |
| Radio                              | 5                   | 10,9 | 3                  | 11,5 |
| Fernsehen                          | 7                   | 15,2 | 4                  | 15,4 |
| Gespräche                          | 22                  | 47,8 | 16                 | 61,5 |
| Informationen vom Projektbetreiber | 8                   | 17,4 | 0                  | 0,0  |
| Informationen vom Bezirksamt       | 3                   | 6,5  | 1                  | 3,8  |
| Bürgerinitiative                   | 25                  | 54,3 | 6                  | 23,1 |

Die Frage, ob Personen, die allgemein besser über die Drogenproblematik informiert sind, Drogenkonsumräumen gegenüber eine höhere Akzeptanz zeigen als Personen, die eher schlecht informiert sind, konnte mit den vorliegenden Daten *nicht* bestätigt werden ( $p = 0,176$ ). In diesem Zusammenhang muss jedoch erwähnt werden, dass im Rahmen der Anwohnerbefragung nicht der objektive Informationsstand, sondern die subjektive Selbsteinschätzung der Untersuchungsteilnehmer erfasst wurde.

#### 7.2.4 Die Bedeutung der Involviertheit in kommunalpolitische Prozesse für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Erfahrungen aus dem Bereich des Quartiermanagements konnten zeigen, dass die Beteiligung von Bürgern an kommunalpolitischen Prozessen, eine erhöhte Akzeptanz struktureller Veränderungen nach sich zieht (vgl. z.B. Geiss u.a., 2003). Im Zusammenhang mit der Etablierung von Drogenkonsumräumen bedeutet dies, Bürger in den jeweiligen Quartieren zu informieren und in den Entscheidungs- und Konzipierungsprozess einzubinden. Involvierte Bürger - so lautet die weiter unten zu prüfende Hypothese - werden dem Konsumraumangebot eher eine Akzeptanz entgegenbringen als Personen, die sich von der Mitgestaltung kommunalpolitischer Prozesse ausgeschlossen sehen.

Wie aus der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen ist (Tab. 41), zeigen sich im Hinblick auf die Frage nach der Einschätzung, von Entscheidungsträgern über die Einrichtung von Konsumräumen für Drogenkonsumenten informiert worden zu sein, erhebliche Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Anwohnergruppen. Demnach wurde aus subjektiver Sicht der Befragten die Anwohnerschaft der Birkenstube zu einem signifikant höheren Anteil vom Bezirksamt oder vom Betreiber des Drogenkonsumraums informiert ( $p = 0,01$ ) als dies in Kreuzberg erfolgte.



Tab. 41: Subjektive Informiertheit und Interesse an drogenpolitischen Fragen

|  |              | Tiergarten<br>(n = 59) |      | Kreuzberg<br>(n = 50) |      |
|--|--------------|------------------------|------|-----------------------|------|
|  |              | Anzahl                 | in % | Anzahl                | in % |
| Ich wurde über die Eröffnung des Drogenkonsumraums vom Bezirksamt oder vom Betreiber des DRK informiert. | stimmt       | 10                     | 16,9 | 1                     | 2,0  |
|  | stimmt nicht | 49                     | 83,1 | 49                    | 98,0 |
| Ich hätte mir mehr Informationen vom Bezirksamt oder vom Betreiber des DRK gewünscht.                    | stimmt       | 33                     | 55,9 | 27                    | 54,0 |
|  | stimmt nicht | 26                     | 44,1 | 23                    | 46,0 |
| Ich habe kein Interesse daran, mich mit drogenpolitischen Fragen zu beschäftigen.                        | stimmt       | 15                     | 25,4 | 5                     | 10,0 |
|  | stimmt nicht | 44                     | 74,6 | 45                    | 90,0 |

Über die Hälfte der Personen sowohl in Tiergarten (55,9 %) als auch in Kreuzberg (54,0 %) gaben an, dass sie sich mehr Informationen vom Bezirksamt gewünscht hätten. In beiden Bezirken war der Anteil der Personen, die sich nicht mit drogenpolitischen Fragen beschäftigen wollen, eher gering. In Tiergarten war er mit 25,4 % signifikant höher ( $p = 0,038$ ) als in Kreuzberg (10,0 %).

Ausgehend von diesen Items wurde ein Gesamtmaß für die „Involviertheit in kommunale Prozesse“ im Hinblick auf die Einrichtung von Drogenkonsumräumen gebildet. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Personen, die sich zum einen mehr Informationen wünschten und zum anderen Interesse an drogenpolitischen Fragen hatten, sich nicht genügend involviert fühlten. Anwohner, die sich nicht mehr Informationen wünschten und Interesse an drogenpolitischen Fragen hatten, wurden als ausreichend involviert klassifiziert.

Personen, die sich zwar mehr Informationen wünschten und kein Interesse an drogenpolitischen Themen hatten, blieben wegen Inkonsistenz der Antworten unberücksichtigt. Ebenso unberücksichtigt blieben auch jene Personen, die sich nicht mehr Informationen wünschten und angaben, kein Interesse an drogenpolitischen Fragen zu haben, da davon auszugehen ist, dass diese Gruppe gar nicht in den öffentlichen Diskurs zur Einrichtung von Konsumräumen einbezogen werden möchte.

Tab. 42: Subjektive Involviertheit in die Etablierung von Drogenkonsumräumen

|                | Tiergarten |       | Kreuzberg |       |
|----------------|------------|-------|-----------|-------|
|                | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in %  |
| nicht genügend | 26         | 44,1  | 26        | 52,0  |
| genügend       | 18         | 30,5  | 19        | 38,0  |
| kein Interesse | 15         | 25,4  | 5         | 10,0  |
| Gesamt         | 59         | 100,0 | 50        | 100,0 |

Demnach war fast jeder zweite Befragte in Tiergarten (44,1 %) und etwas mehr als die Hälfte der Anwohner in Kreuzberg (52,0 %) als subjektiv nicht genügend involviert einzustufen. 30,5 % in Tiergarten und 38,0 % in Kreuzberg konnten als genügend involviert eingeschätzt werden. In Tiergarten wurden 25,4 % der Befragten als nicht interessiert an der Involvierung in kommunale Prozesse eingestuft, in Kreuzberg waren es nur 10,0 %. Die hier skizzierten Unterschiede zwischen der Anwohnerschaft der Birkenstube und der SKA erwiesen sich als statistisch nicht signifikant ( $p = 0,9$ ).

Hinsichtlich der Bedeutung des **Involviert-seins in die kommunalpolitische Meinungsbildung** zeigt sich bei der hier vorliegenden Anwohnerbefragung ein signifikanter Zu-

sammenhang: Personen, die angaben, von Projektbetreibern oder vom Bezirksamt über die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in ihrem Bezirk informiert gewesen zu sein, und als involviert eingestuft wurden, standen dem Konsumraum für Drogenabhängige eher akzeptierend gegenüber als jene, die sich als nicht beteiligt einschätzten bzw. sich hierfür nicht interessierten (Kendall's Tau;  $r = 0.170$ ;  $p = 0.044$ ).

### 7.2.5 Die Bedeutung von Politikinteresse und politischer Einstellung für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Die öffentliche Diskussion über Konsumräume für Drogenabhängige ist weitestgehend ein politischer Diskurs. Im Zusammenhang mit der Befragung der Anwohner der im Jahr 2004 neu etablierten Drogenkonsumräume in Berlin sollte die Frage bearbeitet werden, ob die Akzeptanz einer suchtspezifischen Hilfe im sozialen Nahraum im Zusammenhang steht mit einem allgemeinen Politikinteresse und der politischen Einstellung. In einem ersten Schritt gilt es in diesem Kapitel, das Politikinteresse und die politische Einstellung der befragten Anwohner darzustellen, um dann das Ergebnis der Zusammenhangsanalysen darzustellen.

Zur Erfassung von Politikinteresse und politischer Einstellung wurden zwei Instrumente aus der ALLBUS<sup>37</sup> übernommen. Mit der ALLBUS-Umfrage wird seit 1980 alle zwei Jahre ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung befragt. Dabei werden aktuelle Daten über Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland gewonnen.

