

Evaluation der Nutzungsprofile der Drogenkonsumraumnutzer und –Nutzer und Nutzerinnen im Land Berlin

Prof. Dr. Heino Stöver Dipl. Soz. Stefan Förster Larissa Hornig Mareike Theisen

Unter Mitarbeit von: Franziska Bohnert Anna Dichtl Niels Graf

Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Frankfurt am Main November 2015



Inhaltsverzeichnis

INHA	LTSVERZEICHNIS	1
DANK	<	9
ZUSA	AMMENFASSUNG	10
	UATION DER NUTZUNGSPROFILE DER DROGENKONSUMRAUM-NUTZER -NUTZER UND NUTZERINNEN IM LAND BERLIN	15
I. N	METHODISCHES VORGEHEN	17
1 F	FORSCHUNGSVORGEHEN	17
1.1 1.1.	Statistische Analyse Statistische Analyse: Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentation	17 18
1.2 mehr- 1.2.	Quantitative Analyse: Erfahrungen der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/ Nicht-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen in Berlin 1 Methodische Hinweise	19 20
1.3 1.3.	Qualitative Analyse der Schlüsselakteurelnnen im Kontext der Drogenkonsumräume 1 Methodische Hinweise	21 21
II. S	STATISTISCHE ANALYSE	24
	ANALYSE DER EINRICHTUNGEN BIRKENSTUBE UND SKA SOWIE DES GENKONSUMMOBILS	24
1.1	Anzahl der Konsumvorgänge 2012 bis 2014 gegliedert nach den drei Einrichtungen	24
1.2 1.2.	Anzahl der Konsumvorgänge im Jahresverlauf 1 Durchschnittliche Anzahl von Konsumvorgängen pro Klientln und Einrichtung von 2012 bis 2014	25
1.3. 1.3.	2 Inanspruchnahme der SKA	27 27 29
1.3.	3 Inanspruchnahme der Birkenstube	30

1.4	Konsummuster in den Berliner Drogenkonsumräumen	31
1.4.	1 Konsummuster Frauen und Männer	32
1.4.	2 Konsummuster in der Birkenstube	34
1.4.	3 Konsummuster in der SKA	36
1.4.	4 Konsummuster im Drogenkonsummobil	38
1.5	Applikationsformen – intravenöser und nicht-intravenöser Konsum	41
1.5.	1 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum in der SKA	43
1.5.	2 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum in der Birkenstube	43
1.5.	3 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum im Drogenkonsummobil	44
1.5.	4 Applikationsformen nach Geschlecht – intravenöser und nicht-intravenöser Konsum	45
1.5.	5 Intravenöser Konsum bei Neuaufnahmen	46
2 <i>A</i>	ANALYSE DER KLIENTEN UND KLIENTINNENDATEN	48
2.1	Klienten und Klientinnen der drei Berliner Drogenkonsumräume	49
2.1.	1 Neuzugänge	52
2.2	Nutzungsverhalten der Berliner Konsumraumnutzer und -nutzerinnen/ Nutzer- und	
		54
2.2.		56
2.2.	3	
	zerinnen	59
2.2.	,	60
2.2.	4 Nutzung der drei Einrichtungen	61
2.3	5	62
2.3.		62
2.3.		66
2.3.	3 Alter	67
2.4	Infektionskrankheiten	69
2.4.		70
2.4.	•	70
2.4.	·	71
2.4.	4 Zusammenhang zwischen intravenösem Konsum und Infektionsrisiko	71
2.5	Drogennotfälle – Verteilung der Drogennotfälle über die Einrichtungen	74
2.6	5	76
2.6.		76
2.6.	3	76
2.6.	3 Verteilung der Klienten und Klientinnen auf West- und Ostberlin	77
2.6.	4 Wohnsituation der Klienten und Klientinnen	79
2.6.	5 Nationalität und Sprache	82
2.6.	6 Staatsangehörigkeit	83
27	Resucher und Resucherinnenahweisungen	នន

2.7	' .1	Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen – Kategorienbildung	89
2.7	7.2	Tabellarische Übersicht: Gründe für die Besucher und Besucherinnenabweisung	en
(BA	۹) in ه	den einzelnen Drogenkonsumräumen	94
2.7	7.3	Besucher und Besucherinnenabweisungen: Zusammenfassung und	
Scl	hluss	folgerungen	99
2.8	На	usverbote im Beobachtungszeitraum, 2012 – 2014	100
2.8	3.1	Tabellarische Übersicht über die Hausverbote (HV) in den drei Berliner DKRs	103
2.8	3.2	Hausverbote: Ergebnisse und Schlussfolgerungen	106
2.9	Au	slastungsquote	106
2.9	9.1	Rechnerische Auslastungsquoten der drei Drogenkonsumräume, 2012 – 2014	109
	ZERI	JANTITATIVE ANALYSE: ERFAHRUNGEN DER NUTZER UND INNEN UND NICHT-/NICHT-MEHR-NUTZER UND NUTZERINNEN IM T DER DROGENKONSUMRÄUME IN BERLIN	115
4 V	VED	GLEICH ZWISCHEN KONSUMRAUMNUTZER UND -NUTZERINNEN UN	D
		GLEICH ZWISCHEN KONSUMRAUMNUTZER UND -NUTZERINNEN UN IICHT-MEHR-NUTZER UND NUTZERINNEN	ט 115
	C a	riadama mediaaha Cituatian unduara "nliaha Informatianan dar Bafrantan	445
1.1 1.1		ziodemografische Situation und persönliche Informationen der Befragten Verteilung nach Geschlecht	115 115
1.1		Alter	115
1.1		Herkunft und Nationalität	115
1.1		Familienstand	116
1.1		Wohnsituation	117
1.1		Schulabschluss und Ausbildungsabschluss	119
1.1		Obdachlosigkeit	120
1.1		Einkommen	122
1.1		Arbeitssituation	123
1.2	Ge	sundheitlicher Zustand der Berliner DrogenkonsumentInnen	124
1.2	2.1	HIV	124
1.2	2.2	HCV	126
1.2	2.3	HBV	127
1.2	2.4	Impfstatus	129
1.2	2.5	Zusammenfassung: Testung, Infektions-/Impfstatus	131
1.3	Dro	ogenkonsum	131
1.3	3.1	Substanzen	131
1.3		Drogenkonsum von Personen, die sich in Substitutionsbehandlungen befinden	137
1.3		Applikationsformen	139
1.3	3.4	Konsumhäufigkeiten	142
1.3		Dauer der Abhängigkeit	143
1.3		Konsumpausen	146
1.3		Substitutionsbehandlungen	148
1.3	3.8	Nutzung der Drogenkonsumräume und Hauptdroge	152

1.4	Medizinische Versorgung der Befragten	153
1.4.	1 Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlung, Therapie oder Entgiftung	153
1.4.	Nutzung einer psychotherapeutischen Behandlung	157
1.4.	Medizinische Versorgung (Hausarzt/Hausärztin)	157
1.4.	4 Versorgungs- und Behandlungswünsche der Drogengebrauchenden	159
1.4.	5 Vergleich von Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nut	zerinnen
	160	
2 E	SEFRAGUNG ZUR KONSUMRAUMNUTZUNG	163
2.1	Unterstützungen im DKR	163
2.2	Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen	163
2.2.	1 Nutzungsdauer	163
2.2.	2 Bekanntheitsgrad der Drogenkonsumräume	164
2.2.	3 Bevorzugter Drogenkonsumraum	165
2.2.	4 Nutzungsfrequenz	165
2.2.	5 Verhaltensänderung durch die Drogenkonsumraumnutzung	167
2.3	Beurteilung der Nutzungsvoraussetzungen (Hausordnung, Nutzungsregeln,	
Droge	nkonsumraumverordnung)	168
2.4	Lage und Erreichbarkeit der Drogenkonsumräume	172
2.4.		172
2.4.	3	174
2.4.	3 Verlängerung der Öffnungszeiten	176
2.5	Harm Reduction	176
2.5.	5 5	176
2.5.	2 Verhalten bei Überdosis	177
2.6	Sonstige Angebote der Drogenkonsumräume	179
3 C	ROGENGEBRAUCHERINNEN, DIE KEINE DROGENKONSUMRÄUME (N	/IEHR)
NUTZ	ZEN CONTRACTOR CONTRAC	181
3.1	Bekanntheitsgrad der Einrichtungen	181
3.2	Nutzung weiterer niedrigschwelliger Drogenhilfe-Einrichtungen	183
3.3	Gründe für die Nicht- oder Nicht-mehr-Nutzung	184
3.4	Konsumorte der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	187
3.4.	1 Drogennotfälle	188
3.5	Vergleich von Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Noch-Nie-Nutzer und	
nutze	rinnen	188

		RUNGSVORSCHLÄGE FÜR DKRS DER KONSUMRAUMN	
UND	-NUTZERIN	INEN	194
4.1	Einrichtun	gsspezifische Verbesserungsvorschläge	196
4.	.1 Verbes	sserungsvorschläge für das Drogenkonsummobil	196
4.1	.2 Verbes	sserungsvorschläge für die SKA	197
4.′	.3 Verbes	sserungsvorschläge für die Birkenstube	198
5	RESULTATI	E IM KONTEXT DER ENTWICKLUNGEN DER LETZTEN 10	JAHRE200
5.1	Inanspruch	hnahme/Nutzung der Drogenkonsumräume	200
5.2	Soziodemo	ografische Daten der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen	202
5.2	2.1 Verteil	lung nach Geschlecht	203
5.2	2.2 Alter		203
5.2	2.3 Herkui	nft und Nationalität	203
5.2	2.4 Wohns	situation und Obdachlosigkeit	204
5.2	2.5 Schula	abschluss	204
5.2	2.6 Arbeits	s- und Einkommenssituation	204
5.2	2.7 Familie	enstand	205
5.3	Drogenkor	nsum der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen	205
5.4	Gesundhei	itsstatus/Inanspruchnahme von Hilfen	206
5.5	Nutzung de	er sonstigen Angebote des DKR und Verhaltensänderung	207
5.6	Nicht-/Nich	nt-mehr-Nutzer und Nutzerinnen-Befragung	207
5.7	Zusammer	nfassung der Ergebnisse	210
_	NUTZER UN ZERINNEN-	ID NUTZERINNEN-PROFILE UND NICHT/NICHT-MEHR-NU PROFILE	JTZER UND 211
6.1	Soziodemo	ographische Angaben	211
6.2	Gesundhei	itsverhalten	213
6.3	Konsumm	uster, Konsumfrequenz und Applikationsform	213
6.4	Inanspruch	hnahme/Bekanntheit des DKR-Angebots	215
6.5	Behandlun	ngswünsche	215
	ERTINNENG	TIVE ANALYSE: GRUPPENDISKUSSIONEN UND GESPRÄCHE MIT SCHLÜSSELAKTEUREINNEN IM NG MIT DROGENKONSUMRÄUMEN IN BERLIN	216

1 /	ARBEITSANSATZ	216
2 I	BARRIEREN IM ZUGANG	228
3 I	BRÜCKENFUNKTION	233
4 I	HARM REDUCTION UND ERWARTUNGEN	237
5 I	DIMENSION GENDER: FRAUEN	240
6 I	MIGRATION UND INTERKULTURELLE ÖFFNUNG	243
7	AUßENWAHRNEHMUNG	247
8 '	VERHÄLTNIS ZU ANDEREN TRÄGERN UND VERNETZUNG	250
9 I	ENTWICKLUNGEN	256
10	WEITERENTWICKLUNG UND BARRIEREN	260
10. 10.	Erweiterung des Angebots 1.1 Stationäre Einrichtung am Stuttgarter Platz 1.2 Dezentralisierung 1.3 Angebotsentwicklung für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen 1.4 Drogenkonsumraum für Frauen in der Kurfürstenstraße	261 261 262 263 263
10.2	Finanzielle Ressourcen	264
10.3	Personelle Ressourcen	265
10.4	Datensammlung und Dokumentation	266
10.5	Ausstattung	266
10.6	Öffnungszeiten	267
11	EMPFEHLUNGEN	267
11. 11.	Erweiterung des Angebots 1.1 Stationäre Einrichtung am Stuttgarter Platz 1.2 Dezentralisierung 1.3 Angebotsentwicklung für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen 1.4 Drogenkonsumraum für Frauen in der Kurfürstenstraße	269 269 270 271 272
11.2	Zugangsvoraussetzungen DKR	272

11.3	Öffnungszeiten	272
11.4	Drug-Checking	273
V. R	ESULTATE UND EMPFEHLUNGEN	275
1 R	ESULTATE	275
1.1	Profile der Nutzer und Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen	275
1.2 Droge	Harm Reduction - Wirkungen bei einmaliger oder unregelmäßiger Nutzung des nkonsumraums	282
1.3 Droge	Erwartungen Drogenkonsumierender an und Erfahrungen mit nkonsumräume/n	283
1.4	Wo wird – wenn nicht im Drogenkonsumraum – konsumiert?	284
1.5 Risike	Zusammenhang zwischen Nutzer und Nutzerinnenprofil und den damit verbunde n	n 285
1.6 Droge	Reaktionen auf neue Bedürfnisse, Veränderungen der Konsumformen und neue n	285
1.7 Neuzu	Auslastung der Angebote, Konsumvorgänge, Nutzungshäufigkeiten, Konsummus gänge	ster, 286
1.8	Gründe für Ausschluss bzw. Abweisungen von Besucher und Besucherinnen	289
1.9	Geringer Frauenanteil in den Drogenkonsumräumen	290
1.10	Individuelle Risiken der Nutzer und Nutzerinnen für eine mögliche Überdosierung	291
1.11	Gründe für Nicht-Nutzung trotz Bekanntheit	292
1.12	Erreichung des Ziels, Nutzer und Nutzerinnen in weiterführende Hilfen zu vermitte 293	eln
	MPFEHLUNGEN ZUR ERHÖHUNG DER EFFEKTIVITÄT, AKZEPTANZ UND ZUFRIEDENHEIT	294
2.1	Öffnungszeiten	294
2.2	Zugang für Menschen in Substitutionsbehandlung	295
2.3 Resso	Verbesserung der Angebote mit stärkeren personellen Kapazitäten und finanzielle urcen	en 295

2.4	Rotation und intensive Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Sozialarbeitskräfte 295	en
2.5	Veränderung von mobilen zu stationären DKRs: das Beispiel "Stuttgarter Platz"	296
2.6	Dezentralisierung bzw. Ausdehnung des Angebots Drogenkonsumraum	296
2.7	Drogenkonsumraum von Frauen für Frauen	297
2.8	Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen zum DKR durch anonyme Nutzung	297
2.9	Förderung des Konsummusters von intravenös zu inhalativ	297
2.10	Einführung von Drug-Checking – Modellen auch für DKRs	297
2.11	Dokumentation	298
LITE	RATURVERZEICHNIS	299
ABBI	LDUNGSVERZEICHNIS	300
TABI	ELLENVERZEICHNIS	302
ANH	ANG	310
Leitfa	den ExpertInneninterview	310
Leitfa	den Gruppendiskussion	311
Frage	bogen Nutzer und Nutzerinnen Drogenkonsumräume	313
Frage	bogen Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen Drogenkonsumräume	321
Dater	schutzerklärungen	328

Dank

Wir danken insbesondere Kerstin Dettmer von Fixpunkt, Thomas Münch von vista und Michael Strobl von der Gesellschaft für Standard-Dokumentation und Auswertung. Sie haben uns den Zugang zu den verschiedenen Datenquellen ermöglicht. Danke auch den anderen MitarbeiterInnen, die uns beim Datentransfer geholfen haben.

Des Weiteren danken wir allen KonsumraummitarbeiterInnen, insbesondere Christian Hennis vom Konsumraum Birkenstube und Dennis Andrzejewski von der SKA für die Präsentation ihrer Einrichtungen und die zusätzlichen Informationen, die so während eines viertägigen Aufenthalts in Berlin (17.03 – 20.03.2015) gewonnen werden konnten.

Schließlich gilt unser großer Dank allen am Forschungsprojekt Beteiligten:

Fixpunkt e.V.

- Kerstin Dettmer (Ärztin)
- Astrid Leicht (Leiterin Verwaltung)

SozialarbeiterInnen – SKA und Drogenkonsummobil:

- Dennis Andrzejewski (Leiter)
- Daniela Alex
- Matthias Frötschl
- Anna Janek

Pflegeteam – Drogenkonsumräume:

- Hovhannes Martirosyan
- Lisa Bachmann
- Monika von Pickardt

vista | Verbund für integrative und therapeutische Arbeit gGmbH

Nina Pritszens (Fachbereichsleitung Beratung und Therapie)

Sozialarbeit (Birkenstube):

- Christian Hennis (Leiter) Christian Hennis
- Christopher Beck
- Natalia Humecka
- Stefanie Scheier

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

 Manuela Mühlhausen (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Abteilung Gesundheit)

Zusammenfassung

Um ein übersichtliches Profil der Nutzer und Nutzerinnen sowie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen der drei Berliner Drogenkonsumräume (DKR (zwei stationäre und ein mobiles Angebot) zu erhalten, hat das Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (ISFF) zum einen die in den Drogenkonsumräumen erfassten Daten der Jahre 2012 bis 2014 ausgewertet, zum anderen im Frühjahr 2015 auch eine umfangreiche Befragung von 200 Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen in Berlin durchgeführt und schließlich in Gruppendiskussionen und ExpertInnengesprächen Forschungsfragestellungen vertieft. Vordergründig ging es darum zu erfahren, wie hoch die Akzeptanz und die Zufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hinsichtlich des Drogenkonsumraumangebotes in Berlin ist, um Weiterentwicklungen anzustoßen. Um die zentralen Forschungsfragestellungen adäquat beantworten zu können, wurde ein multi-methodales Forschungsdesign entwickelt, bestehend aus aufeinander abgestimmten statistischen, quantitativen und qualitativen Anteilen. Einige der Fragestellungen lassen sich mit Hilfe der statistischen Analysen beantworten, anderen jedoch nur mit den Befragungen der Nutzer und Nutzerinnen bzw. Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen oder der Schlüsselakteurelnnen im Zusammenhang von Drogenkonsumräumen in Berlin.

Das Forschungsvorgehen lässt sich auf drei Ebenen beschreiben:

- Statistische Analysen: Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentation (2012 bis 2014).
- Quantitative Analyse: Erfahrungen der Nutzer und Nutzerinnen (N=100) und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (N=100) von Drogenkonsumräumen in Berlin
- Qualitative Analyse der SchlüsselakteureInnen im Zusammenhang Drogenkonsumräume (drei Gruppendiskussionen mit verschiedenen Teams von Drogenkonsumräumen und fünf ExpertInneninterviews)

Die Untersuchung zeigt, dass die Drogenkonsumräume die definierten Zielgruppen (OpiatkonsumentInnen außerhalb von Substitutionsbehandlungen) ganz überwiegend erreichen.

Die soziodemographischen und gesundheitlichen Daten verdeutlichen, dass langjährige DrogenkonsumentInnen mit zum großen Teil polyvalenten Konsummustern und Mehrfachabhängigkeiten angesprochen werden, die gesundheitlich und sozial stark

belastet und ausgegrenzt sind: oftmals multi-morbid sind (v.a. virale Infektionskrankheiten), hohe Drogennotfallerfahrungen aufweisen, zu einem überproportionalen Teil Personen nicht-deutscher Herkunft, bzw. der deutschen Sprache nicht mächtig sind, und oftmals (25%) in prekären Wohnverhältnissen leben (Notschlafstellen, Übergangsverhältnisse oder Obdachlosigkeit).

Mit diesen Charakteristika kann die Klientel der Drogenkonsumräume und ihr Versorgungs-/Betreuungsbedarf beschrieben werden. Viele der sie beschäftigenden Themen werden in der Arbeit der Drogenkonsumräume aufgegriffen – insofern erfüllen sie eine wichtige Versorgungs- und Brückenfunktion.

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist in den Berliner Drogenkonsumräumen im Zeitraum 2012 bis 2014 sehr stark angestiegen – sie hat sich innerhalb von drei Jahren (2012 bis 2014) verdoppelt: 2012 wurden 10.566 Konsumvorgänge gezählt, 2013 waren es 13.355 und im Jahr 2014 waren es bereits 21.310. Mit dieser Entwicklung geht die Zunahme an Klienten und Klientinnen einher: 2012 wurden 861 verschiedene Klienten und Klientinnen registriert, 2013 waren es 927 Klienten und Klientinnen, 2014 waren es 1.297. Schließlich stieg auch die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit – von 12,3 Konsumvorgängen pro Person (2012) auf 16,4 Konsumvorgänge pro Person (2014). Das heißt, die Klienten und Klientinnen nutzen die Einrichtungen im Durchschnitt inzwischen häufiger als vor zwei Jahren. Insgesamt belegen die Entwicklungen einen Trend zu mehr Konsumvorgängen, mehr Klienten und Klientinnen und einer intensiveren Anbindung an die Einrichtungen. Jeder der drei Drogenkonsumräume hat offenbar seine eigene Stammklientel, das immer

Jeder der drei Drogenkonsumräume hat offenbar seine eigene Stammklientel, das immer wieder auf das gleiche Angebot im jeweiligen Stadtteil zurückkommt.

Der allergrößte Teil der Befragten wurde bzw. wird von Angeboten des Berliner Suchtkrankenhilfesystems erreicht – der überwiegende Teil (80%) hat bereits mit einer Substitutionsbehandlung Erfahrungen gemacht. Derselbe prozentuale Anteil findet sich bei einer früheren stationären Entgiftungsbehandlung. Erfahrungen mit der stationären Rehabilitation haben knapp die Hälfte der Befragten gemacht. Insgesamt haben 184 von 200 befragten Personen bereits eines oder mehrere Angebote des Suchtkrankenhilfesystems in Anspruch genommen.

Verhaltensänderungen durch die Drogenkonsumraumnutzung konnten bei der Mehrheit der Befragten festgestellt werden: Mehr als die Hälfte aller Befragten (56%) gab diesbezüglich an, weniger in der Öffentlichkeit zu konsumieren. Jeweils 38% der Befragten finden, dass sie durch die Nutzung mehr auf ihre Hygiene achten sowie mehr Zeit zum Ausruhen haben. 18% der Befragten gaben an, weniger Drogen zu konsumieren, seit sie den DKR nutzen.

Die Befragung zeigt, dass am häufigsten der Wunsch der befragten Konsumraumnutzer und -nutzerinnen (N=100) nach längeren Öffnungszeiten genannt wurde: 44% der Befragten wünschen sich längere Öffnungszeiten (morgens bzw. vormittags, abends oder am Wochenende). Bei der SKA hat knapp die Hälfte aller Befragten vorgeschlagen, die Öffnungszeiten auszudehnen. Außerdem würden 81% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen die DKRs häufiger nutzen, wenn diese länger geöffnet hätten.

Die Tatsache, dass Personen in Substitutionsbehandlung abgewiesen werden müssen, wird von den MitarbeiterInnen und ExpertInnen als dringliches Thema, das einer Veränderung bedarf – auch im Sinne der Harm Reduction – benannt. Wenn diese Personen trotzdem injizieren, erfolgt dies oft in der Nähe der Einrichtungen, oft unter riskanten Bedingungen in der Öffentlichkeit.

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden dazu befragt, ob sie häufiger im öffentlichen Raum als im DKR konsumieren. 60% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen verneinten und 34% bejahten diese Frage.

Knapp ein Viertel der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumiert regelmäßig im öffentlichen Raum und weist damit ggf. einen riskanten Konsum auf.

Die MitarbeiterInnen äußern in den Interviews sehr detaillierte Überlegungen zur Dezentralisierung der Angebote – so gibt es beispielsweise den Vorschlag zum "Einzelplatzkonsumraum-Modell". Damit ist gemeint, dass in anderen niedrigschwelligen Einrichtungen wie beispielsweise in Kontaktläden jeweils ein Konsumplatz für die Besucher und Besucherinnen zur Verfügung gestellt wird. Auf diese Weise kann erreicht werden, dass automatisch in mehreren Stadtteilen Konsummöglichkeiten für DrogengebraucherInnen existieren, ohne dass gleich neue Räumlichkeiten für einen komplett neuen Drogenkonsumraum gefunden und finanziert werden müssen.

Zwischen dem 1.1.2012 und dem 31.12.2014 wurden in den Monatsberichten der drei Berliner DKRs zusammen 456 Besucher und Besucherinnenabweisungen dokumentiert. 260 der 290 abgewiesenen Besucher und Besucherinnen im Drogenkonsummobil werden im Jahr 2014 aus Zeit- bzw. Platzgründen abgewiesen. Das bedeutet, dass gerade kein Konsumplatz frei war, der/die Besucher/in zu spät gekommen ist, oder nicht warten konnte oder wollte. Rund 90% aller abgewiesenen Besucher und Besucherinnen wurden also abgewiesen, weil die Kapazitäten des Drogenkonsummobils zu gering sind, um allen Besucher und Besucherinnen einen zeitnahen Konsum zu ermöglichen. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass am Stuttgarter Platz insbesondere seit 2014 ein deutlich höherer Bedarf an Konsumplätzen besteht, als tatsächlich zur Verfügung stehen.

Männer und Frauen haben die Drogenkonsumräume in den Jahren 2012 bis 2014 – wenn auch gleichbleibend – sehr unterschiedlich genutzt. Vergleichsweise wenige Frauen

nutzen die Berliner Drogenkonsumräume: ihr Anteil schwankt in den drei Beobachtungsjahren (2012-2014) zwischen etwa 14% und 16%. Der Grund ist vor allem darin zu suchen, dass viele Frauen noch über angemessenen Wohnraum verfügen und wenig frauenspezifische Angebote gemacht werden.

Die große Mehrheit der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen kennt die Berliner Drogenkonsumräume: 91% der Befragten wissen von der Existenz der drei Berliner Drogenkonsumräume.

Der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-/Nicht-mehr–Nutzung der DKRs ist die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung: 37% der Männer und 53% der Frauen gaben die Substitutionsbehandlung als Grund hierfür an. Weit mehr als die Hälfte dieser Befragtengruppe, 45% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen, nehmen andere Hilfeangebote der Suchthilfe in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Befragten (55%) nutzt keine anderen niedrigschwelligen Einrichtungen in Berlin.

Am zweithäufigsten wurde die Antwort "konsumiere lieber zu Hause" genannt. Hier lässt

sich ein hoch signifikanter Geschlechtsunterschied feststellen, da 74% aller Frauen, aber nur 28% der Männer angeben, dass sie lieber zu Hause konsumieren und aufgrund dessen die Drogenkonsumräume nicht nutzen. Außerdem sind die relativ kurzen Öffnungszeiten der Berliner Drogenkonsumräume für 34% der Befragten ein Hinderungsgrund für die Nutzung und wurden daher recht häufig genannt. Schließlich spielt auch die Anonymität bei vielen Befragten eine Rolle, die sie durch das Abschließen eines Nutzungsvertrags im Konsumraum nicht beibehalten können. 23% der Befragten haben diesen Grund für die Nichtnutzung genannt, da sie lieber anonym bleiben wollen. Die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen wurden darüber hinaus gefragt, von welchen Angeboten des DKR sie neben dem eigentlichen Konsum noch Gebrauch machen. Folgende Ergebnisse ließen sich hierbei feststellen: Für die Konsumutensilienvergabe von sauberen Spritzen, Folien, Löffeln, Tupfer etc. kommen 84% aller Nutzer und Nutzerinnen in den Konsumraum. Noch häufiger besuchen die Konsumenten und Konsumentinnen die Einrichtungen, um etwas zu trinken (93%). Zum Essen kommen 80% der befragten Klienten und Klientinnen. Die Einrichtung stellt daher neben dem Angebot des Drogengebrauchs für viele Nutzer und Nutzerinnen auch eine Art Schutzraum dar. 76% der befragten Nutzer und Nutzerinnen besuchen die Einrichtungen zum "persönlichen Gespräch". "Informationen oder konkrete Hilfen" seitens der MitarbeiterInnen wurden von 67% der Personen genannt. Über die Möglichkeit einer Therapie haben sich 39% im Drogenkonsumraum informiert, über safer-use-Regeln 38%, über safer-sex-Regeln 31%

der Befragten. Außerdem spielt die medizinische Versorgung eine wesentliche Rolle und wurde von 46% der Befragten genannt.