Die Frage „*Wie stark interessieren Sie sich für Politik?*“ beantworten 37,3 % der Anwohner der Birkenstube und 40,0 % der Anwohner der SKA mit *stark* oder mit *sehr stark*. Der Unterschied zwischen den beiden Bezirken ist dabei statistisch nicht signifikant ( $p = 0.788$ ). Damit ist die untersuchte Anwohnerschaft durchschnittlich stärker politisch interessiert als die bevölkerungsrepräsentative Referenzpopulation aus der ALLBUS-Studie aus dem Jahr 1996 (Tab. 43).

Tab. 43: *Allgemeines politisches Interesse der Anwohner von Drogenkonsumräumen und in der Allgemeinbevölkerung nach ALLBUS*

|                 | Tiergarten |       | Kreuzberg |       | ALLBUS 1996 |             |
|-----------------|------------|-------|-----------|-------|-------------|-------------|
|                 | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in %  | 1996-W in % | 1996-O in % |
| überhaupt nicht | 4          | 6,8   | 6         | 12,0  | 8,8         | 7,1         |
| wenig           | 7          | 11,9  | 6         | 12,0  | 19,2        | 17,5        |
| mittel          | 26         | 44,1  | 18        | 36,0  | 44,3        | 42,3        |
| stark           | 16         | 27,1  | 16        | 32,0  | 20,9        | 23,9        |
| sehr stark      | 6          | 10,2  | 4         | 8,0   | 6,8         | 9,2         |
| Gesamt          | 59         | 100,1 | 50        | 100,0 | 100,0       | 100,0       |

Zur Erfassung der politischen Einstellung der Anwohner der Berliner Drogenkonsumräume wurde die im Rahmen der ALLBUS-Bevölkerungsstudie verwendete Skala zur „Links-Rechts-Selbsteinstufung“ eingesetzt. Mit Hilfe der 10-stufigen Skala werden Interviewpartner gebeten, sich zwischen einer rechts- (Wert 10) und einer linksgerichteten (Wert 1) politischen Einstellung einzuordnen.

<sup>37</sup> Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften; <http://www.gesis.org/Dauerbeobachtung/Allbus>.

Auf der Grundlage der Daten der Anwohnerbefragung kann zum einen gesagt werden, dass sich die Untersuchungsteilnehmer aus Kreuzberg im Durchschnitt signifikant stärker „linksorientiert“ einschätzten als die Anwohner der Birkenstube ( $p = 0.017$ ). Doch waren die Teilpopulationen beider Regionen nach ihrer Selbsteinschätzung durchschnittlich stärker „linksorientiert“ als die Population der ALLBUS-Studie.

Welche Bedeutung haben nun das Politikinteresse und die politische Einstellung für die Frage der Akzeptanz von Drogenkonsumräumen? Hier zeigen die Ergebnisse, dass Personen mit höherem **Politikinteresse** der Etablierung von Konsumräumen für Drogenabhängige eine höhere Akzeptanz entgegenbringen. Dies konnte auf der Grundlage der Daten aus der Anwohnerbefragung bestätigt werden. Nach Kendall's Tau besteht eine schwache Korrelation ( $r = 0.154$ ) zwischen allgemeinem Politikinteresse und der untersuchten Akzeptanz, die auf dem 5 %-Niveau signifikant wird ( $p = 0.03$ ). Umgekehrt bedeutet dies, dass Personen, die sich wenig oder gar nicht für Fragen der Politik interessieren, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als Politikinteressierte der Einrichtung von Drogenkonsumräumen ablehnend gegenüberstehen.

Ebenfalls bedeutsam ist der Zusammenhang zwischen der **politischen Einstellung** - die mit Hilfe einer 10-stufigen Links-Rechts-Skala zur Selbsteinstufung erfasst wurde - und der Akzeptanz von Konsumräumen. Personen, die sich selbst weiter links auf der Skala einstufen, zeigen gegenüber dem Konsumraumangebot im Quartier eine höhere Akzeptanz als Bürger, die sich eher in der politischen Mitte bzw. politisch rechts einstufen ( $r = 0.229$ ;  $p = 0.003$ ).

#### 7.2.6 Die Bedeutung von Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Die Akzeptanz bzw. die Ablehnung von Drogenkonsumräumen im sozialen Wohnumfeld von Anwohnern dürfte neben den genannten politischen Einstellungen zum einen von persönlichen Erfahrungen im Umgang mit suchtmittelabhängigen Personen in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis abhängig sein. So ist beispielsweise denkbar, dass eine persönliche Betroffenheit mit einer Drogenproblematik einer nahe stehenden Person eine größere Akzeptanzbereitschaft einschlägigen Einrichtungen gegenüber nach sich zieht. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass Personen, die in ihrem Wohnumfeld Belästigungen durch Drogenabhängige erfahren, dem Konsumraumangebot gegenüber eher kritisch und ablehnend sind.

Folgt man den im Rahmen der Anwohnerbefragung generierten Daten, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten (Tab. 44).

Tab. 44: Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten unter Anwohnern von Drogenkonsumräumen (n = schwankend je nach Item, s. Angaben pro Item)

|  |            | Tiergarten<br>(n = 59) |      | Kreuzberg<br>(n = 50) |      |
|--|------------|------------------------|------|-----------------------|------|
|  |            | Anzahl                 | in % | Anzahl                | in % |
| (1) Hatten Sie innerhalb der vergangenen sechs Monate Kontakt zu Drogenkonsumenten?                          | ja         | 21                     | 35,6 | 28                    | 56,0 |
|  | nein       | 38                     | 64,4 | 22                    | 44,0 |
| (2) Sind Sie innerhalb der vergangenen sechs Monate von Drogenkonsumenten belästigt worden?                  | ja         | 12                     | 20,7 | 9                     | 18,0 |
|  | nein       | 46                     | 79,3 | 41                    | 82,0 |
| (3) Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis Leute, die illegale Drogen konsumieren? | ja         | 27                     | 45,8 | 27                    | 54,0 |
|  | nein       | 31                     | 52,5 | 20                    | 40,0 |
|  | weiß nicht | 1                      | 1,7  | 3                     | 6,0  |
| (4) Gibt es in Ihrer Familie, in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis Leute, die drogenabhängig sind?         | ja         | 13                     | 22,0 | 14                    | 28,0 |
|  | nein       | 44                     | 74,6 | 36                    | 72,0 |
|  | weiß nicht | 2                      | 3,4  | 0                     | 0,0  |

Unter den Anwohnern der SKA gaben 56,0 % der befragten Personen an, innerhalb des vergangenen halben Jahres Kontakt zu Drogenkonsumenten gehabt zu haben. In Tiergarten waren es nur 35,6 % der Befragten ( $p = 0,033$ ). Dieser regionale Unterschied geht möglicherweise darauf zurück, dass Anwohner der SKA angesichts der offenen Drogenszene am Kottbusser Tor in einem deutlich stärkeren Umfang in Kontakt zu Drogenkonsumenten kommen als die Anwohner der Birkenstube.

Ein interessantes Ergebnis liefert auch die Beantwortung der Frage zum illegalen Drogenkonsum im persönlichen Nahfeld der Personen. Etwa die Hälfte gab an, dass es in ihrem persönlichen Umfeld Personen gibt, die illegale Drogen konsumieren. Ungefähr ein Viertel der Teilnehmer gab an, Personen zu kennen, die drogenabhängig sind.

Ungefähr ein Fünftel der befragten Personen fühlte sich in den vergangenen Monaten von Drogenkonsumenten belästigt.

Ausgehend von diesem Befund wurde ein Betroffenheitsindex gebildet: Hierzu wurde auf der Grundlage der Items 1, 3 und 4 (vgl. Tab. 44) ein Summenscore gebildet, der als Maß für die Betroffenheit mit Suchterkrankungen im persönlichen Nahfeld anzusehen ist. Personen, die alle drei Items mit *ja* beantwortet haben, haben den höchsten Wert (3) an persönlicher Betroffenheit. Personen, die jede Frage mit *nein* beantworten, haben den niedrigsten Wert (0) an persönlicher Betroffenheit, d.h. sie sind gar nicht betroffen. Personen, die bei einem der drei Items keine Angabe gemacht haben, bleiben unberücksichtigt.