Empfehlungen der MitarbeiterInnen und Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen beziehen sich auf:

- > Verlängerte Öffnungszeiten
- > Zugang auch für Menschen in Substitutionsbehandlungen
- Verbesserung der Angebote mit stärkeren personellen Kapazitäten und finanziellen Ressourcen
- ➤ Rotation und intensive Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Sozialarbeitskräften
- Veränderung von mobilen zu stationären DKRs: das Beispiel "Stuttgarter Platz"
- Dezentralisierung bzw. Ausdehnung des Angebots Drogenkonsumraum
- > Drogenkonsumraum inkl. Injektions- als auch Rauchraum von Frauen für Frauen
- ➤ Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen zum DKR durch anonyme Nutzung
- Förderung des Konsummusters von intravenös zu inhalativ
- ➤ Einführung von Drug-Checking Modellen auch für DKRs
- Verbesserte und aussagekräftigere Dokumentations-Software

Evaluation der Nutzungsprofile der Drogenkonsumraumnutzer und -nutzerinnen im Land Berlin¹

Hintergrund, Kontext und Ziele

Der Forschungsauftrag "Evaluation der Nutzungsprofile der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen im Land Berlin" der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin hatte zum Ziel, die Nutzung bzw. Nicht-/Nicht-mehr – Nutzung von Drogenkonsumräumen in Berlin zu evaluieren, um einerseits die Qualität und die Erreichbarkeit der Drogenkonsumräume zu verbessern sowie andererseits geeignete Interventionsstrategien zu entwickeln. Die Grundlagen für diese Optimierung des Drogenkonsumraumangebotes sollen mit dieser Evaluation erarbeitet werden.

Dafür soll folgenden Forschungsfragestellungen nachgegangen werden:

- Wie kann die Harm Reduction Wirkung bei einmaliger oder unregelmäßiger Nutzung des Drogenkonsumraums eingeschätzt werden? Was sind die Gründe dafür?
- Welche Erwartung haben Drogenkonsumierende an einen Konsumraum?
- Wo wird wenn nicht im Konsumraum konsumiert?
- Muss auf neue Bedürfnisse, Konsumformen, Drogen reagiert werden?
- Welche Profile (= Alter, Geschlecht, Familien-, Bildungs-, Gesundheitszustand, sozialer Status (z.B. wohnungs-, arbeitslos etc.), Konsumart, Dauer der Abhängigkeit) haben die Nutzer und Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen?
- Wie ist der Zusammenhang zwischen Nutzer und Nutzerinnenprofilen und den damit verbunden Risiken?
- ➤ Welche Interventionen werden empfohlen, um gegen Risiken vorzugehen?

Insbesondere waren die Vorgaben:

- a) Erarbeitung eines Fragebogens zur Befragung der Nutzer und Nutzerinnen der Berliner Drogenkonsumräume, der Fachstellenleitung und der MitarbeiterInnen des Trägers der Drogenkonsumräume.
- b) Befragung von Nutzer und Nutzerinnen niedrigschwelliger Berliner
 Drogenhilfeeinrichtungen oder sich an Szenetreffpunkten oder in deren N\u00e4he

¹ Vergabenummer: 01-2014/I B 31

- aufhaltenden Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen. Befragungszeitraum mindestens 15. Dezember 2014 bis 30. April 2015.
- c) Auswertung der Befragung aufgrund eines vom Auftragnehmer erstellten Untersuchungsdesigns.
- d) Auswertung der Monats- und Jahresberichte der Drogenkonsumräume der Jahre 2012, 2013 und 2014 und bis zum Ende des Befragungszeitraumes (spätestens 30. April 2015) unter Berücksichtigung folgender zusätzlicher Fragestellungen:
 - o Wie ist die Auslastung der Angebote?
 - Was sind Gründe für Ausschluss bzw. Abweisungen von Besucher und Besucherinnen?
 - Warum ist der Frauenanteil in den Drogenkonsumräumen nach wie vor so gering?
 - Welche individuellen Risiken haben die Nutzer und Nutzerinnen für eine mögliche Überdosierung?
 - Was sind die Gründe, warum Nutzer und Nutzerinnen den Drogenkonsumraum nicht nutzen, obwohl sie dieses Angebot kennen?
 - Wird das Ziel erreicht, Nutzer und Nutzerinnen in weiterführende Hilfen zu vermitteln?
- e) Bewertung der Ist-Situation in Bezug auf die Fragestellungen und Erarbeitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Effektivität, Akzeptanz und der Zufriedenheit.

I. Methodisches Vorgehen

Um die in der Einleitung genannten Forschungsfragestellungen adäquat beantworten zu können, wurde ein multi-methodales Forschungsdesign entwickelt, bestehend aus aufeinander abgestimmten quantitativen und qualitativen Anteilen. Einige der Fragestellungen lassen sich mit Hilfe der statistischen Analysen beantworten, andere jedoch nur mit den Befragungen der Nutzer und Nutzerinnen bzw. Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen oder der SchlüsselakteureInnen im Zusammenhang Drogenkonsumräume in Berlin.

1 Forschungsvorgehen

Das Forschungsvorgehen lässt sich auf drei Ebenen beschreiben:

- > Statistische Analysen: Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentation
- Quantitative Analyse: Erfahrungen der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen in Berlin
- Qualitative Analyse der SchlüsselakteureInnen im Zusammenhang der Drogenkonsumräume

1.1 Statistische Analyse

Die statistischen Analysen beruhen auf der Auswertung der Daten der Berliner Drogenkonsumraumdokumentationen (2012 bis 2014).

Der Kontakt zu den Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume wurde auf unterschiedliche Weisen hergestellt (siehe 1.2).

Die Auswahl der TeilnehmerInnen an der qualitativen Analyse ergab sich aus den Funktionen (Leitung, MitarbeiterInnen im DKR) und Professionen (SozialarbeiterInnen und Pflegekräfte).

Mit den Einrichtungsträgern (Fixpunkt e.V., Fixpunkt gGmbH, vista gGmbH) wurde eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz erarbeitet und unterschrieben (6. März 2015; siehe Anhang). Diese sah vor, personenbezogene Daten nicht unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (über das Ende der Tätigkeit hinaus). Des Weiteren erklärte der Auftragsnehmer (ISFF), dass seine MitarbeiterInnen zur Verschwiegenheit im Hinblick auf Geschäftsgeheimnisse, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Kenntnis gelangt sind, verpflichtet sind.

1.1.1 Statistische Analyse: Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentation

Die statistischen Analysen beruhen auf der Auswertung der Daten der Berliner Konsumraumdokumentation. Die Daten aus dem Zeitraum von 2012 bis 2014 sind Gegenstand der Analyse. Dabei haben wir mit drei verschiedenen Datenquellen gearbeitet:

1.1.1.1 Konsumdaten

Konsumdaten sind jene Daten, die bei jedem Konsumvorgang in einem der drei Drogenkonsumräume gespeichert werden. Sie enthalten Datum und Uhrzeit des Konsumvorgangs und Angaben zur konsumierten Substanz und zur Art der Applikation. Mittels des in der Suchtarbeit üblichen HIV-Codes können Geschlecht und Alter der Person ermittelt werden, die den Konsumvorgang unternommen hat, ohne dass dessen Name oder Geburtsdatum bekannt sind. Mittels des Codes kann auch errechnet werden, wie viele Klienten und Klientinnen die Einrichtung in einem Jahr aufgesucht haben, ob sich bestimmte Gruppen von Klienten und Klientinnen in der Nutzungshäufigkeit unterscheiden, und ob einige Klienten und Klientinnen gegebenenfalls mehrere der Einrichtungen nutzen.

1.1.1.2 Klienten und Klientinnendaten

Bei den Klienten und Klientinnendaten handelt es sich um die Angaben, die Neuzugänge machen, wenn sie einen Nutzungsvertrag unterschreiben möchten. Sie enthalten unter anderem Angaben zur Meldeadresse des/der Klienten/Klientin, zur Wohnsituation des/der Klienten/Klientin, zu seinem/ihrem Infektionsstatus (HIV, Hepatitis B und Hepatitis C) und zur Staatsangehörigkeit.

1.1.1.3 Monatsberichte

Hierbei wurden die Monatsberichte der drei Drogenkonsumräume ausgewertet. Sie enthalten im Wesentlichen die Angaben aus Konsumdaten und Klienten und Klienten und überschneiden sich stark mit diesen Datenquellen. Aus den Monatsberichten konnten aber zusätzliche Informationen gewonnen werden. Dort finden sich wertvolle Hinweise über besondere Vorkommnisse in den Drogenkonsumräumen, die das dortige Geschehen und somit auch die Datenlage beeinflusst haben. Sie liefern also zum einen Erklärungen für statistische Ergebnisse. Zum anderen wurden in den Monatsberichten auch die Besucher und Besucherinnenabweisungen und Hausverbote mit Angaben zum Grund dieser Maßnahmen dokumentiert. Den Besucher und

Besucherinnenabweisungen und Hausverboten haben wir ein eigenes Kapitel gewidmet, da solche Maßnahmen den Ruf der Drogenkonsumräume unter den Berliner Drogengebrauchenden und die Nutzungshäufigkeit der Klienten und Klientinnen beeinflussen können.

Eine Anmerkung zur Datenlage:

In den Klienten und Klientinnendateien werden nur Daten über Neuzugänge erhoben. Hingegen Personen, die bereits im Vorjahr oder früher zu Konsumraumnutzer und - nutzerinnen wurden ("FortsetzerInnen"), werden nicht erneut befragt. Neuzugänge unterscheiden sich aber in bestimmten Merkmalen von FortsetzerInnen. So ist aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation bekannt, dass FortsetzerInnen und Neuzugänge unterschiedliche gesundheitliche Merkmalsausprägungen (Infektionsstatus von szenetypischen Erkrankungen) aufweisen. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, haben wir die Angaben um neue Forschungsergebnisse der Druck-Studie des Robert-Koch-Instituts ergänzt, wo der aktuelle Infektionsstatus von mehr als dreihundert Angehörigen der Berliner Drogenszene ermittelt wurde.

1.2 Quantitative Analyse: Erfahrungen der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen in Berlin

Um ein übersichtliches Profil der Nutzer und Nutzerinnen sowie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen der Berliner Drogenkonsumräume zu erhalten, hat das ISFF nicht nur die in den Drogenkonsumräumen erfassten Daten der Jahre 2012 bis 2014 ausgewertet, sondern auch eine umfangreiche Befragung unter 200 DrogenkonsumentenInnen in Berlin durchgeführt. Vordergründig geht es darum zu erfahren, wie hoch die Akzeptanz und die Zufriedenheit der Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hinsichtlich des Drogenkonsumraumangebotes in Berlin ist.

Mehrere wissenschaftliche Untersuchungen ergaben, dass ein Teil der Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen (DKR) diese nur ein- bzw. wenige Male und dann nicht mehr besucht. Die längerfristige Anbindung der Konsumenten und Konsumentinnen an die Einrichtung mit dem Ziel der Vermittlung in weiterführende Hilfen kann somit nur schwer erreicht werden.

Um Hintergründe hierfür zu erfahren, führten drei Interviewerinnen im Zeitraum vom 25.02.2015 bis 09.05.2015 insgesamt 200 Interviews durch. Dabei kamen zwei verschiedene Fragebögen zum Einsatz: Es wurden sowohl hundert Nutzer und Nutzerinnen der Berliner Drogenkonsumräume befragt als auch hundert Nicht- bzw. Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen an öffentlichen Orten in Berlin und vor niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe. Die Nutzer und Nutzerinnen als auch die Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden direkt von den Interviewerinnen angesprochen.

Dabei wurden ihnen die Gründe für die Befragung erklärt und offen gelegt, um was es bei dieser genau geht, welche Art von Fragen auf diese zukommen und von wem die Studie ausgeht. Die Befragungen fanden so statt, dass die DrogengebraucherInnen die Fragen gestellt bekamen und die Interviewerinnen die Fragebögen für diese ausfüllten. Als Dankeschön bekamen alle Befragten eine Tafel Schokolade.

Ein Teil der Fragen ist in beiden Bögen identisch. Sowohl den Nutzer und Nutzerinnen als auch den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden Fragen zur soziodemografischen Situation, Fragen zum Drogenkonsum, zum gesundheitlichen Zustand, zur medizinischen Versorgung/Behandlung bzw. Inanspruchnahme von Hilfen und zur Substitution gestellt.

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden darüber hinaus zu ihren Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen und zu deren Lage und Erreichbarkeit sowie zum Thema "Harm Reduction" befragt.

Die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen erhielten speziell Fragen zu ihrem Kenntnisstand über die Drogenkonsumräume in Berlin und zu den jeweiligen Gründen für deren Nicht/Nicht-mehr-Nutzung. Auch wurden sie um eine Beurteilung gebeten, wie hoch sie überhaupt den Bekanntheitsgrad der DKRs unter DrogenkonsumentInnen in Berlin einschätzen.

In Kapitel V findet sich eine Analyse von Verbesserungsvorschlägen für die DKRs der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen.

Im Folgenden wird jeder Frageblock in einem eigenen Kapitel behandelt, um ein Nutzer und Nutzerinnen- sowie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen-Profil von der Berliner Drogenszene zu erhalten. Themenspezifisch wird verglichen, ob es Unterschiede zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gibt.

1.2.1 Methodische Hinweise

- 1. Die Prozentwerte beziehen sich im Text auf alle Personen, zu denen gültige Angaben vorliegen. Hat ein/e Befragter/Befragte eine Frage nicht beantwortet, so beziehen sich die Prozentwerte nur auf die 199 übrigen Befragten – es sei denn, dass an einzelnen, dazu abweichenden Stellen darauf hingewiesen wird. Auch Prozentwerte bezüglich der Fragen, bei welchen Mehrfachantworten möglich waren, beziehen sich immer nur auf die Anzahl aller gültigen Fälle.
- 2. Häufig beziehen sich die Begleittexte zu den Tabellen auf Prozentwerte. Dabei ist zu beachten, dass diese Relationen abbilden. So kann es sein, dass Frauen zu einer bestimmten Merkmalsausprägung vergleichsweise, also prozentual, viel häufiger vertreten sind als Männer. Dennoch bilden die Frauen in absoluten

- Zahlen eine Minderheit. Dies lässt sich damit erklären, dass viel weniger Frauen als Männer befragt wurden.
- 3. Zur Bestimmung des Signifikanzniveaus wurde der Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test verwendet. Demnach liegt bei einem Wert von p < 0,05 statistische Signifikanz vor. Ein p-Wert < 0,01 wird mit "sehr" gleichgesetzt, ein p-Wert < 0,001 verweist auf ein hoch signifikantes Ergebnis.

1.3 Qualitative Analyse der Schlüsselakteurelnnen im Kontext der Drogenkonsumräume

Für den Forschungsauftrag wurden am 18. sowie 27. und 28. Mai drei Gruppendiskussionen und fünf ExpertInneninterviews durchgeführt. Hierfür stellten sich Schlüsselpersonen aus den Drogenkonsumeinrichtungen der Träger Fixpunkt e.V. und vista gGmbH zur Verfügung. Zu den Personen gehörten zwei Ärzte, zwei Krankenschwestern, eine Verwaltungskraft, zwei EinrichtungsleiterInnen, ein Vorstandsmitglied sowie sechs SozialarbeiterInnen. Drei der SozialarbeiterInnen sind für Fixpunkt, drei für vista tätig. Das Pflegeteam ist beiden Trägern zugeteilt. Zudem gab es ein ExpertInnengespräch mit einer Person vom Senat.