Tab. 45: Ausmaß der Betroffenheit mit Suchterkrankungen im persönlichen Nahfeld

|                         | Tiergarten |       | Kreuzberg |      | Gesamt |      |
|-------------------------|------------|-------|-----------|------|--------|------|
|                         | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in % | Anzahl | in % |
| 0 (gar nicht betroffen) | 29         | 50,9  | 15        | 31,9 | 44     | 42,3 |
| 1 (wenig betroffen)     | 10         | 17,5  | 8         | 17,0 | 18     | 17,3 |
| 2 (mittel betroffen)    | 5          | 8,8   | 12        | 25,5 | 17     | 16,3 |
| 3 (hoch betroffen)      | 13         | 22,8  | 12        | 25,5 | 25     | 24,0 |
| Gesamt                  | 57         | 100,0 | 47        | 99,9 | 104    | 99,9 |

Nach der oben dargestellten Operationalisierung ist knapp die Hälfte aller befragten Personen (42,3 %) gar nicht von Suchterkrankungen im persönlichen Umfeld betroffen, etwa ein Viertel der Probanden kann dagegen (24,0 %) als stark betroffen klassifiziert werden (Tab. 45). Der U-Test liefert keinen signifikanten Unterschied der persönlichen Betroffenheit für die Bezirke.

Welche Bedeutung haben nun persönliche Erfahrungen im Umgang mit Suchtmittelabhängigen bei der Frage nach Akzeptanz und Ablehnung von Drogenkonsumräumen? Vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten aus der Anwohnerbefragung kann angenommen werden, dass Personen, die von Suchterkrankungen in ihrem persönlichen Nahfeld betroffen sind, einen Drogenkonsumraum in der Nachbarschaft eher akzeptieren als Personen, die keine derartige **persönliche Betroffenheit** aufweisen ( $p = 0.031$ ).

Ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen **Belästigungserfahrungen** und der Akzeptanz festgestellt werden. Das bedeutet, dass Personen, die sich von Drogenkonsumenten belästigt fühlen, Drogenkonsumräumen zu einem höheren Anteil ablehnend gegenüberstehen als Anwohner, die sich nicht belästigt fühlen. (Der U-Test von Mann-Whitney liefert die einseitig getestete Signifikanz von  $p = 0.033$ . Auch Kendall's Tau bestätigt die Signifikanz des Zusammenhang [ $r = -0.165$ ]).

### 7.2.7 Die Bedeutung von Ängsten und Vorbehalten für die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen

Nach den hier vorliegenden Ergebnissen kann konstatiert werden, dass deutlich mehr als die Hälfte der Anwohner beider Regionen eher wenig Vorbehalte gegenüber den Drogenkonsumräumen haben. 77,8 % in Tiergarten und 89,8 % der Teilnehmer in Kreuzberg sind der Meinung, dass Drogenabhängigen mit dem Konsumraumangebot geholfen wird.

Tab. 46: Einstellungen von Anwohnern zu Drogenkonsumräumen (n = schwankend je nach Item, s. Angaben pro Item)

|  |              | Tiergarten |      | Kreuzberg |      |
|--|--------------|------------|------|-----------|------|
|  |              | Anzahl     | in % | Anzahl    | in % |
| (1) Ich bin der Meinung, dass Drogenabhängigen mit dem DRK geholfen wird. (n = 54/49)                                  | stimmt       | 42         | 77,8 | 44        | 89,8 |
|  | stimmt nicht | 12         | 22,2 | 5         | 10,2 |
| (2) Ich denke, dass der DRK einen negativen Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen des Wohnumfeldes hat. (n = 56/49) | stimmt       | 20         | 35,7 | 12        | 24,5 |
|  | stimmt nicht | 36         | 64,3 | 37        | 75,5 |
| (3) Ich glaube, dass unser Stadtteil unter dem DRK zu leiden hat. (n = 59/50)  | stimmt       | 18         | 30,5 | 14        | 28,0 |
|  | stimmt nicht | 41         | 69,5 | 36        | 72,0 |
| (4) Ich glaube, dass durch den DRK die Kriminalität im Wohnviertel ansteigen wird. (n = 59/49)                         | stimmt       | 20         | 33,9 | 11        | 22,4 |
|  | stimmt nicht | 39         | 66,1 | 38        | 77,6 |
| (5) Ich glaube, dass durch den DRK Obdachlose, Alkoholiker oder Kriminelle angezogen werden. (n = 58/50)               | stimmt       | 23         | 39,7 | 16        | 32,0 |
|  | stimmt nicht | 35         | 60,3 | 34        | 68,0 |
| (6) Ich habe Angst vor der Gefahr der Ansteckung mit Krankheiten wie Aids und Hepatitis aufgrund des DRK. (n = 59/50)  | stimmt       | 5          | 8,5  | 4         | 8,0  |
|  | stimmt nicht | 54         | 91,5 | 46        | 92,0 |

Über zwei Drittel der Befragten sahen weder einen negativen Einfluss der Drogenkonsumräume auf Kinder und Jugendliche des Wohnumfeldes noch dachten sie, dass der Stadtteil unter dem Drogenkonsumraum zu leiden hat. Genauso gingen etwa zwei Drittel der Befragten nicht davon aus, dass im Zuge der Etablierung von Konsumräumen die Kriminalität ansteigen wird oder andere soziale Randgruppen angezogen werden. Gut ein Drittel der Befragten brachte jedoch Vorbehalte und Ängste im Hinblick auf mögliche soziale Folgen zum Ausdruck.

Nachdem hier skizziert werden konnte, *welche* Einschätzungen bzw. Vorbehalte Anwohner gegenüber Konsumräumen für Drogenabhängige haben, soll nachfolgend der Frage nachgegangen werden, *wie groß* Ängste und Vorbehalte diesem Hilfeangebot gegenüber sind. Hierzu wurde auf der Grundlage der Angaben zu den Einstellungen zum Drogenkonsumraum (Tab. 46) ein Summenindex zu Vorbehalten Drogenkonsumräumen gegenüber gebildet. Nach Durchführung der Reliabilitätsanalyse für die entsprechenden Items mussten zwei Items aufgrund geringer Trennschärfe bzw. Schwierigkeit eliminiert werden. Die Items 2, 3, 4 und 5 bildeten somit die Grundlage des Index, der die Stärke der Vorbehalte hinsichtlich möglicher Auswirkungen des Konsumraumangebots auf das Wohnumfeld bestimmt (vgl. Tab. 47).

Tab. 47: Stärke der Vorbehalte gegenüber Drogenkonsumräumen

|                            | Tiergarten |       | Kreuzberg |       | Gesamt |       |
|----------------------------|------------|-------|-----------|-------|--------|-------|
|                            | Anzahl     | in %  | Anzahl    | in %  | Anzahl | in %  |
| 0 (keine Vorbehalte)       | 27         | 49,1  | 26        | 53,1  | 53     | 51,0  |
| 1                          | 6          | 10,9  | 8         | 16,3  | 14     | 13,5  |
| 2 (mittelgroße Vorbehalte) | 5          | 9,1   | 6         | 12,2  | 11     | 10,6  |
| 3                          | 9          | 16,4  | 5         | 10,2  | 14     | 13,5  |
| 4 (sehr starke Vorbehalte) | 8          | 14,5  | 4         | 8,2   | 12     | 11,5  |
| Gesamt                     | 55         | 100,0 | 49        | 100,0 | 104    | 100,0 |

Folgt man den Daten, die im Rahmen der Anwohnerbefragung gewonnen wurden, so kann konstatiert werden, dass in beiden Regionen ein großer Anteil der Befragten keine Befürchtungen zu negativen Auswirkungen auf das Wohnumfeld hatte. Nur etwa ein Viertel der Befragten in beiden Bezirken hatte starke bis sehr starke Befürchtungen, dass die Drogenkonsumraumangebote negative Auswirkungen auf das Wohnumfeld haben werden.