Von den insgesamt acht Gesprächsrunden wurden vier ExpertInneninterviews und drei Gruppendiskussionen jeweils in den Räumlichkeiten der Träger durchgeführt. Davon fanden zwei Gruppendiskussionen und ein ExpertInneninterview in der Einrichtung selbst statt. Ein fünftes ExpertInneninterview wurde in einer externen Räumlichkeit gehalten.

1.3.1 Methodische Hinweise

Um die Forschungsfragestellungen aus allen Perspektiven zu erörtern, wurden nicht nur Nutzer und Nutzerinnen sowie Nicht- und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume befragt, sondern auch Schlüsselpersonen der Trägerschaft. Unter dem Aspekt ihrer Professionalität wurden die MitarbeiterInnen in die Analyse mit ihrem Erfahrungswissen einbezogen. Zudem fördern Gruppendiskussionen einen selbstreflexiven Prozess der MitarbeiterInnen und stärken somit deren fachliche Kompetenz.

Hierfür wurden wie bereits oben beschrieben ExpertInnen- und Gruppeninterviews durchgeführt. Anhand der Forschungsfragestellungen wurde sowohl ein Leitfaden für die ExpertInnengespräche als auch für die Gruppendiskussionen generiert. Die Informationen, die so erlangt wurden, bezogen sich auf das Handlungsfeld der MitarbeiterInnen im Kontext der Einrichtung und vermittelten konzeptionelle und theoretische Hintergründe ihres fachlichen Agierens unter Berücksichtigung der

institutionellen Strukturen. Weiterhin wurden arbeitsorganisatorische sowie arbeitsbelastende Fragestellungen und Bewältigungsstrategien im Arbeitsalltag erfragt.

Die Aufnahmen erfolgten mit einem Tonband. Im Anschluss wurden die Tonbandaufnahmen verschriftlicht. Hierfür wurde die Transkriptionsvariante "Übertragung in normales Schriftdeutsch" nach Möglichkeit verwendet. Umgangssprachliche Äußerungen blieben weitgehend erhalten, unverständliche Satzteile und nonverbale Äußerungen wurden gekennzeichnet. Darüber hinaus wurden Satzbaufehler so weit wie möglich behoben und Füllwörter entfernt (vgl. Mayring 1993, 65). Um jedoch keine Dissonanzen zwischen dem gesprochen und dem geschriebenen Wort zu riskieren, wurden im Einzelfall auch verschachtelte Sätze mit Satzbaufehlern so stehengelassen. So wurden Aussagen nicht verändert oder in ihrer Wichtigkeit reduziert.

Anhand des Forschungsauftrags wurden Kategorien und Kodierungen operationalisiert. Folgende Kategorien, die ebenfalls die Gliederung der qualitativen Analyse darstellen, wurden gebildet:

- 1. Arbeitsansatz
 - 1.1 Indikatoren einer erfolgreichen Arbeit
 - 1.2 Herausforderungen/Schwierigkeiten
- 2. Barrieren im Zugang
 - 2.1 Ausschlusskriterien/Abweisung
 - 2.2 Lage
 - 2.3 Öffnungszeiten
 - 2.4 Gründe Nicht-Nutzung
- 3. Brückenfunktion
- 4. Effekte von und Erwartungen an Harm Reduction
- 5. Dimension Gender: Frauen
- 6. Migration und Konzepte zur Interkulturellen Öffnung
- 7. Außenwahrnehmung
- 8. Verhältnis zu anderen Trägern sowie Vernetzung
- **9.** Entwicklung
- **10.** Weiterentwicklung und Barrieren
- **11.** Empfehlungen

Nach der Transkription der acht Interviews wurden mit Hilfe des Programm MAXQDA das Textmaterial der Gruppendiskussionen und ExpertInneninterviews zusammen ausgewertet und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Durch die Kategorisierung ließen sich die Inhalte der Gespräche für die Beantwortung der Forschungsfragestellungen abbilden.

Insgesamt ergab die Bearbeitung 440 Codes.

II. Statistische Analyse

1 Analyse der Einrichtungen Birkenstube und SKA sowie des Drogenkonsummobils

1.1 Anzahl der Konsumvorgänge 2012 bis 2014 gegliedert nach den drei Einrichtungen

In den folgenden Übersichtstabellen ist die Anzahl der Konsumvorgänge pro Monat und für die einzelnen Drogenkonsumräume angegeben.

Konsumvorg	Konsumvorgänge in 2012												
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt
DKM	71	71	72	63	48	65	80	46	56	67	90	66	795
SKA	162	163	248	190	220	217	206	202	197	234	272	198	2.509
Birkenstube	847	700	680	586	485	506	433	446	313	577	662	696	6.931
Gesamt	1.080	934	1.000	839	753	788	719	694	566	878	1.024	960	10.235

Tabelle 1: Konsumvorgänge 2012

Konsumvorg	Konsumvorgänge in 2013													
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt	
DKM	71	49	76	112	59	75	129	176	166	114	74	64	1.165	
SKA	219	228	251	321	239	224	223	275	280	299	349	362	3.270	
Birkenstube	868	638	685	694	594	609	631	747	723	844	802	692	8.527	
Gesamt	1.158	915	1.012	1.127	892	908	983	1.198	1.169	1.257	1.225	1.118	12.962	

Tabelle 2: Konsumvorgänge 2013

Konsumvorgänge in 2014													
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt
DKM	54	87	121	156	363	342	553	497	543	488	436	518	4.158
SKA	283	451	550	437	553	431	449	525	584	583	655	485	5.986
Birkenstube	1.003	901	964	1.002	1.019	833	1.038	920	948	715	685	693	10.721
Gesamt	1.340	1.439	1.635	1.595	1.935	1.606	2.040	1.942	2.075	1.786	1.776	1.696	20.865

Tabelle 3: Konsumvorgänge 2014

Wichtige Einflussfaktoren für die Anzahl der Konsumvorgänge sind die Öffnungszeiten, die Anzahl der Konsumplätze und die örtliche Lage des Konsumraums. Hinzu kommen externe Faktoren, die nicht durch die Einrichtungen gesteuert werden können (z.B. verstärkte Polizeipräsenz, Anzahl der Monatstage, bauliche Maßnahmen, Krankenstand in den Einrichtungen etc.). Wahrscheinlich spielen auch die Witterung, schließlich auch Änderungen in der Struktur der Drogenszene eine Rolle.

1.2 Anzahl der Konsumvorgänge im Jahresverlauf

Die folgende Grafik gibt die Anzahl der Konsumvorgänge aller drei Einrichtungen nach Monaten zusammengefasst und für die Jahre 2012 bis 2014 wieder. Es zeigt sich, dass im Jahr 2012 (blaue Kurve) die wenigsten und im Jahr 2014 (graue Kurve) die meisten Konsumvorgänge in den drei Berliner DKRs stattfanden. Die Schwankungen im Jahresverlauf können verschiedene Gründe haben: Die Länge des Monats (30 Tage oder 31 Tage, Februar 28 Tage) beeinflusst die Anzahl der Konsumvorgänge, aber auch Änderungen in den Öffnungszeiten, Wechsel des Standorts des Drogenkonsummobils, Anzahl der Arbeitstage, oder eine erhöhte Polizeipräsenz (so vermerkt im Monatsbericht November 2013 des Drogenkonsummobils), ferner z.B. eingeschränkter Betrieb wegen erkrankter MitarbeiterInnen, oder Reparaturarbeiten in den Einrichtungen, die den gewohnten Betrieb und damit die Nutzungsabsichten der Klienten und Klientinnen beeinflussen. Die Zahl der Konsumvorgänge hat sich kontinuierlich erhöht von 10.235 (2012), 12.962 (2013) bis 20.865 (2014).

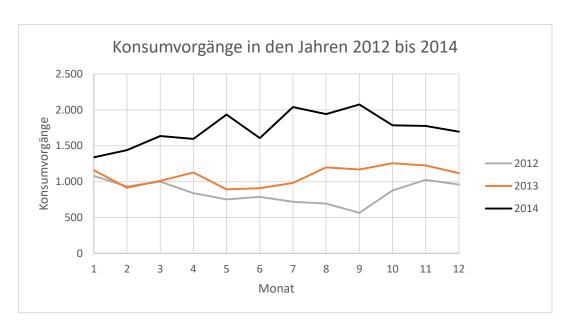


Abbildung 1: Vergleich Konsumvorgänge 2012 - 2014

1.2.1 Durchschnittliche Anzahl von Konsumvorgängen pro Klient bzw. Klientin und Einrichtung von 2012 bis 2014

2012	2012													
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Ø pro Monat	
DKM	2,2	3,0	2,2	2,2	2,0	1,8	2,5	2,1	2,1	2,6	3,3	2,0	2,3	
SKA	2,4	2,7	3,3	3,1	3,7	3,2	3,1	3,0	3,0	3,1	3,9	3,2	3,1	
Birkenstube	5,6	5,0	5,2	5,5	4,1	4,7	4,3	3,9	3,6	5,9	5,3	5,8	4,9	

Tabelle 4: Konsumvorgänge 2012

2013													
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Ø pro Monat
DKM	2,7	1,9	2,7	3,7	2,3	2,6	3,1	3,1	2,4	2,1	1,7	1,6	2,5
SKA	3,0	3,4	3,8	4,2	3,1	3,1	2,7	3,2	2,9	3,0	3,4	3,2	3,3
Birkenstube	6,4	5,1	6,3	6,1	6,1	5,5	5,5	6,0	5,6	6,3	5,3	4,8	5,8

Tabelle 5: Konsumvorgänge 2013

2014													
Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Ø pro Monat
DKM	2,3	2,4	2,7	2,7	4,5	4,1	5,7	5,5	5,5	5,0	4,1	5,0	4,1
SKA	2,8	4,3	4,3	3,5	3,3	3,4	3,7	3,7	4,1	3,9	4,8	3,4	3,8
Birkenstube	6,3	6,2	5,8	5,9	6,4	5,4	6,4	5,8	6,0	4,7	5,0	5,1	5,8

Tabelle 6: Konsumvorgänge 2014

In Tabelle 6 zeigt sich, dass die erweiterten Öffnungszeiten des Drogenkonsummobils ab 1. Mai 2014 den Effekt haben, dass die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit pro KlientIn steigt. Mit der Ausweitung der Öffnungszeiten konnten also nicht nur mehr Konsumvorgänge in die Räume verlagert werden, sondern auch erreicht werden, dass eine engere Bindung der Klientel an das Angebot des Drogenkonsummobils entsteht. Eine der Zielsetzungen der Berliner Drogenkonsumräume ist es, tragfähige und dauerhafte Beziehungen zu den Klienten und Klientinnen aufzubauen, um die gesundheitliche, aber auch die soziale Situation der Nutzer und Nutzerinnen zu verbessern und Klienten und Klientinnen auch in andere suchtspezifische

Hilfeeinrichtungen weiter zu vermitteln. Je häufiger ein/e Klient/in einen Konsumraum aufsucht, umso höher sind die Chancen, einen persönlichen Kontakt zwischen ihm/ihr und dem Personal aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. Daher sind hohe Nutzungshäufigkeiten erstrebenswert. (Weitere Analysen dazu finden sich im Kapitel zu den Nutzer- und Nutzerinnengruppen).

Bei der SKA sind die monatlichen Schwankungen über die drei Jahre hinweg eher gering, mit insgesamt leicht steigender Tendenz. In der Birkenstube ist die höchste Nutzungshäufigkeit pro KlientIn zu beobachten.

1.3 Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume im zeitlichen Verlauf – monatliche Anzahl an Klienten und Klientinnen und Konsumvorgängen

1.3.1 Inanspruchnahme des Drogenkonsummobils (DKM)

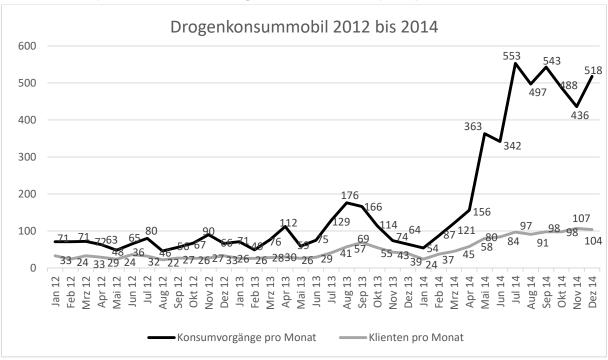


Abbildung 2: Drogenkonsummobil 2012 - 2014

In dieser Abbildung ist die Anzahl der Nutzer und Nutzerinnen und der Konsumvorgänge pro Monat im Drogenkonsummobil dargestellt. Das Diagramm zeigt einen deutlichen Anstieg an Konsumvorgängen nach dem 30. April 2014. Dieser Anstieg ist auf die Erweiterung der Öffnungstage zurückzuführen. Die Anzahl der Einsatztage am Stuttgarter Platz wurde auf fünf Tage pro Woche erhöht. In den Vorjahren kam es nur zu durchschnittlich etwa neun Einsatztagen im Monat.

War das Drogenkonsummobil im April 2014 neun Tage vor Ort, so suchte es in den Folgemonaten den Stuttgarter Platz mindestens 20 Mal im Monat auf. Die Kurve zeigt auch, dass die Anzahl der Klienten und Klientinnen nach April 2014 zwar ebenfalls stieg, aber nicht im selben Maß wie die Anzahl der Konsumvorgänge. Das bedeutet, dass die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit gestiegen ist. Die Besucher und Besucherinnen nutzen das Drogenkonsummobil nach April 2014 häufiger zum Konsum als vorher.

Eine Erweiterung der Öffnungszeiten hat also auch die erhoffte Wirkung, dass mehr Konsumvorgänge im Drogenkonsummobil abgewickelt werden können. Immer noch deckt aber das Angebot nicht die Nachfrage: Wie die große Anzahl der aus Zeit- bzw. Platzgründen abgewiesenen Besucher und Besucherinnen zeigt (vgl. das Kapitel zu den Besucher und Besucherinnenabweisungen), besteht nach wie vor mehr Bedarf an Konsumplätzen, als tatsächlich zur Verfügung stehen.

Seit Ende Juli 2013 stehen am Stuttgarter Platz zwei Drogenkonsummobile: Neben dem Drogenkonsummobil fährt das Präventionsmobil diesen Standort an; die räumliche und personelle Ausstattung wurde somit dort verbessert, und in den Folgemonaten stieg die Anzahl der Konsumvorgänge. Der Rückgang im November 2013 ist mit der deutlich erhöhten Polizeipräsenz zu erklären.

Das Drogenkonsummobil fuhr bis Oktober 2012 zwei verschiedene Standorte an: Die Jebensstraße und den Stuttgarter Platz. Seit dem November 2012 fährt es nur noch einen Standort an, den Stuttgarter Platz. Die so gewonnen Kapazitäten wurden am Stuttgarter Platz eingesetzt.

1.3.2 Inanspruchnahme der SKA

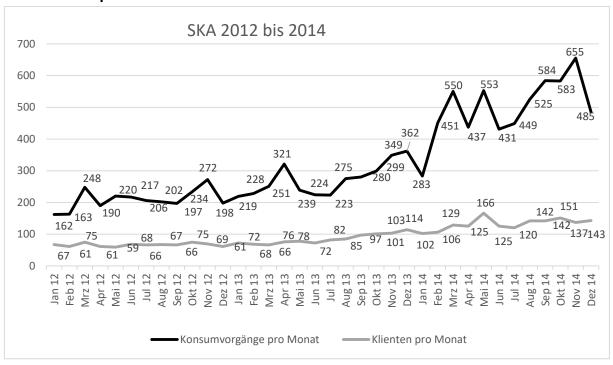


Abbildung 3: SKA 2012 - 2014

Auch bei der SKA lässt sich ein Trend hin zu immer mehr Konsumvorgängen und zu mehr Klienten und Klientinnen beobachten. Auch hier steigt die Anzahl der Klienten und Klientinnen nicht im selben Maß wie die Anzahl der Konsumvorgänge. Die Klienten und Klientinnen, die den Konsumraum der SKA nutzen, kommen also durchschnittlich immer häufiger.

Im Juni 2014 kam es zu einem mehrtägigen Polizeieinsatz um die Gerhart-Hauptmann-Schule, der sich in einem Abwärtsknick in Daten der Konsumvorgänge und Klienten und Klientinnen zeigt (siehe Abbildung 2). Bei der Schule handelte es sich um eine von Flüchtlingen besetzte Schule. Zwei Tage blieb die Einrichtung geschlossen; an anderen Tagen war nur ein eingeschränkter Betrieb möglich: Der Einrichtung bekannte Nutzer und Nutzerinnen wurden von SKA-MitarbeiterInnen an der Polizeisperre abgeholt oder von der Polizei zur SKA eskortiert. Daher geht die Anzahl der Konsumvorgänge stark zurück.

Auch im August 2014 kam es zu einem Polizeieinsatz, der einen Tag dauerte. Einige Besucher und Besucherinnen trauten sich deswegen nicht in die Einrichtung. Dies wird aber in der Entwicklung der Nutzungshäufigkeiten in diesem Monat nicht direkt sichtbar.

Der Rückgang im Dezember 2014 hat offenbar mit Baumaßnahmen und den Umzug in einen provisorischen Container zu tun.

Hier wird deutlich, dass Änderungen im Umfeld und in den Rahmenbedingungen sich oft direkt im Nutzungsverhalten der Klienten und Klientinnen zeigen.

1.200 Birkenstube 2012 bis 2014 1.003 1.002 1.019 1.038 1.000 948 844 868 802 920 901 800 685 694 833 685 700 680 715 723 692 600 693 586 662 638 594 609 400 313 200 125 114 110 120₁₃₅ 108 98 115 124 139 106 0 Apr 13 Mai 13 Jun 13 Jul 13 Aug 13 Nov 12 Dez 12 Jan 13 Feb 13 Mrz 13 Sep 13 Okt 13 Nov 13 Dez 13 Jan 14 Feb 14 Konsumvorgänge pro Monat -Klienten pro Monat

1.3.3 Inanspruchnahme der Birkenstube

Abbildung 4: Birkenstube 2012 - 2014

Die Anzahl der Konsumvorgänge schwankt in der Birkenstube stark. Sie geht zunächst von Januar bis September 2012 immer weiter zurück und erreicht ihr Minimum bei 313 Konsumvorgängen. Danach nimmt die Anzahl der Konsumvorgänge wieder zu, bis zum Januar 2013. Der nächste deutliche Anstieg ist ein Jahr später, im Januar 2014, zu beobachten. Gegen Ende des Jahres 2014 geht die Anzahl der Konsumvorgänge wieder zurück auf das Niveau Dezember 2013.

Der Rückgang im Juli 2012 lässt sich auf eine mehrtägige Renovierung der Einrichtung zurückführen. In dieser Zeit blieb die Birkenstube geschlossen.

Die monatliche Anzahl an Klienten und Klientinnen variiert systematisch mit der Anzahl der Konsumvorgänge: Wenn die Anzahl der Klienten und Klientinnen steigt, steigt auch die Anzahl der Konsumvorgänge. Die Schwankungen sind bei den Klienten und Klientinnen viel schwächer ausgeprägt als bei den Konsumvorgängen. Ein Anstieg der Konsumvorgänge geht also auch in der Birkenstube (wie im DKM und in der SKA) mit einer Zunahme der durchschnittlichen Nutzungshäufigkeit pro Besucherln einher. Das drückt eine intensive Bindung der Klientel an die jeweilige Einrichtung im Stadtteil aus.

1.4 Konsummuster in den Berliner Drogenkonsumräumen

In den Berliner Drogenkonsumräumen wurde in den Jahren 2012 bis 2014 hauptsächlich – in 76% aller Konsumvorgänge – Heroin konsumiert. In 7% aller Konsumvorgänge wurde Kokain konsumiert, und in 14% aller Fälle wurde eine Mischung aus Kokain und Heroin konsumiert (in Berlin wird diese Kombination als "Cocktail" bezeichnet). Auf Crack und Amphetamine entfallen jeweils 1%, auf sonstige Substanzen 2%.

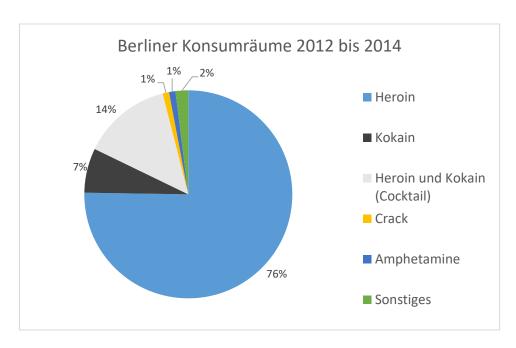


Abbildung 5: Konsummuster 2012 – 2014

Dabei zeigt sich, dass Männer und Frauen sich in ihrem Konsumverhalten deutlich unterscheiden. Bei den Männern ist die Präferenz für den Monokonsum von Heroin mit 76% deutlicher ausgeprägt als bei den Frauen (69%). Demgegenüber konsumieren Frauen häufiger als Männer Kokain, und auch der Mischkonsum von Kokain zusammen mit Heroin ("Cocktail") kommt unter Frauen häufiger vor als unter Männern.

Der Vergleich mit der Frankfurter Konsumraumdokumentation (Förster/Stöver 2014) ergibt, dass deutliche Unterschiede in den Konsummustern bestehen. So ist die Frankfurter Szene viel stärker als die Berliner Szene von Crack geprägt, während Heroin in Frankfurt weniger dominant ist, als in Berlin. Während in Berlin neben Heroin auch häufig Kokain konsumiert wird, spielt diese Substanz in Frankfurt keine große Rolle – es wurde vor einigen Jahren fast vollständig von Crack verdrängt.

Gleichwohl ergibt der Vergleich mit dem aktuellen Frankfurter Jahresbericht (Förster/Stöver 2014), dass auch in Frankfurt Männer häufiger als Frauen Heroin allein (iv) konsumieren, während die wenigen Frauen, die zur Szene gehören und die

Einrichtungen nutzen, stärker als die Männer zum Mischkonsum neigen, also die zwei Substanzen Heroin und Kokain (Berlin) bzw. Heroin und Crack (Frankfurt) gemeinsam konsumieren.

1.4.1 Konsummuster Frauen und Männer

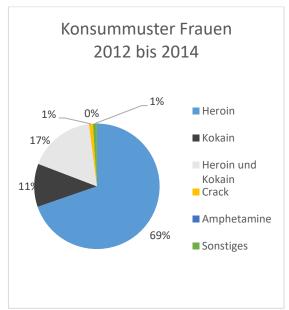


Abbildung 6: Konsummuster Frauen

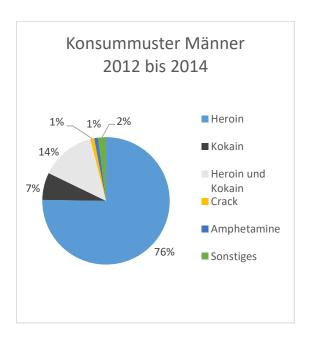


Abbildung 7: Konsummuster Männer

In den folgenden drei Tabellen ist die Entwicklung der Konsummuster der vergangenen drei Jahre in den Berliner Drogenkonsumräumen detailliert dargestellt. Während beim Heroin keine deutlichen Schwankungen auftreten, hat der Kokainkonsum nach 2012 – insbesondere bei den Frauen, aber auch bei den Männern – an Bedeutung verloren.

Demgegenüber hat der Cocktailkonsum nach 2012 bei beiden Geschlechtern an Bedeutung gewonnen; 2013 war der Cocktailkonsum bei den Frauen am verbreitetsten – in mehr als 20% aller Konsumvorgänge der Frauen wurde die Mischung aus Heroin und Kokain eingenommen. 2014 ging der Wert bei den Frauen dann wieder leicht zurück auf 18%.

2012			Männer	Frauen	Gesamt
Konsum-	Heroin	Anzahl	7.261	736	7.997
muster		%	77,9%	68,5%	76,9%
	Kokain	Anzahl	848	196	1.044
		%	9,1%	18,2%	10,0%
	Cocktail	Anzahl	1.033	139	1.172
		%	11,1%	12,9%	11,3%
	Crack	Anzahl	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%
	Amphetamine	Anzahl	54	3	57
		%	0,6%	0,3%	0,5%
	Sonstiges	Anzahl	124	1	125
		%	1,3%	0,1%	1,2%
	Gesamt	Anzahl	9.321	1.075	10.396
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 7: Konsummuster nach Geschlecht 2012

2013			Männer	Frauen	Gesamt
Konsum-	Heroin	Anzahl	8.985	782	9.767
muster		%	75,2%	69,0%	74,7%
	Kokain	Anzahl	816	103	919
		%	6,8%	9,1%	7,0%
	Cocktail	Anzahl	1.574	231	1.805
		%	13,2%	20,4%	13,8%
	Crack	Anzahl	267	8	275
		%	2,2%	0,7%	2,1%
	Amphetamine	Anzahl	85	6	91
		%	0,7%	0,5%	0,7%
	Sonstiges	Anzahl	221	4	225
		%	1,8%	0,4%	1,7%
	Gesamt	Anzahl	11.948	1.134	13.082
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 8: Konsummuster nach Geschlecht 2013

2013			Männer	Frauen	Gesamt
Konsum-	Heroin	Anzahl	14.560	1.202	15.762
muster		%	75,8%	70,1%	75,4%
	Kokain	Anzahl	1.139	151	1.290
		%	5,9%	8,8%	6,2%
	Cocktail	Anzahl	2.858	315	3.173
		%	14,9%	18,4%	15,2%
	Crack	Anzahl	95	15	110
		%	0,5%	0,9%	0,5%
	Amphetamine	Anzahl	142	3	145
		%	0,7%	0,2%	0,7%
	Sonstiges	Anzahl	408	28	436
		%	2,1%	1,6%	2,1%
	Gesamt	Anzahl	19.202	1.714	20.916
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 9: Konsummuster nach Geschlecht 2014

In den folgenden Grafiken werden die Konsummuster für alle drei Drogenkonsumräume einzeln dargestellt, um zu prüfen, ob die Konsummuster in den drei Einrichtungen Variationen aufweisen, ob also je nach Einrichtung und Ausstattung unterschiedliche Konsummuster bestehen. Auch hier wird die Entwicklung der drei vergangenen Jahre skizziert. Es zeigt sich, dass der Drogenkonsum im Drogenkonsummobil sich deutlich vom Konsum in den beiden anderen Einrichtungen unterscheidet.

1.4.2 Konsummuster in der Birkenstube

In der Birkenstube wurde von 2012 bis 2014 hauptsächlich Heroin konsumiert. 81% aller Konsumvorgänge entfallen auf den Heroinkonsum. Bei weiteren 9% wird Heroin in Kombination mit Kokain konsumiert (Cocktail). In 7% aller Konsumvorgänge wird Kokain allein, ohne andere Substanzen konsumiert. Crack, Amphetamine und andere psychotrope Substanzen spielen in der Birkenstube kaum eine Rolle.

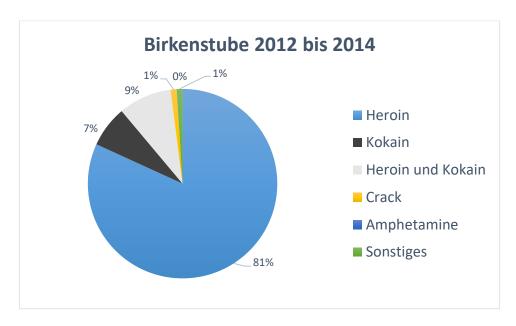


Abbildung 8: Konsummuster Birkenstube 2012 - 2014

Es zeigt sich, dass Heroin in der Birkenstube im Jahr 2014 stark an Bedeutung gewonnen hat. Demgegenüber hat der Kokainkonsum an Bedeutung verloren. Der Mischkonsum von Heroin und Kokain blieb 2012 und 2013 mit 11% anteilig gleich und schrumpfte dann 2014 auf nur noch 6%. Im Jahr 2013 wurden etwas mehr Crack und etwas mehr "sonstige Substanzen" konsumiert. Der Anstieg des Crack-Konsums hängt wahrscheinlich auch mit einer Änderung in der Dokumentationsweise zusammen: Seit Februar 2013 dokumentiert die Birkenstube den inhalativen Kokain-Konsum nicht mehr als Kokain, sondern als Crack. Damit wurde das Erhebungssystem in Absprache mit der SKA vereinheitlicht.