Wenngleich die Tabelle leichte Unterschiede zwischen den Bezirken aufweist - in Tiergarten befürchtete knapp ein Drittel der Befragten negative Auswirkungen, in Kreuzberg hingegen nur ein Viertel - so zeigte die statistische Analyse doch, dass der Unterschied nicht signifikant war ( $p = 0.373$ ). Zusammenfassend kann demnach konstatiert werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Anwohner in Kreuzberg wie in Tiergarten keine oder nur in einem geringen Umfang Ängste und Vorbehalte den Konsumräumen gegenüber aufwies.

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen den persönlichen Ängsten und Vorbehalten einerseits und der Frage nach der Akzeptanz von Konsumräumen andererseits zeigen die Daten der Anwohnerbefragung erwartungsgemäß, dass Personen, die starke negative Auswirkungen des Drogenkonsumraums auf das Wohnumfeld befürchteten, signifikant eher eine ablehnende Haltung gegenüber dem Hilfeangebot zeigten als Personen, die keine oder kaum Ängste oder Vorbehalte bezüglich der Auswirkungen der Einrichtung auf das Wohnumfeld hatten. Dieser Zusammenhang ist statistisch hoch signifikant ( $r = -0.470$ ;  $p = 0.000$ ). Generell gilt hier: Je größer die Vorbehalte, desto geringer ist die Akzeptanz.

### 7.2.8 Akzeptanz in Abhängigkeit von der Zeit der Existenz des Drogenkonsumraums

Geht man davon aus, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen erst mit der Zeit von der Zielgruppe in größerem Umfang angenommen wird, so kann angenommen werden, dass die Belastung der Anwohnerschaft in dem Maße zunimmt, wie die Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Um zu überprüfen, ob sich der Grad der Akzeptanz der Konsumräume in den beiden Regionen im ersten Jahr des Betriebs verändert, wurden die beteiligten Anwohner etwa sieben bis acht Monate nach der Erstbefragung im Januar 2005 nachbefragt. Die Nachbefragung wurde telefonisch durchgeführt und dauerte nur wenige Minuten.

Von den 109 Teilnehmern haben insgesamt sechs Personen am Ende der Erstbefragung ihr Einverständnis zur Nachbefragung verweigert. Somit waren 103 Personen für die Nachbefragung zu kontaktieren, 54 in Tiergarten und 49 in Kreuzberg. In Tiergarten

waren drei Personen und in Kreuzberg eine Person verzogen. Fünf Personen konnten in Tiergarten nicht erreicht werden, in Kreuzberg waren es sechs.

Von den 46 erreichten Personen (85,1 %) verweigerten zwei die Nachbefragung, 44 nahmen an der Nachbefragung teil. Das ergibt eine Teilnahmebereitschaft von 95,7 % der angetroffenen Personen. In Kreuzberg verweigerte von den 42 erreichten Personen (85,7 %) eine die Nachbefragung im Nachhinein, 41 Personen nahmen an der Nachbefragung teil (Teilnahmebereitschaft von 97,6 %).

Tab. 48: Akzeptanz der Drogenkonsumräume in Abhängigkeit von der Zeit

|                | 1. Befragung 05 - 07/2004 |                       | 2. Befragung 01/2005   |                       |
|----------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
|                | Tiergarten<br>(n = 59)    | Kreuzberg<br>(n = 50) | Tiergarten<br>(n = 44) | Kreuzberg<br>(n = 41) |
| (eher) dagegen | 28,8                      | 18,0                  | 25,0                   | 10,5                  |
| (eher) dafür   | 71,2                      | 82,0                  | 75,0                   | 89,5                  |

Die Daten zeigen einen Anstieg der Akzeptanz von Drogenkonsumräumen unter den Befragten im Zeitverlauf von sieben bis acht Monaten. Doch müssen die Ergebnisse vorsichtig betrachtet werden, da die Veränderungen *nicht* signifikant sind (Wilcoxon-Test, zweiseitig getestet,  $p = 0.272$ ). Dieses Ergebnis lässt zwei unterschiedliche Interpretationen zu: Zum einen ist denkbar, dass der Untersuchungszeitraum zu kurz war, um signifikante Veränderungen im Hinblick auf die Akzeptanz zu erfassen. Zum anderen sind Einstellungen, wie die Frage nach der Akzeptanz von Drogenkonsumräumen, möglicherweise Ausdruck einer übergreifenden und stabilen sozialpolitischen Haltung. Diese Frage lässt sich jedoch nur durch weitere Untersuchungen klären.

## 8 Diskussion und Bewertung der Ergebnisse

Wesentliches Ziel der wissenschaftlichen Begleitung der in Berlin neu eingerichteten Drogenkonsumräume war es zu überprüfen, inwieweit die formulierten gesundheitspräventiven, drogentherapeutischen und sozialpolitischen Ziele im ersten Jahr des Betriebs der Einrichtungen erreicht und die gesetzlichen Mindeststandards eingehalten wurden. Ein Schwerpunkt der Evaluation bezog sich auf die Frage, ob und in welchem Umfang Drogenkonsumräume im Wohnumfeld von Bürgern **Akzeptanz** finden. Hier wurde auch untersucht, in welchen Bevölkerungsgruppen die Akzeptanz bzw. die Ablehnung von Drogenkonsumräumen im sozialen Nahfeld besonders groß ist. Ein weiterer Fokus der Begleitforschung richtete sich auf die **Nutzer und die Inanspruchnahme** der Drogenkonsumräume. Hier wurde die Frage bearbeitet, welche Klientengruppen Drogenkonsumräume in Anspruch nehmen und wie einzelne Elemente des Angebots von Nutzern bewertet werden. Analysen zum Tätigkeitsspektrum und insbesondere zur Vermittlung von Klienten in weiterführende Hilfen schlossen sich an. In einem weiteren Fragenkomplex wurde die **Vernetzung** der Drogenkonsumräume betrachtet. Hierbei galt es zu prüfen, inwieweit die Drogenkonsumräume mit anderen suchtspezifischen, medizinischen, psychiatrischen oder sozialen Diensten vernetzt sind und wie die Kooperation der Konsumräume im Verbundsystem der Berliner Drogenhilfe und mit Behörden und Polizei zu bewerten ist. Schließlich ging es um die Frage, inwieweit die **strukturellen Voraussetzungen** für eine qualifizierte medizinische und sozialpädagogische Arbeit gegeben sind.

Zur Bearbeitung der Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung konnten unterschiedliche Datenquellen genutzt werden: So wurden Befragungen von Nutzern der



Drogenkonsumräume, von Kooperationspartnern der Einrichtungen, von Vertretern der Berliner Drogenhilfe sowie eine Befragung von Anwohnern durchgeführt. Darüber hinaus konnten klientenbezogene Daten aus den Einrichtungen herangezogen und mit Blick auf die zu bearbeitenden Fragestellungen analysiert werden. Vor einer Interpretation der Ergebnisse soll einleitend darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der Evaluation von den Bedingungen der Umsetzung bestimmt wurden. Hier sind zum einen die Startphase zu nennen und zum anderen und insbesondere die im nationalen und internationalen Vergleich sehr begrenzten Öffnungszeiten der Angebote.

### **Akzeptanz der Drogenkonsumräume im Wohnumfeld**

Im Vorfeld der Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Berlin war es auf Seiten der Anwohner auch zu Kritik und Widerspruch gekommen. Im Bezirk Mitte hatte sich eine Anwohnerinitiative gegen die Etablierung des Konsumraums gebildet, was u.a. die Suche nach Räumlichkeiten erschwerte. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung die Akzeptanz der Konsumräume im Wohnumfeld der Birkenstube und der SKA untersucht. Auf der Grundlage der Ergebnisse der repräsentativen Anwohnerbefragung im Januar 2005 können mehrere Schlussfolgerungen gezogen werden: Zuerst einmal kann davon ausgegangen werden, dass die Akzeptanz der Drogenkonsumräume unter den Anwohnern größer ist, als dies vor dem Hintergrund der medialen Berichterstattung und dem Protest der Anwohnerinitiative angenommen werden konnte, denn etwa 70 % der zufällig ausgewählten Anwohner im Umfeld der Birkenstube und über 80 % in Kreuzberg sprachen sich (eher) für das Konsumraumangebot aus. Gleichwohl waren 30 % bzw. 20 % der Bürger gegen derartige Einrichtungen in ihrem sozialen Nahraum.