1.4.2.1 Konsummuster Birkenstube – Entwicklung von 2012 bis 2014

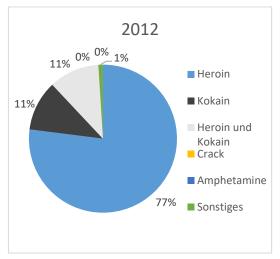


Abbildung 9: Konsummuster 2012

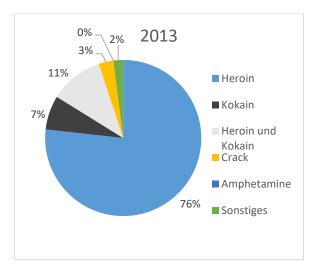


Abbildung 10: Konsummuster 2013

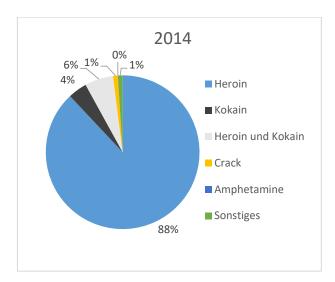


Abbildung 11: Konsummuster 2014

1.4.3 Konsummuster in der SKA

In der SKA dominiert der Monokonsum von Heroin, alle drei Jahre zusammen, noch deutlicher als in der Birkenstube. Insgesamt 86% aller Konsumvorgänge entfallen auf Heroin. Kokain hingegen – sowohl allein als auch in Kombination mit Heroin – wird hier insgesamt seltener als in der Birkenstube konsumiert. Der Crackkonsum spielt mit weniger als 0,1% keine Rolle in der SKA. Amphetamine bzw. deren Derivate machen 2% aller Konsumvorgänge aus, sonstige Substanzen 3%.

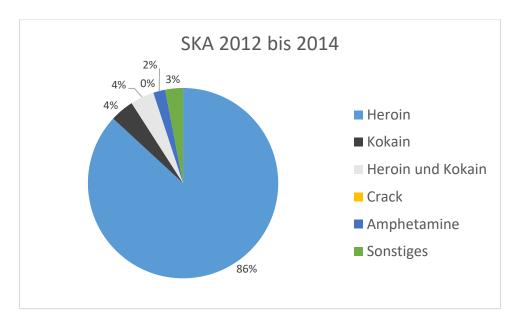
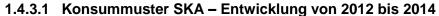


Abbildung 12: Konsummuster SKA 2012 - 2014

Im Jahresverlauf zeigen sich keine deutlichen Schwankungen: Der Heroinkonsum macht jedes Jahr 85 bis 89% aller Konsumvorgänge aus. Der Wert für Kokain bleibt ebenfalls stabil und macht 4 bis 5% aus. Der Mischkonsum von Heroin und Kokain schwankt zwischen 3 und 6%. Amphetamine und deren Derivate liegen bei jährlich 2%. Sonstige Substanzen haben leicht an Bedeutung gewonnen; sie machen 2014 5% aller Konsumvorgänge aus.



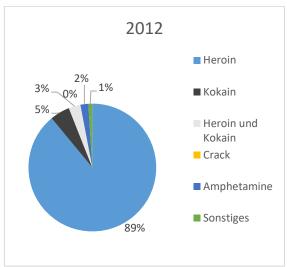


Abbildung 13: Konsummuster 2012

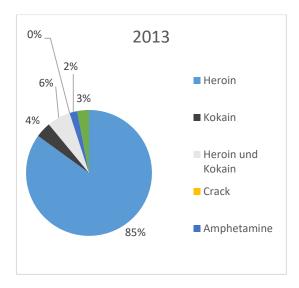


Abbildung 14: Konsummuster 2013

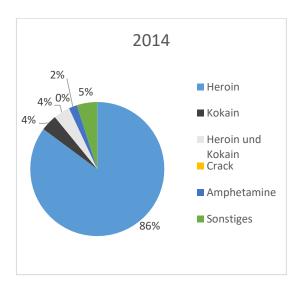


Abbildung 15: Konsummuster 2014

1.4.4 Konsummuster im Drogenkonsummobil

Der Konsum im Drogenkonsummobil weist eine grundlegend andere Struktur auf als der Konsum in den beiden anderen Drogenkonsumräumen. In über der Hälfte aller Konsumvorgänge wird der Cocktail aus Kokain und Heroin konsumiert. Auch der Monokonsum von Kokain kommt im Drogenkonsummobil deutlich häufiger vor als in den beiden anderen Drogenkonsumräumen. Kokain, sowohl allein als auch gemischt mit Heroin, kommt hier also viel häufiger vor. Demgegenüber weist der Monokonsum von Heroin nur einen Anteil von 31% auf.

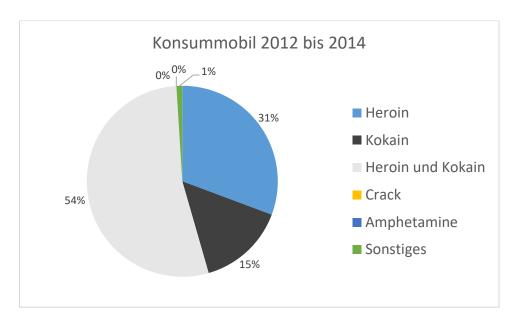


Abbildung 16: Konsummuster Drogenkonsummobil 2012 – 2014

Im Jahresverlauf zeigt sich, dass der Monokonsum von Heroin immer mehr an Bedeutung verloren hat. Der Mischkonsum von Kokain und Heroin stieg hingegen an.

Gespräche vor Ort haben ergeben, dass diese Unterschiede im Konsummuster daher rühren, dass in der Nähe des Stuttgarter Platzes – anders als an anderen Orten des Straßenhandels in Berlin – nicht nur Heroin, sondern auch Kokain gehandelt wird.

Hinzu kommt, dass das Drogenkonsummobil nicht über eine Lüftungsanlage verfügt, sodass dort kein inhalativer Konsum stattfindet. Die Konsumvorgänge erfolgen somit in 98% bis 99% aller Fälle intravenös (2012: 98%; 2013: 99%; 2014: 99%). Mischkonsum von Heroin und Kokain kann, ebenso wie die Applikationsform des Injizierens, als Zeichen von Schwerstabhängigkeit gelten. Vermutlich nutzen also vor allem Schwerstabhängige das Drogenkonsummobil zum Konsumieren.

1.4.4.1 Konsummuster Drogenkonsummobil – Entwicklung 2012 – 2014

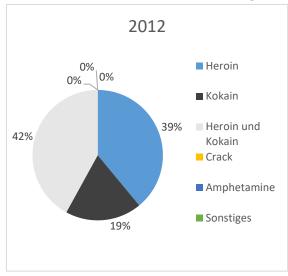


Abbildung 17: Konsummuster 2012

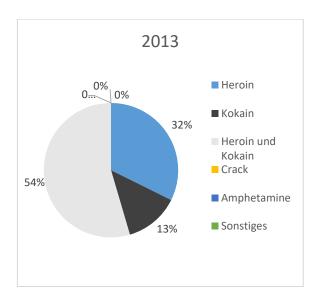


Abbildung 18: Konsummuster 2013

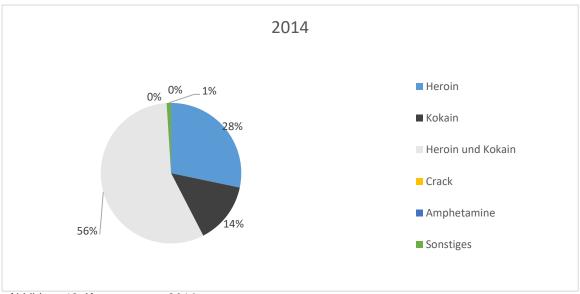


Abbildung 19: Konsummuster 2014

1.5 Applikationsformen – intravenöser und nicht-intravenöser Konsum

Die folgende Abbildung zeigt, auf welche Weise die psychotropen Substanzen in den drei Berliner Drogenkonsumräumen während des Erhebungszeitraums von 2012 bis 2014 konsumiert wurden. 63% des Konsums (also fast zwei Drittel) erfolgte intravenös. Der inhalative Konsum machte etwas mehr als ein Drittel aus (36%). Nasaler Konsum macht etwas mehr als 1% aus, sonstige Applikationsformen spielen praktisch keine Rolle.

Zwar wird vorwiegend intravenös konsumiert.² Aber es lässt sich ein vergleichsweise hoher Anteil an inhalativem Konsum beobachten. Dies ist von Interesse, da die verschiedenen Arten der Applikation unterschiedliche gesundheitliche Risiken mit sich bringen.³

Inhalativer Heroinkonsum gilt gegenüber dem intravenösen Konsum als gesundheitlich weniger riskant. Es kommt nicht zu Abszessen und Venenerkrankungen, das Risiko einer Überdosierung ist fast ausgeschlossen, und auch die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten wie Hepatitis B/C und HIV ist äußerst gering, verglichen mit dem intravenösen Konsum.

² In einigen Fällen, in denen "Sonstiges" konsumiert wurde, ist die Art der Applikation nicht dokumentiert. Diese Fälle haben wir, analog den Monatsberichten, der häufigsten Art der Applikation, also dem intravenösen Konsum zugezählt.

³ In den Frankfurter Drogenkonsumräumen lässt sich eine viel höhere Präferenz für den intravenösen Konsum beobachten: Maximal 5% jährlich erfolgen nicht-intravenös, mind. 95% jährlich intravenös.

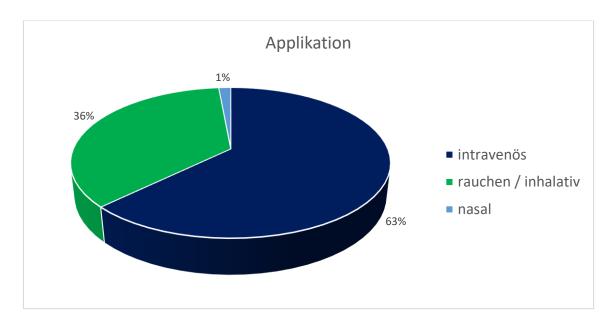


Abbildung 20: Applikationsformen

Die folgende Tabelle zeigt, welche Substanzen in den Jahren 2012 bis 2014 in den drei Drogenkonsumräumen inhaliert bzw. geraucht wurden. Insgesamt wurden 15.934 inhalative Konsumvorgänge dokumentiert.

Mehr als 96% der inhalativen Konsumvorgänge entfallen auf Heroin. Das bedeutet, die Rauchplätze werden fast ausschließlich zum Heroin-Rauchen genutzt und nur selten zum Rauchen von Kokain bzw. Crack.

	Häufigkeit	Prozent
Heroin	15.354	96,4%
Kokain / Crack	572	3,6%
Cocktail	8	0,05%
Gesamt	15.934	100,0%

Tabelle 10: Inhalative Konsumvorgänge 2012 – 2014

1.5.1 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum in der SKA

Im Konsumraum der SKA hat der intravenöse Konsum nach 2012 prozentual zugenommen und der inhalative Konsum (bzw. Rauchen) abgenommen. Auch der nasale Konsum ging leicht zurück. Insgesamt erfolgten im Beobachtungszeitraum 69% der Konsumvorgänge intravenös, 30% inhalativ und rund 1% nasal. Zudem wurden in der SKA 2014 etwa 2.700 Konsumvorgänge mehr als im Vorjahr gezählt.

Vergleicht man die absoluten Zahlen und nicht die Prozentwerte, so zeigt sich, dass der iv-Konsum in der SKA von 2013 auf 2014 fast verdoppelt hat. Auch der inhalative Konsum nahm zu, von 1.033 Konsumvorgängen auf 1.628 Konsumvorgänge. Diese zwei unterschiedlichen Betrachtungsweisen – in Prozenten einerseits, in absoluten Zahlen andererseits – können intuitiv verwirrend sein, da die Prozentwerte sich jeweils auf alle Konsumvorgänge eines Jahres beziehen, also nur Relationen innerhalb eines Jahres abbilden. Am ehesten lassen sich die Trends über die Jahre aber mit den Prozentwerten abbilden.

In der SKA wurde außerdem in sehr seltenen Fällen "UYB" ("up your bum", also rektal) konsumiert (22 Fälle in drei Jahren, also 0,2%).

	2012	2013	2014	Gesamt
intravenös	64%	67%	71%	69%
inhalativ/rauchen	34%	32%	27%	30%
nasal	2%	1%	1%	1%
Gesamt	100%	100%	100%	100%

Tabelle 11: Applikation in der SKA 2012 – 2014

1.5.2 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum in der Birkenstube

In der Birkenstube hingegen hat der intravenöse Konsum nach 2012 prozentual stark abgenommen und der inhalative Konsum (bzw. Rauchen) deutlich zugenommen. Damit erfolgten 2014 mehr als die Hälfte (53%) aller Konsumvorgänge inhalativ und nur noch

45% intravenös. Das heißt, dass in der Birkenstube inzwischen mehr inhalativ konsumiert wird als intravenös. Die Birkenstube reagierte auf die Nachfrage, indem sie das Angebot an Rauchplätzen erweiterte.

Während die absolute Anzahl an intravenösen Konsumvorgängen im Jahr 2014 etwa genauso hoch wie im Vorjahr war, stieg die Anzahl an inhalativen Konsumvorgängen stark an, von 3.792 im Jahr 2013 auf 5.711 im Jahr 2014. Der prozentuale Zuwachs beträgt ca. 9 Prozentpunkte. Auch der nasale Konsum hat 2014 zugenommen. 2014 verdoppelte er sich gegenüber dem Vorjahr; immerhin 223 Konsumvorgänge erfolgten 2014 nasal.

Im gesamten Beobachtungszeitraum, also alle drei Jahre zusammen, überwiegt der intravenöse Konsum mit 52% nur noch leicht, da in den Jahren vor 2014 in der Birkenstube häufiger injiziert als inhaliert wurde.

	2012	2013	2014	Gesamt
intravenös	58%	55%	45%	52%
Inhalativ/rauchen	41%	44%	53%	47%
nasal	1%	1%	2%	2%
Gesamt	100%	100%	100%	100%

Tabelle 12: Applikation in der Birkenstube 2012 – 2014

1.5.3 Intravenöser und nicht-intravenöser Konsum im Drogenkonsummobil Das Drogenkonsummobil wird fast ausschließlich zum intravenösen Konsum genutzt, seltener auch zum nasalen Konsum. Inhalieren ist dort nicht möglich. Dies und die Tatsache, dass dort sehr häufig ein Mischkonsum aus Heroin und Kokain stattfindet, sprechen dafür, dass das Drogenkonsummobil vorwiegend von Schwerstabhängigen genutzt wird.

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist im Drogenkonsummobil sehr deutlich gestiegen. Dabei hat sich die Verteilung über die drei Beobachtungsjahre aber kaum verändert – nach wie vor konsumieren die dortigen Klienten und Klientinnen fast ausschließlich intravenös. Nur 36 Konsumvorgänge erfolgten im Jahr 2014 nasal.

	2012	2013	2014	Gesamt
intravenös	98%	99%	99%	99%
inhalativ/rauchen	0%	0%	0%	0%
nasal	2%	1%	1%	1%
Gesamt	100%	100%	100%	100%

Tabelle 13: Applikation im DKM 2012 - 2014

1.5.4 Applikationsformen nach Geschlecht – intravenöser und nicht-intravenöser Konsum

Um das Konsumverhalten der Klientel besser zu verstehen und ein deutlicheres Bild von

den verschiedenen Nutzer und Nutzerinnen bzw. Nutzer- und Nutzerinnengruppen zu erhalten, prüfen wir, ob Männer und Frauen Unterschiede in der Art der Applikation aufweisen. Für den Konsum in den Berliner Drogenkonsumräumen ergibt sich im Erhebungszeitraum 2012 bis 2014 folgendes Bild: Der intravenöse Konsum ist bei den Konsumvorgängen von Frauen insgesamt etwas verbreiteter, als bei Männern. Demgegenüber ist das Rauchen / Inhalieren von psychotropen Substanzen bei den Konsumvorgängen von Männern etwas verbreiteter als bei denen von Frauen. Dies kann als ein zweites Indiz dafür gelten, dass Frauen, die die Drogenkonsumräume 2012 bis 2014 genutzt haben, ein gesundheitlich besonders riskantes Konsumverhalten zeigen. Zum einen ist unter den Konsumvorgängen von Frauen der Mischkonsum von Heroin und Kokain noch weiter verbreitet. Zum anderen spricht auch die Tatsache, dass unter Frauen vergleichsweise noch häufiger als unter Männern Drogen injiziert und nicht inhaliert werden, für ein besonders riskantes Konsumverhalten.

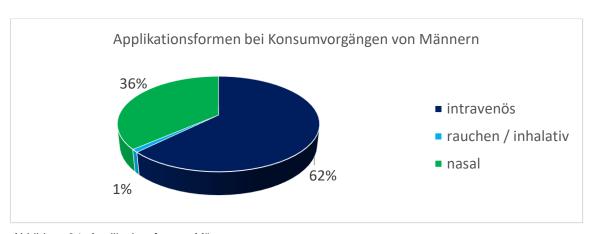


Abbildung 21: Applikationsformen Männer



Abbildung 22: Applikationsformen Frauen

1.5.5 Intravenöser Konsum bei Neuaufnahmen

Abschließend stellen wir tabellarisch dar, welche Angaben die Neuzugänge zur Art der Applikation gemacht haben (Zeitraum 2012 bis 2014).

280 Personen (18,7% aller Neuaufnahmen) gaben an, noch nie intravenös konsumiert zu haben. Weitere 195 Personen (13,0%) haben schon intravenös konsumiert, aber nicht in den vergangenen dreißig Tagen vor der Neuaufnahme. 1.022 Personen (68,3%) haben (auch) in den vergangenen dreißig Tagen vor ihrem Erstbesuch in einem Konsumraum intravenös Drogen konsumiert.

Der Vergleich mit den Konsumdaten ergibt:

- ▶ 63% der Konsumvorgänge erfolgen intravenös
- ➢ 68% der Klienten und Klientinnen haben in den vergangenen 30 Tagen iv konsumiert

Die Werte sind also vergleichbar; die Selbstangaben der Klienten und Klientinnen in der Regel valide.

Intravenöser Konsum	Anzahl der Personen	Prozent
noch nie iv konsumiert	280	18,7%
Ja, aber nicht in den vergangenen 30 T.	195	13,0%
Ja, (auch) in den vergangenen 30 Tagen	1.022	68,3%
Gesamt	1.497	100,0%

Tabelle 14: Angaben der Neuaufnahmen zur intravenösen Applikation

Differenziert nach den drei Einrichtungen, ergeben sich die folgenden drei Tabellen (Zeitraum 2012 – 2014). Es zeigt sich, dass das Drogenkonsummobil vorwiegend (93%) von Neuzugängen aufgesucht wird, die in den vergangenen dreißig Tagen intravenös

konsumiert haben. Lediglich 3% der Neuaufnahmen haben zwar früher, aber nicht in den vergangenen dreißig Tagen iv konsumiert, und rund 4% haben noch nie intravenös konsumiert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Bus nicht über eine Lüftungsanlage verfügt – somit ist inhalativer Konsum dort nicht möglich; der Bus wird fast ausschließlich für den intravenösen Konsum, selten auch für den nasalen Konsum genutzt.

Intravenöser Konsum	Anzahl der Personen	Prozent
noch nie iv konsumiert	12	4,4%
Ja, aber nicht in den vergangenen 30 T.	8	3,0%
Ja, (auch) in den vergangenen 30 Tagen	251	92,6%
Gesamt	271	100,0%

Tabelle 15: Drogenkonsummobil: Angaben der Neuaufnahmen zur intravenösen Applikation

Für die Einrichtung SKA hingegen zeigt sich, dass 65% - also rund zwei Drittel der Neuaufnahmen - in den vergangenen dreißig Tagen iv konsumiert haben. Weitere 15% verfügen über Erfahrungen mit intravenösem Drogenkonsum, nicht jedoch in den vergangenen dreißig Tagen. Rund 20% der Neuaufnahmen haben noch nie intravenös konsumiert.

Intravenöser Konsum	Anzahl der Personen	Prozent
noch nie iv konsumiert	135	19,8%
Ja, aber nicht in den vergangenen 30 T.	104	15,2%
Ja, (auch) in den vergangenen 30 Tagen	444	65,0%
Gesamt	683	100,0%

Tabelle 16: SKA: Angaben der Neuaufnahmen zur intravenösen Applikation

Eine ähnliche Verteilung zeigt sich in der Birkenstube: Dort haben 60% der Neuaufnahmen in den vergangenen dreißig Tagen iv konsumiert; bei weiteren 15% liegt der letzte iv-Konsum länger als 30 Tage zurück; rund 25% - also ein Viertel der Neuaufnahmen – hat noch nie intravenös konsumiert.

Intravenöser Konsum	Anzahl der Personen	Prozent
noch nie iv konsumiert	133	24,5%
Ja, aber nicht in den vergangenen 30 T.	83	15,3%
Ja, (auch) in den vergangenen 30 Tagen	327	60,2%
Gesamt	543	100,0%

Tabelle 17: Birkenstube: Angaben der Neuaufnahmen zur intravenösen Applikation

2 Analyse der Klienten und Klientinnendaten

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist in den Berliner Drogenkonsumräumen im Zeitraum 2012 bis 2014 sehr stark angestiegen. Die Entwicklung hin zu mehr Konsumvorgängen, mehr Klienten und Klientinnen und einer intensiveren Anbindung an die Einrichtung ist aus verschiedenen Gründen wünschenswert: Für den Konsum in den Räumen sprechen die hygienischen Bedingungen, das stressarme Klima, die Anwesenheit von medizinisch geschultem Personal, schließlich auch die Verlagerung weg von der Straße und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den MitarbeiterInnen mit der daraus resultierenden Möglichkeit, die Klienten und Klientinnen an andere Hilfeeinrichtungen weiter zu vermitteln.

Im Folgenden versuchen wir daher zunächst, die Klienten und Klientinnen der drei Drogenkonsumräume anhand der gegebenen Informationen genauer zu charakterisieren, um die Situation in den Berliner Drogenkonsumräumen genauer zu erfassen. Basis für die folgenden Ausführungen bilden die Konsumdaten, die in den Räumen erhoben werden.

Die wohl wichtigste Entwicklung seit 2012 ist der starke Zuwachs an Konsumvorgängen. 2012 wurden 10.566 Konsumvorgänge gezählt, 2013 waren es 13.355 Konsumvorgänge (plus 2.789), im Jahr 2014 kam es zu 21.310 Konsumvorgängen. Die Anzahl der Konsumvorgänge hat sich also innerhalb von drei Jahren (2012 bis 2014) verdoppelt. Im Jahr 2014 ergeben sich 58 Konsumvorgänge täglich, 410 Konsumvorgänge wöchentlich, 1.776 Konsumvorgänge monatlich.

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass alle Einrichtungen über die Jahre eine Steigerung an Konsumvorgängen verzeichnen. Dabei ändert sich die prozentuale Verteilung: In den Einrichtungen Drogenkonsummobil und SKA nahm der prozentuale Anteil an allen Berliner Konsumvorgängen über den Erhebungszeitraum zu. In dieser Tabelle sind alle Konsumdaten enthalten, die im Erhebungszeitraum dokumentiert wurden.⁴

-

⁴ Einige Konsumdatensätze sind unvollständig und daher in anderen Darstellungen dieses Berichtes unberücksichtigt. Der Vollständigkeit halber bilden wir sie hier ab. Jährlich 2-3% der Konsumdatensätze enthalten keine Angaben zur konsumierten Substanz. In der Regel handelt es sich dabei um weitere Leistungen der Drogenkonsumräume wie medizinische Beratungen / Behandlungen, Vermittlungen in andere Einrichtungen (83% dieser Fälle) bzw. Besucherabweisungen und Hausverbote (weitere 5%). In rund 12% dieser Fälle blieb offen, warum Konsumdatensätze angelegt wurden.

			Drogenkonsummobil	SKA	Birkenstube	Gesamt
Erhebungsjahr	2012	Anzahl %	845 8,0%	2.530 23,9%	7.191 68,1%	10.566 100,0%
	2013	Anzahl %	1.206 9,0%	3.385 25,3%	8.764 65,6%	13.355 100,0%
	2014	Anzahl	4.182	6.168	10.960	21.310
	Gesamt	% Anzahl %	19,6% 6.233 13,8%	28,9% 12.083 26,7%	51,4% 26.915 59,5%	100,0% 45.231 100,0%

Tabelle 18: Konsumdaten nach Einrichtung und Erhebungsjahr

Als Gründe für die Zunahme von Konsumvorgängen können verschiedene Gründe angeführt werden:

- Die Ausweitung der Öffnungszeiten und der Standortwechsel des Drogenkonsummobils sowie die verbesserte r\u00e4umliche und personelle Ausstattung durch die gemeinsame Anfahrt zusammen mit dem Charlottenburg-Wilmersdorfer Pr\u00e4ventionsmobil
- Wiedereröffnung der SKA in neuen Räumen in Kreuzberg und die Etablierung als in der Szene anerkannte Einrichtung

Generell sind erweiterte Öffnungszeiten und die Erhöhung der Anzahl an Konsumplätzen ein Mittel, mehr Konsum in die Räume zu verlegen – auch bei Räumen, die nicht voll ausgelastet sind. Öffnet eine Einrichtung zu neuen Öffnungszeiten, kann sie andere Klienten und Klientinnen gewinnen, so zum Beispiel Personen, die zu den bisherigen Zeiten die Räume nicht nutzten, weil sie einen anderen Tages- und Nachtrhythmus haben.

2.1 Klienten und Klientinnen der drei Berliner Drogenkonsumräume

In den vergangenen drei Jahren stieg nicht nur die Anzahl der Konsumvorgänge. Mit der Zunahme an Konsumvorgängen geht eine Zunahme an Klienten und Klientinnen einher: 2012 wurden 861 verschiedene Klienten und Klientinnen registriert, 2013 waren es 927 Klienten und Klientinnen, 2014 waren es 1.297. Bei der folgenden Tabelle ist zu berücksichtigen, dass einige Klienten und Klientinnen zwei oder sogar alle drei Drogenkonsumräume genutzt haben – daher übersteigt die Summe der Klienten und Klientinnen in den einzelnen Einrichtungen die Gesamtsumme aller Klienten und

Klientinnen. Die Zeilenprozente beziehen sich auf die Anzahl aller Klienten und Klientinnen eines Jahres.

Ein Beispiel: Addiert man die Klienten des Jahres 2012 aus den drei Einrichtungen, so erhält man 959 Klienten. Dennoch haben in der Gesamtsumme nur 861 Personen die drei Drogenkonsumräume aufgesucht – aber einige von ihnen haben im Jahr 2012 mehrere Drogenkonsumräume genutzt und sind daher mehrfach in die Tabelle eingegangen.

		Drogenkonsummobil	SKA	Birkenstube	Alle Klienten und Klientinnen
2012	Anzahl	148	319	492	861
	%	17,2%	37,0%	57,1%	100,0%
2013	Anzahl	169	365	481	927
	%	18,2%	39,4%	51,9%	100,0%
2014	Anzahl	297	532	580	1.297
	%	22,9%	41,0%	44,7%	100,0%

Tabelle 19: Anzahl der Klienten und Klientinnen nach Einrichtungen und Jahren – Mehrfachantworten

Betrachtet man die Verteilung aller Klienten und Klientinnen eines Jahres auf die drei verschiedenen Einrichtungen in Prozenten, so ergibt sich eine leichte Verschiebung der Anteile: 2012 nutzten 17% aller Klienten und Klientinnen das Drogenkonsummobil. 2013 stieg der Anteil der Klienten und Klientinnen, die das Drogenkonsummobil nutzten, auf 18%, 2014 waren es 23%. Auch die SKA wurde über die Jahre von immer mehr Klienten und Klientinnen genutzt: 2012 suchten 37% aller Klienten und Klientinnen die SKA auf, 2013 39%, 2014 41%. Der Anteil der Berliner Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, der die Birkenstube aufsuchte, lag 2012 noch bei 57% und ging anteilig auf 45% im Jahr 2014 zurück. Dabei handelt es sich aber um die Verteilung auf die Drogenkonsumräume. Die Anzahl der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen stieg insgesamt in allen drei Drogenkonsumräumen im Zeitverlauf (Ausnahme: Birkenstube 2013).

Im Zeitverlauf stieg nicht einfach nur die Anzahl an Klienten und Klientinnen und Konsumvorgängen, sondern auch die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit – von 12,3 Konsumvorgängen pro Person (2012) auf 16,4 Konsumvorgänge pro Person (2014). Das heißt, die Klienten und Klientinnen nutzen die Einrichtungen im Durchschnitt inzwischen häufiger als vor zwei Jahren.

Die folgenden drei Tabellen bieten einen einrichtungsspezifischen Überblick über die Entwicklung von 2012 bis 2014.