Darüber hinaus konnte im Rahmen der Studie gezeigt werden, dass die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen von verschiedenen Faktoren abhängig ist: Unter politisch interessierten Frauen und Männern mit einem (über-)durchschnittlichen Bildungsniveau war die Akzeptanz eher hoch. Dagegen fand sich eine hohe Ablehnungsquote unter Personen mit (kleinen) Kindern, mit einem vergleichsweise niedrigen Bildungsniveau sowie dann, wenn Anwohner von Drogenabhängigen belästigt wurden. Da davon ausgegangen wurde, dass die Belastung des Wohnumfeldes im Laufe einer zunehmend stärkeren Inanspruchnahme der Konsumräume steigt, wurden alle Anwohner etwa acht Monate nach der Erstbefragung erneut interviewt. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Akzeptanz. Insgesamt betrachtet kann das eher positive Gesamtergebnis der Anwohnerbefragung wohl darauf zurückgeführt werden, dass es gelungen ist, eine (zusätzliche) Szenebelastung im Wohnumfeld der Konsumräume zu vermeiden.

### **Nutzer und Nutzung der Drogenkonsumräume**

Die Drogenkonsumräume in Berlin wurden im ersten Jahr der Inbetriebnahme von insgesamt 523 Drogenabhängigen genutzt. Angesichts einer geschätzten Zahl von 7.000 - 8.000 Opiatabhängigen in Berlin (Wojak, 2004) mag diese Fallzahl vielleicht gering erscheinen. Berücksichtigt man jedoch zum einen die begrenzten Öffnungszeiten der Angebote und zum anderen den Umstand, dass das Angebot gerade erst etabliert wurde, kann angesichts dieser Fallzahl davon ausgegangen werden, dass das Konsumraumangebot von Drogenabhängigen gut angenommen wurde. Zudem zeigte die

Analyse im Zeitverlauf einen beständigen Anstieg der Inanspruchnahme. Dies gilt insbesondere für die *Birkenstube*, deren vergleichsweise große Besucherzahl und Inanspruchnahme offensichtlich mit der bedarfsgerechten Ausstattung in Zusammenhang steht (s.u.).

Wer sind nun die Nutzer der Drogenkonsumräume? Werden mit dem Angebot wie beabsichtigt neue bzw. schwer erreichbare Konsumentengruppen erreicht? Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass sich die Klientel der drei Konsumräume teilweise unterscheidet: Die Birkenstube und das Druckmobil werden durchschnittlich von eher jüngeren, die SKA von eher älteren Drogenabhängigen genutzt und in der SKA befindet sich - entsprechend der konzeptionellen und räumlichen Situation - ein höherer Anteil Drogenabhängiger mit Migrationshintergrund.

Sowohl die Birkenstube wie auch die SKA werden überwiegend von Drogenabhängigen besucht, die in den jeweiligen Bezirken wohnen oder sich überwiegend dort aufhalten. „Wanderungsbewegungen“ zwischen den Konsumräumen oder längere Anfahrten zu einem Konsumraum stellen demnach eher die Ausnahme dar. Tatsächlich hatte weniger als ein Zehntel aller Nutzer von Berliner Drogenkonsumräumen im Jahr 2004 zwei oder gar drei unterschiedliche Konsumräume genutzt.

Im Hinblick auf den Substanzkonsum zeigte sich, dass die Besucher der Drogenkonsumräume zu einem hohen Anteil Heroin (98,7 %), Kokain (63,3 %), Alkohol (63,3 %) und Methadon (49,3 %) konsumierten. Die Konsumräume wurden von der überwiegenden Zahl der Nutzer zum intravenösen Gebrauch von Heroin aufgesucht. Lediglich in die Birkenstube, die als einziger Konsumraum über einen Rauchraum verfügt, kamen Klienten häufig zum Rauchen: Hier entfiel immerhin ein Drittel der Konsumvorgänge auf Rauchen.

Legt man die Ergebnisse der Nutzerbefragung zugrunde, so kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Konsumraumnutzer Erfahrung in der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen hat. 81 % der Befragten besuchten im zurückliegenden Jahr (mindestens einmal) einen Kontaktladen und 63 % eine Suchtberatungsstelle. 44 % der Klienten absolvierten eine Entgiftungs- und 20 % eine Entwöhnungsbehandlung. Dass mit dem Drogenkonsumraumangebot Kontakt zu einer „neuen“, durch andere Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe nicht erreichten Klientel hergestellt werden konnte, kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse *nicht* konstatiert werden. Drogenkonsumräume werden vielmehr sowohl *komplementär* als auch *alternativ* in Anspruch genommen: Viele Nutzer besuchen den Drogenkonsumraum und nutzen darüber hinaus auch die Hilfen niedergelassener Ärzte, von Kontaktladen und Suchtberatungsstellen. Andere kommen in den Konsumraum, nachdem sie ihre Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung beendet oder abgebrochen haben und rückfällig geworden sind. Die Berliner Drogenkonsumräume sind demnach - zumindest bisher - weniger ein Angebot zur Erreichung *neuer* Klientengruppen. Vielmehr wird hier eine schon bekannte, aber z.T. vermutlich sprunghafte und unstete Klientel erreicht, die jedoch - wie gezeigt werden konnte - z.T. zur (erneuten) Aufnahme weiterführender und ggf. ausstiegsorientierter Hilfen motiviert werden konnte.

Eine Ausnahme stellen jene Nutzer der Konsumräume dar, die zum Rauchen von Drogen in den Konsumraum kommen. Diese Klienten sind durchschnittlich jünger als die i.v.-Konsumenten und weisen in aller Regel wenig bis keine Erfahrung im Umgang mit dem Drogenhilfesystem auf. Das Konsumraumangebot spricht also erfolgreich und früher als andere Hilfen diese besondere Nutzergruppe an und eröffnet damit die Chance, sie eher als bisher zu Veränderung und Inanspruchnahme ausstiegsorientierter Hilfen zu motivieren. Deshalb wird vorgeschlagen, Konsumraumangebote generell mit einem Rauchraum auszustatten.

Auf eine besondere Problematik weist der vergleichsweise hohe Anteil von Nutzern, die einen aktuellen Konsum von Methadon (49,3 %) aufweisen und die angeben, aktuell eine Substitutionsbehandlung (16,5 %) zu absolvieren. Auch wenn konstatiert werden muss, dass die Stichprobe der Nutzerbefragung nicht als repräsentativ für alle Konsumraumnutzer betrachtet werden darf, muss davon ausgegangen werden, dass (auch) substituierte Drogenabhängige das Konsumraumangebot in Anspruch nehmen. Und dies, obgleich die Mitarbeiter der Konsumräume allen Besuchern gegenüber deutlich machen, dass Substituierte den Konsumraum nicht nutzen dürfen und die Nutzer diese Regelung auch in den beiderseitig unterschriebenen Nutzungsvereinbarungen anerkennen. Neben der Frage, ob und wie der Zugang zu den Drogenkonsumräumen besser „kontrolliert“ werden kann, sind im Zusammenhang mit der Nutzung der Konsumräume durch Substituierte zwei Aspekte zu diskutieren: Es kann angenommen werden, dass der Beigebrauch von Heroin und Kokain unter Substituierten vergleichsweise weit verbreitet ist und dass das Konsumverhalten dieses Personenkreises als besonders riskant einzuschätzen ist (u.a. ist bei sehr vielen Berliner Drogentodesfällen [auch] Methadon beteiligt). Würde eine schadensmindernde Strategie konsequent umgesetzt, so müssten (auch) riskant konsumierende Substituierte vom Konsumraumangebot in Berlin profitieren können. Im Widerspruch hierzu steht allerdings die aktuelle Berliner Konzeption zur Substitutionsbehandlung (Clearingstelle für Substitution, 1997). Der Beikonsum von Heroin und Kokain gilt hier als ein Verhalten, das den Erfolg der Substitutionsbehandlung infrage stellt. Eine generelle Zugangsoption zu Drogenkonsumräumen für die Teilzielgruppe Substituierter hätte demnach eine schwer zu kommunizierende Signalwirkung für den Bereich der Substitutionsbehandlung.

Was kann nun über die Arbeit in den Drogenkonsumräumen gesagt werden? Welche Rolle kommt medizinpädagogischen Interventionen zu? Und in welchem Umfang werden Nutzer der Drogenkonsumräume zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen motiviert, beraten oder vermittelt?

Bevor auf diese Fragen im Einzelnen eingegangen werden kann, muss auf das im Jahr 2004 in den Konsumräumen entwickelte und etablierte Dokumentationssystem eingegangen werden. Während die Erfassung der personenbezogenen Stamm- und Verkaufsdaten während des Erprobungszeitraums relativ unproblematisch umgesetzt werden konnte und auch seitens der Klientel überwiegend akzeptiert wurde, erwies sich die Tätigkeitsdokumentation als für diesen Arbeitsbereich unangemessen aufwändig. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, insbesondere die komplexe Erfassung von Tätigkeiten erheblich zu vereinfachen. Da das derzeitige Dokumentations- und Berichtswesen insgesamt sehr (zeit-)aufwändig ist, soll in diesem Zusammenhang auch die Auflösung der derzeitig arbeitsaufwendigen Doppelstruktur von klientenbezogener Dokumentation und einrichtungsbezogenen Monatsberichten empfohlen werden. Günstiger wäre eine einheitliche und integrierte Dokumentation mit Hilfe einer dazu entwickelten Softwarelösung.

Obgleich die Daten aus der Tätigkeitsdokumentation unvollständig sein dürften, kann in knapper Form - mittels Ergänzung durch die Ergebnisse aus der Nutzerbefragung - auf die Frage nach dem Leistungsprofil der Drogenkonsumräume eingegangen werden. Demnach kann angenommen werden, dass durchaus erwartungsgemäß die medizinpädagogische Arbeit im Vordergrund des Konsumraumleistungsspektrums steht: Die Mehrzahl aller klientenbezogenen Tätigkeiten entfällt auf die Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte und medizinische Behandlungen. Dies zeigt sich auch hinsichtlich der hervorgehobenen Wichtigkeit, die der medizinischen Beratung aus der subjektiven Sicht der Nutzer zukommt. Darüber hinaus gab etwa jeder dritte befragte Nutzer an, zur Aufnahme weiterführender Hilfen motiviert worden zu sein und etwa ein Zehn-

tel der Konsumraumnutzer wurde nachweislich zu einer weiterführenden suchtspezifischen Hilfe vermittelt. Insgesamt betrachtet lässt sich über das klientenbezogene Leistungsprofil der Konsumräume demnach sagen, dass zum einen Schadensminimierung und medizinischen Hilfen besonders große Bedeutung zukommt und dass zum anderen die konzeptionell angestrebte (Re-)Integration von Klienten in die Suchthilfe zumindest für einen Teil gelingt.

### Vernetzung in der Berliner Drogenhilfe

Entsprechend der Rechtsverordnung und der Konzeptionen soll die Arbeit der Drogenkonsumräume in das Verbundsystem der Berliner Suchthilfe integriert und trägerübergreifend vernetzt erfolgen. Zu der Frage, in welchem Maße dies im ersten Jahr der Inbetriebnahme gelungen ist und dazu, welche Auswirkungen der Konsumraumarbeit sich für die Berliner Drogenhilfe zeigten, wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eine Teiluntersuchung durchgeführt. Zunächst kann hervorgehoben werden, dass keine negativen Auswirkungen der Arbeit festgestellt werden konnten.

Bezüglich des aktuellen Stands der Vernetzung ergab die Befragung ein eher kritisches Bild: Nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen gab an, auf institutioneller Ebene mit den Konsumräumen im Kontakt zu stehen und nur jede vierte Einrichtung berichtete von fallbezogenen Kooperationen. Dieses Ergebnis muss jedoch im Lichte des jeweiligen Profils der Einrichtungen betrachtet werden. So ist beispielsweise nachvollziehbar, dass PSB- oder Entwöhnungseinrichtungen weniger Anlass zu (klientenbezogener) Zusammenarbeit mit Konsumräumen haben als Drogenberatungsstellen oder Entgiftungseinrichtungen. Außerdem zeigte der Abgleich der Konsumraumdaten mit jenen aus den Drogenberatungsstellen, dass bei den 68 der 109 Konsumraumnutzer, die im Jahr 2004 in Kontakt zu einer Beratungsstelle standen, die Beratungsstelle *nicht* zu einem Träger eines Konsumraumes gehörte. Dies kann durchaus als Hinweis auf eine Vernetzung und Integration der Konsumräume über die Trägergrenzen hinweg in die gesamte Berliner Drogenhilfe interpretiert werden. Dennoch gilt es, die Vernetzung der Arbeit der Konsumräume mit den anderen Einrichtungen der Berliner Drogenhilfe weiter auszubauen. Hierzu wird empfohlen, das Konsumraumangebot konzeptionell wie materiell als integralen Bestandteil der regionalen Suchthilfedienste zu definieren.

### Kooperation Träger und Behörden

In Berlin erhielt die Konsumraumarbeit vor Arbeitsaufnahme durch die Kooperationsvereinbarung zwischen Polizei, Staatsanwaltschaft, Bezirken und Trägern einen strukturellen Rahmen. Wie beschrieben, waren einige Aspekte der Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern nicht unumstritten. Die Erfahrung des ersten Jahres zeigt, dass Vorgaben zur Kooperation sich im Wesentlichen bewährt haben: So erscheint es sinnvoll, Ansprechpartner zu benennen und eine zeitnahe Information aller Beteiligten sicherzustellen. Insgesamt kann der durch die Rechtsverordnung erteilte „Zwang zur Zusammenarbeit“ also als Erfolg bewertet werden - sowohl je vor Ort als auch übergreifend: Alle Beteiligten begrüßen den Austausch in der regelmäßigen *Informationsrunde*. Hier arbeiten zum ersten Mal seit vielen Jahren die verschiedenen Beteiligten zusammen, darunter insbesondere Staatsanwaltschaft und Drogenhilfe. Alle Gesprächspartner lobten die konstruktive Gesprächskultur in der Informationsrunde, die wesentlich

zum Abbau gegenseitiger Feindbilder beigetragen hat. Gleichwohl erscheint in Anbetracht fehlender Probleme, die zu bearbeiten wären, sowie einer funktionierenden Kommunikation an den Standorten für die Zukunft eine Reduzierung der Sitzungsfrequenz sinnvoll.

Die Erfahrungen mit der schriftlichen *Kooperationsvereinbarung* legen nahe, eine Überarbeitung zu empfehlen: Die Vereinbarung kann insgesamt vereinfacht und gestrafft werden. Dabei sollten Begrifflichkeiten, vor allem im § 6.1.5, präzisiert und die Bestimmungen mit der Rechtsverordnung kompatibel gestaltet werden. Die Überarbeitung sollte auf Basis der bisherigen Erfahrungen und konsensual geschehen.

Eine ausgesprochen positive Bilanz zu Kommunikation und Kooperation zogen vor allem die Vertreter der Bezirke und der Polizei. Beide Akteure haben sich im Vorfeld der Eröffnung der Einrichtungen systematisch an den Vorbereitungen und an den Diskussionen vor Ort beteiligt, sodass den Bürgern vermittelt wurde, dass alle Seiten, Politik und Bezirke, Träger und Polizei, das neue Angebot sinnvoll finden und unterstützen. Förderlich sind zudem die weiterhin große Nähe gerade der Polizei zu den Einrichtungen, ihre gelegentliche Anwesenheit dort und ihre kontinuierliche und zeitnahe Information über das Geschehen in den Einrichtungen durch die Träger.

### **Einhaltung der Mindeststandards**

Für die Konsumraumarbeit wurden in der Rechtsverordnung Mindeststandards festgelegt. Die Evaluation konnte zeigen, dass diese Mindeststandards durch die Einrichtungen eingehalten bzw. umgesetzt werden. So erreichen die Einrichtungen die angestrebten Zielgruppen, wenngleich in unterschiedlichem Umfang und meist Klienten, die durchaus auch andere Drogenhilfeangebote nutzen.

Die Einrichtungen präsentieren sich als integraler Bestandteil der Berliner Drogenhilfe und arbeiten mit dieser vernetzt. Sie setzen regelmäßig medizinisch und sozialarbeiterisch qualifiziertes Personal ein und tragen für eine laufende und bedarfsbezogene (Weiter-)Qualifizierung Sorge. Die Drogenkonsumräume bieten lebenspraktische, gesundheitspräventive und suchttherapeutische Hilfen an und motivieren Klienten zur Beachtung von Safer Use-Aspekten und zur Nutzung weiterer Hilfen. Auch die Befragung der Klienten bestätigte, dass ein komplexes Angebot dem Bedarf der Nutzer entspricht und von ihnen wahrgenommen wird, wobei vor allem dem medizinischen Hilfeangebot eine große Bedeutung zukommt.

Die sächliche und räumliche Ausstattung der Einrichtung gewährleistet einen regelgerechten Betrieb. Alle Angebote verfügen vorgabengemäß über Hausordnungen sowie die Bestimmungen der Rechtsverordnung konkretisierende Regeln zum berechtigten Personenkreis und bzgl. der Nutzung der Angebote, die durch das Personal durchgesetzt bzw. überprüft werden.

Die Drogenkonsumräume führen nicht zu einer Belastung der Öffentlichkeit oder zu einer Sogwirkung. Die Einrichtung der Angebote wurde der Öffentlichkeit intensiv kommuniziert und die Arbeit erfolgt in enger Kooperation mit Bezirken, Polizei und Staatsanwaltschaft. Hierzu gehört auch eine vorgabengemäße Dokumentation der Arbeit und die dementsprechende regelmäßige Information der zuständigen Erlaubnis- und Überwachungsbehörde sowie aller Kooperationspartner.

## Strukturelle Aspekte

Die Konsumraumarbeit in Berlin wird seit Ende 2003/Anfang 2004 an vier Standorten und durch drei Träger erprobt. Dabei wurden unterschiedliche Umsetzungsvarianten gewählt und dementsprechend verschiedene Grade der Zielerreichung festgestellt. Zunächst wird empfohlen, die Konsumraumarbeit in Berlin weiterzuführen. Mit der strukturellen Absicherung sollte eine Integration des Angebots in die regionalen Suchthilfedienste erfolgen. Zudem können auf Basis der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und aus der vergleichenden Betrachtung sowie unter Berücksichtigung von Erfahrungen in anderen Städten zusammenfassend einige Empfehlungen für das weitere Vorgehen abgeleitet werden.

Mit Blick auf die Verortung der Konsumräume zeigte sich, dass vor allem die SKA ungünstig platziert ist: Der Konsumraum liegt vor allem in zu großer Nähe zum Kottbusser Tor, das in verschiedener Hinsicht eine Vielzahl polizeilicher Aktivitäten auf sich zieht, die den Zugang zum Konsumraum beeinträchtigen können. Empfohlen wird hier eine **Verortung an einem anonymen Standort** an einer belebten Straße in etwas größerer Entfernung zum Kottbusser Tor. Gleichwohl sollte ein neuer Standort nicht zu szenefern liegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein. Zudem erscheinen die Räumlichkeiten zu klein und die aktuelle Nutzung des Konsumraums zudem durch die starke Präsenz von Substituierten im Kontaktladen beeinträchtigt, weshalb eine Vergrößerung der Räumlichkeiten, die Ergänzung des Angebots um einen Rauchraum und konzeptionelle Anpassungen empfohlen werden (mehr dazu s. unten).

Auch der Standort Frobensstraße scheint ungünstig zu sein. Die Inanspruchnahme dieses Standorts war insgesamt am schlechtesten und zeigte auch im Verlauf keine Steigerung. Auch wurde die angestrebte Zielgruppe der drogenkonsumierenden Frauen hier nicht besser erreicht als in den übrigen Einrichtungen. Deshalb wird vorgeschlagen, die Einsätze des Konsummobils an der **Frobensstraße einzustellen**.

Ergänzend soll hier auf einen weiteren Aspekt eingegangen werden: Wenngleich die Auslastung des Konsummobils am Bahnhof Zoo immerhin einen ähnlichen Umfang erreicht hat wie jene der SKA und auch gewürdigt werden soll, dass hier trotz der Nähe zur Birkenstube weitgehend *andere* Klienten erreicht wurden, wurde das Konsummobil auch am Standort Zoo nicht sehr viel besser als in der Frobensstraße in Anspruch genommen. Die geringe Inanspruchnahme in Verbindung mit Bedenken bzgl. der räumlichen Bedingungen eines Busses lässt eine generelle Aufgabe des Konsummobils als sinnvoll erscheinen. Dem widerspricht jedoch der einhellige Wunsch nahezu aller Befragten nach Erhalt der Konsummöglichkeit am Bahnhof Zoo. Ein Erhalt des Konsummobils böte zudem die Möglichkeit, vergleichsweise schnell auf neue Bedarfe zu reagieren und neue Standorte zu versorgen.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung spricht unter Abwägung der Erfahrungen, der Einschätzungen der befragten Experten und Nichtnutzer sowie der finanziellen Situation in Berlin derzeit mehr dafür, die bisher für das Konsummobil genutzten Ressourcen für eine **Ausweitung der Konsumräume mit festen Standorten zu nutzen**. Am Standort Zoo sollten die dort weiterhin aktiven Präventions- und Gesundheitsmobile von Fixpunkt ihren Kontakt zu Drogenabhängigen verstärkt dazu nutzen, auf den nahe gelegenen Konsumraum Birkenstube hinzuweisen.

Die mit weitem Abstand höchste Inanspruchnahme verzeichnet der Konsumraum in der Birkenstube, deren Klienten den Konsumraum zudem relativ häufiger für den Drogenkonsum nutzen als die Nutzer der übrigen Einrichtungen. Das hängt nach den Ergebnissen der Evaluation mit verschiedenen Aspekten zusammen:

- Zunächst ist die Birkenstube der einzige Konsumraum mit Rauchmöglichkeit. Tatsächlich entfallen auf Rauchen hier ein Drittel aller Konsumvorgänge. Weitere Analysen hatten gezeigt, dass durch den Rauchraum jüngere Drogenkonsumenten erreicht werden, die noch keinen oder kaum Kontakt zur Drogenhilfe hatten.

Andere Unterscheidungsmerkmale sind:

- die (zunehmend) längeren Öffnungszeiten
- die größere Gesamtfläche
- das stärkere medizinische Angebot mit medizinischer Sprechstunde und gesundheitspräventiven Kursen für die Klienten
- die Beteiligung von auch an anderen drogenrelevanten Orten in Berlin präsenten Mitarbeitern des Fixpunkt-Teams, das eine hohe Reputation insbesondere in dem von den Klienten sehr hoch geschätzten medizinischen Bereich genießt und
- die zeitliche und räumliche Verknüpfung von Kontaktangebot mit lebenspraktischen Hilfen, Konsumraum und Drogenberatung in einem Angebot.

Wenn man zu den in Berlin gemachten Erfahrungen zudem jene in anderen Städten hinzuzieht, so verwundert es nicht, dass die Einrichtung, die eine Gesamtheit dieser Merkmale realisiert, die größte Reichweite und Wirkung entfalten konnte. Deshalb wird schließlich empfohlen, die Ergebnisse zu nutzen, um für Konsumräume bestimmte Mindeststandards zu definieren. Demnach sollten Konsumräume generell ein **integriertes Komplexangebot** von Kontakt, Konsummöglichkeit und Beratung umfassen. Die Konzeption und das Vorgehen sollten eine direkte Ansprache der Klienten umfassen, um ihnen zum einen aktiv zugehend (und nachweislich) gesundheitspräventive Botschaften zu vermitteln. Und zum anderen sollten dabei der Einsatz professioneller Möglichkeiten, zu Verhaltensänderungen anzuregen, Motivation zu fördern und Fortschritt zu unterstützen, zum Standard gehören.

Drogenkonsumräume sollten generell eine bestimmte räumliche **Größe** nicht unterschreiten. Notwendig sind mindestens zwei Konsumräume, denn aufgrund der besonderen Bedeutung des Drogenrauchens für die Erreichung bestimmter Zielgruppen sollten Konsumräume generell über **Rauchräume** verfügen. Des Weiteren sollten Konsumräume mindestens über einen Raum für medizinische Interventionen, einen offenen Kontaktbereich mit Küche und sanitären Anlagen sowie einen Raum für Beratungsgespräche und ein Büro verfügen.

Zum **Personal** sollten sozialarbeiterisch und - vor allem - einschlägig medizinisch ausgewiesene Kräfte gehören. Mit Blick auf die Erkrankungen der Drogenabhängigen und die Zahl der Drogennotfälle gehören zum Qualifikationsprofil zwingend umfassende Kenntnisse zu Safer Use (u.a. bzgl. der [möglichen] Folgen des Mischkonsums von Methadon und anderen Drogen), Drogennotfallmaßnahmen, Hepatitisprophylaxe etc., die nur durch ein hohes Maß an Fortbildung und den Austausch mit anderen Konsumraumbetreibern (über Berlin hinaus) zu gewährleisten sind. Deshalb wird hier, obgleich bzw. gerade weil eine Einstellung der Konsummobile angeraten wird, empfohlen, die zukünftige Konsumraumarbeit in Berlin unter Einbezug des im Fixpunkt-Team einzigartig vorhandenen Expertenwissens zu realisieren. Aus der konzeptionellen Verortung von Konsumraumarbeit als Bestandteil von Drogenhilfe resultiert zudem, dass sämtliche Mitarbeiter professionelle Techniken der Ansprache und Motivationsförderung beherrschen sollten.

Aus den Erfahrungen in anderen Städten und mit Blick auf das zentrale Ergebnis der Nichtnutzerbefragung wird vermutet, dass mit anderen Öffnungszeiten mehr Drogenabhängige und auch derzeit nicht erreichte Zielgruppen angesprochen werden könnten. Deshalb werde eine **deutliche Ausweitung der Öffnungszeiten** und insbesondere eine tägliche Öffnung empfohlen.

Die konzeptionell besonders angestrebte Erreichung von Frauen gelang nur begrenzt. Deshalb wird mit Blick auf die Ergebnisse und auch auf Erfahrungen in anderen Städten eine stärkere Berücksichtigung der **Bedarfe von Frauen** angeregt. Eine separate Einrichtung erscheint mit Blick auf die finanziellen Erfordernisse, die das nach sich ziehen würde, nicht realisierbar. Doch könnten Frauen durch einen separaten Raum in bestehenden Konsumräumen oder zumindest durch die Nutzung flexibler Sichtschutzwände oder durch gesonderte Öffnungszeiten sowie eine gezielte Ansprache erfolgreicher erreicht werden. Die Ergebnisse der Nichtnutzerbefragung lassen zudem erwarten, dass die Gewährung von mehr Privatheit durch Sichtschutzmöglichkeiten auch durch männliche Nutzer begrüßt würde.

Die wissenschaftliche Begleitung ist sich bewusst, hier Standards zu skizzieren, die wahrscheinlich mit den derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen kollidieren. Gleichwohl sind diese Empfehlungen auf Basis der Evaluationsergebnisse und aus fachlicher Sicht von besonderer Bedeutung.



## 9 Literatur

Abgeordnetenhaus von Berlin (1998). Drucksache 13/1606 - 3. Drogen- und Suchtbericht des Landes Berlin.

Brack, J. (2002). Die Hepatiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. *Suchttherapie, (Suppl. 1), 3, S3-S10*.

BOA e.V. (2005). *Kontakt- und Anlaufstelle in Mitte „Birkenstube“ - Jahresbericht 2004*. Berlin: BOA.

Clearingstelle für Substitution (1997). *Standards zur methadongestützten psychosozialen Betreuung*. Berlin: Ärztekammer.

Fixpunkt e.V. (2004). *Hepatitis-Impf-Prävalenz bei DrogengebraucherInnen auf offenen Drogenszenen*. Kurzauswertung. Manuskript. Berlin: Fixpunkt.

Fixpunkt e.V. (2005). *Sachbericht 2004 Projekt Drogenkonsummobil, mobiles Drogenkonsumraum-Team*. Berlin: Fixpunkt.

Geiss, S., Krings-Heckemeier, M.-T., Pfeiffer, U., Reuschke, D. & Schwedt, A. (2003). *Evaluation des Berliner Quartiersmanagements in der Pilotphase 1999-2002*. Berlin: Empirica Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH.

Haemmig, R. (1992). The streetcorner agency with shooting room („Fixerstübli“). In P. A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. C. Burning & E. Drucker (Hrsg.), *The reduction of drug related harm* (pp 181-185). London/New York: Routledge.

Happel, H.V. (1997). Erfahrungen in und mit Konsumräumen. In AKZEPT e.V. (Hrsg.), *Drogenvisionen - Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe*. Berlin: VWB.

Hartmann, R., Möller, I., Schu, M. & Schmid, R. (1994). *Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - Booster-Programm*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 35. Baden-Baden: Nomos.

IFT - Institut für Therapieforchung (2005). *Suchthilfestatistik 2004 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen Berlin*. München: IFT (in Vorbereitung).

Jacob, J., Rottmann, J. & Stöver, H. (1999). *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlussbericht der einjährigen Evaluation des „drop-in Fixpunkt“/Hannover*. Oldenburg: BIS.

Kemmesies, U. (1995). *Die ‚Offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt am Main - ein erster ‚Erfahrungsbericht‘. Abschlussbericht*. Münster: INDRO.

Klee, J. (2004). Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen. In J. Klee & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis - ein Handbuch* (S. 107-128). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Kleiber, D. & Pant, A. (1996). *HIV - Needle-Sharing - Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v.-Drogenkonsumenten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 69a. Baden-Baden: Nomos.

Klingemann, H. (1987). Unerwünschte Nachbarn? Therapeutische Wohngemeinschaften für Drogenabhängige in der Gemeinde. *KZfSS* 39: 347-366.

Leicht, A. & Stöver, H. (2004). Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention. In J. H. Heudtlass & H. Stöver (Hrsg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag (in Vorbereitung).

Martens, M.-S., Lorenzen, J., Verthein, U. & Degkwitz, P. (2003). *Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2002 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hrsg.: BADO e.V. Hamburg: Kreutzfeldt Verlag.

Michels, I. (2000). Drogenkonsumräume als Teil von Überlebenshilfen. *Akzeptanz*, 2000/1, 5-9.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenberger, D. (2003.). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149. Baden-Baden: Nomos.

Raschke, P. & Ullmann, R. (2001). 10 Jahre Substitutionsbehandlung in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 2, 195-203.

Renn, H. & Lange, K.-J. (1995). *Stadtviertel und Drogenszene. Eine vergleichende Untersuchung zur Belästigung durch "offene" Drogenszenen in europäischen Großstädten*. Hamburg. Brüssel: Europäische Kommission.

Schmid, M. & Vogt, I. (2005). *Die Nutzung von Konsumräumen in Frankfurt/Main unter besonderer Berücksichtigung des Konsums von Crack* (in Vorbereitung).

Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E., (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.

Sozialamt der Stadt Zürich (1995). *Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Betrieb der Gassenzimmer 1993/1994*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.

Stöver, H. (2000). Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe. Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (S. 290-292). Berlin: Springer-Verlag.

Wojak, M. (2004). Drogenkonsum und Konsummuster in Berlin. *Sucht* 50/1, 46-49.

Zurhold, H., Degkwitz, P., Kreutzfeldt, N., Verthein, U. (2001). *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.