Im Drogenkonsummobil hat sich die Anzahl der Klienten im Beobachtungszeitraum mehr als verdoppelt (plus 100,7%). Von 2012 auf 2013 stieg die Anzahl der Klienten zunächst um 14%. Im gesamten Zeitraum (also von 2012 bis 2014) nahm die Anzahl um mehr als 100% zu. Auch die Nutzungsfrequenz – die durchschnittliche Anzahl an Konsumvorgängen pro Klient – ist stark angestiegen: von 5,7 im Jahr 2012 auf 14,1 im Jahr 2014.

Drogenkonsummobil	2012	2013	2014
Anzahl der Klienten und	148	169	297
Klientinnen	100,0%	+14,2%	+100,7%
Zuwachs der Klienten und			
Klientinnenanzahl in %			
Nutzungsfrequenz (KV pro Klient)	5,7	7,1	14,1

Tabelle 20: Übersichtstabelle Entwicklung Drogenkonsummobil 2012-2014

In der SKA ist ebenfalls ein Zuwachs in der Anzahl an Klienten und Klientinnen festzustellen, der aber prozentual nicht ganz so deutlich ausfällt. Der Zuwachs beträgt im Jahr 2013 14% beziehungsweise 67% im gesamten Zeitraum. Auch in der SKA hat die Nutzungsfrequenz zugenommen, von 7,9 im Jahr 2012 auf 11,6 im Jahr 2014.

SKA	2012	2013	2014
Anzahl der Klienten und	319	365	532
Klientinnen	100,0%	+14,4%	+66,8%
Zuwachs der Klienten und			
Klientinnenanzahl in %			
Nutzungsfrequenz (KV pro Klientln)	7,9	9,3	11,6

Tabelle 21: Übersichtstabelle Entwicklung SKA 2012-2014

In der Birkenstube zeigt sich zunächst ein ganz leichter Rückgang um 2% im ersten Beobachtungsjahr. Über den gesamten Zeitraum gesehen nimmt aber auch in der Birkenstube die Anzahl an Klienten und Klientinnen zu, und zwar um 18%. Auch die Nutzungsfrequenz steigt über die Jahre und macht 2014 durchschnittlich 18,9 Konsumvorgänge pro KlientIn aus.

Birkenstube	2012	2013	2014
Anzahl der Klienten und	492	481	580
Klientinnen	100,0%	-2,2%	+17,9%
Zuwachs der Klienten und			
Klientinnenanzahl in %			
Nutzungsfrequenz (KV pro	14,6	18,2	18,9
Klientln)			

Tabelle 22: Übersichtstabelle Entwicklung Birkenstube 2012-2014

Zusammenfassend zeigt sich also, dass in allen drei Konsumräumen über die Jahre 2012 bis 2014 nicht nur die Anzahl der Klienten und Klientinnen zunimmt, sondern auch die Nutzungsfrequenz. Zum einen werden also zunehmend mehr Besucher und Besucherinnen gezählt, zum anderen kommen die Besucher und Besucherinnen auch 2014 häufiger in die Einrichtungen als noch 2012. Daraus lässt sich eine etwas engere Bindung der Klientel an die Konsumräume ablesen.

2.1.1 Neuzugänge

Die folgenden drei Grafiken geben den monatlichen Anteil der Neuzugänge an der Gesamtzahl der Klienten und Klientinnen in Prozenten wieder. Die schwarze Kurve stellt den prozentualen Anteil der Neuzugänge während eines Monats dar; an dieser Kurve werden die Schwankungen über die Monate sichtbar. Die blaue Fläche darunter markiert den Anteil der Neuzugänge an der Klientel.

2.1.1.1 Entwicklung in der Birkenstube

Für die Birkenstube zeigt sich, dass der Anteil an Neuzugängen an der gesamten Klientel nur gering ist – er liegt in fast allen Monaten unter 20% und weist nur relativ geringe Schwankungen auf. Daraus folgt, dass die Birkenstube relativ viele Nutzer und Nutzerinnen hat, die bereits früher einen Nutzungsvertrag unterschrieben haben, also sogenannte "Fortsetzer-Innen" sind. Das monatliche Mittel an Neuzugängen liegt bei 11,2%.

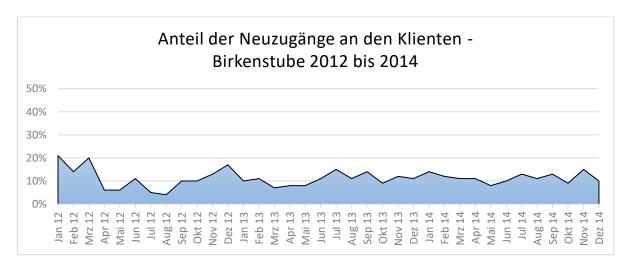


Abbildung 23: Neuzugänge Birkenstube 2012 – 2014

2.1.1.2 Entwicklung in der SKA

Demgegenüber musste sich die SKA nach ihrer Neueröffnung Ende 2011 erst wieder neu etablieren – daher lag die Anzahl der neuen Nutzer und Nutzerinnen in den ersten Monaten des Jahres 2012 noch bei fast 50%. Fast jeder/jede zweite Nutzer/Nutzerin war ein Neuzugang. Über die Jahre 2012 bis 2014 zeigt sich eine in der Tendenz fallende Kurve – nach und nach wurde die SKA also von Klienten und Klientinnen genutzt, die die Einrichtung früher kennen gelernt hatten und erneut nutzten – hier stieg also der Anteil der FortsetzerInnen über die Jahre. Das monatliche Mittel liegt bei 20,8% Neuzugängen.

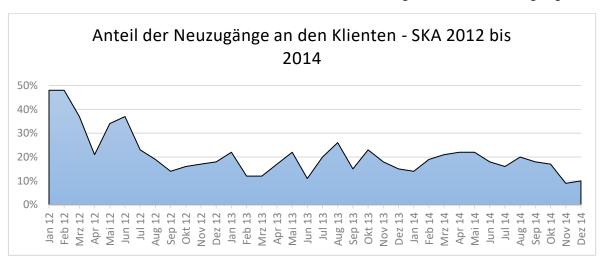


Abbildung 24: Neuzugänge SKA 2012 - 2014

2.1.1.3 Entwicklung im Drogenkonsummobil

Für das Drogenkonsummobil ergibt sich eine Kurve, die stärker schwankt. So sind im Februar nur 4% der Klienten und Klientinnen Neuzugänge, im Folgemonat liegt der Anteil der Neuzugänge dann bei fast 25%. Das monatliche Mittel liegt bei 15,3% Neuzugängen.

Gründe für die Schwankungen sind wahrscheinlich der Standortwechsel und die damit verbundene Möglichkeit, neue Nutzer und Nutzerinnen zu gewinnen, sowie die Änderungen in den Öffnungszeiten. Da zudem das Drogenkonsummobil insgesamt viel weniger Klienten und Klientinnen hat als die beiden anderen Einrichtungen, werden vergleichsweise kleine Änderungen deutlicher sichtbar.

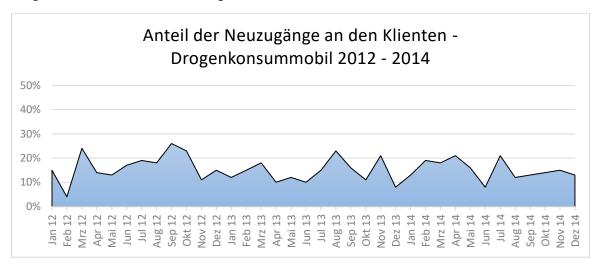


Abbildung 25: Neuzugänge DKM 2012 - 2014

2.1.1.4 Ergebnisse zur Entwicklung der Neuzugänge

Die Berliner Drogenkonsumräume sind geprägt von einem vergleichsweise hohen Anteil an Neuzugängen – es besteht eine relativ hohe Fluktuation in der Klientel. Pro Jahr ergibt sich in der Birkenstube ein Anteil von 33-37% Neuzugängen. Für die SKA liegt dieser Anteil bei 50-69%, für das Drogenkonsummobil bei 39-46%.

	Neuzugänge des	Neuzugänge	Neuzugänge	Alle
	Drogenkonsummo	der SKA	Birkenstube	Neuzugänge
	bils			
2012	58	219	167	444
2013	69	182	160	411
2014	138	272	214	624

Tabelle 23: Anzahl der Neuzugänge in den drei Einrichtungen, 2012 – 2014

2.2 Nutzungsverhalten der Berliner Konsumraumnutzer und - nutzerinnen/ Nutzer- und Nutzerinnengruppen

Auf der Basis der Konsumdaten lassen sich die Nutzungshäufigkeiten der Klienten und Klientinnen erkennen. Sie lassen sich so in verschiedene Nutzungsgruppen einteilen. Die folgenden Grafiken geben zunächst die Einteilung in vier verschiedene Gruppen wieder, wie es in der Frankfurter Konsumraumdokumentation als Standard gilt. Es wird

differenziert nach Personen, die nur einmal im Jahr einen Konsumraum aufgesucht haben, Personen, die zwei bis vier Mal im Jahr die Drogenkonsumräume genutzt haben, Personen, die die Räume fünf bis zwanzig Mal genutzt haben, und Personen, die mehr als 20 Mal im Jahr einen oder mehrere Berliner Drogenkonsumräume aufgesucht haben.

Die folgende Abbildung gibt die Verteilung der Nutzer und Nutzerinnen auf die vier Gruppen wieder. Es zeigt sich, dass über die Hälfte aller Klienten und Klientinnen nur sehr selten die Drogenkonsumräume nutzen. Demgegenüber nutzt nur ein kleiner Teil der Klientel (19%) die Drogenkonsumräume häufiger als 20 Mal im Jahr.

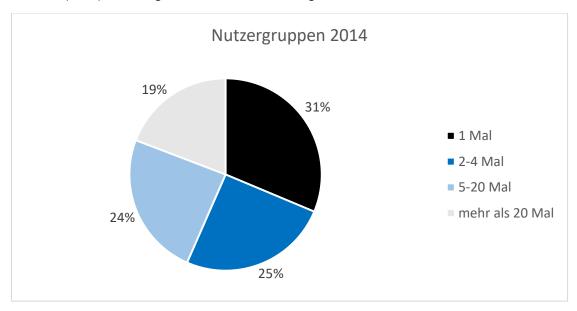


Abbildung 26: Nutzungshäufigkeit 2014

Der Vergleich mit den beiden Vorjahren (2012 und 2013) ergibt, dass diese Verteilung auf die vier Nutzer- und Nutzerinnengruppen konstant ist bzw. nur leichten Schwankungen unterliegt. Die Hälfte aller Klienten und Klientinnen nutzt die Räume nur sehr selten.

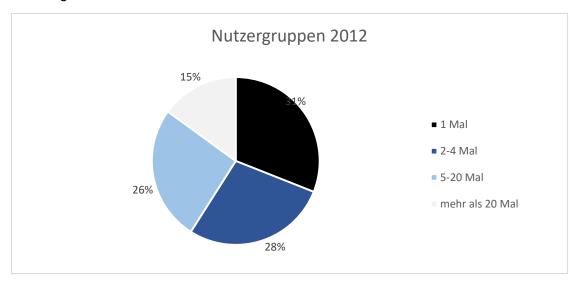


Abbildung 27: Nutzungshäufigkeit 2012

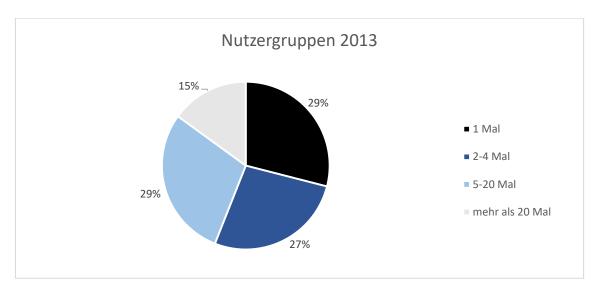


Abbildung 28: Nutzungshäufigkeit 2013

2.2.1 Belegung der Konsumplätze – seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen Die zuvor gegebene Darstellung in die vier Nutzer- und Nutzerinnengruppen bietet eine Annäherung an das Thema. Ein anderer, stärker differenzierender Eindruck ergibt sich, wenn in "seltene Nutzer und Nutzerinnen", "gelegentliche Nutzer und Nutzerinnen" und "häufige Nutzer und Nutzerinnen" eingeteilt wird. Demnach sind "seltene Nutzer und Nutzerinnen" Personen, die nur ein bis vier Mal pro Jahr die Drogenkonsumräume nutzen, also höchstens einmal pro Quartal. Als "häufige Nutzer und Nutzerinnen" werden im Folgenden Personen bezeichnet, die 52 Mal im Jahr oder öfter einen oder mehrere

Drogenkonsumräume in Berlin nutzen, also im Jahresdurchschnitt einmal pro Woche. "Gelegentliche Nutzer und Nutzerinnen" sind Personen, die weder selten noch häufig die Drogenkonsumräume genutzt haben (zu denen also mehr als vier, aber weniger als 52 Konsumvorgänge gezählt wurden). Diese Begriffsdefinition gilt für den gesamten folgenden Bericht.

Zu dem Begriff "häufige Nutzer" ist anzumerken, dass eine häufige Nutzung nicht gleichbedeutend damit ist, dass die Person tatsächlich fast ausschließlich im Drogenkonsumraum konsumiert. Würde davon ausgegangen werden, dass eine drogenabhängige Person 25 Konsumvorgänge pro Woche unternimmt, so wären dies 1.300 Konsumvorgänge im Jahr. Im gesamten Beobachtungszeitraum 2012 bis 2014 fand sich keine Person, die 1.300 Konsumvorgänge in einem Jahr in den Berliner Konsumräumen unternahm. Da die Konsumräume nur einige Stunden am Tag geöffnet haben, ist ein ausschließlicher Konsum in den Einrichtungen für Personen mit einer so hohen Konsumintensität praktisch auch kaum möglich.

Das Maximum liegt 2012 bei 355 Konsumvorgängen, 2013 bei 583 und 2014 bei 470 Konsumvorgängen. Personen, die während eines Jahres 150 Mal oder öfter einen Konsumraum nutzen, finden sich nur sehr selten. 2012 wurden acht, 2013 vierzehn, 2014 zwanzig Personen mit einer so hohen Anzahl an Konsumraumnutzungen registriert. Eine vertiefende Analyse zur intensiven Konsumraumnutzung findet sich weiter unten.

Die drei folgenden Grafiken zeigen noch einmal, dass die Verteilung in den drei Erhebungsjahren nicht sehr stark variiert.

Die seltenen Nutzer und Nutzerinnen (max. 4 Besuche im Jahr) bilden zwar die größte Gruppe an Klienten und Klientinnen (jährlich 55-59%). Da sie aber so selten die Konsumräume aufsuchen, gehen jährlich nur 6-8% der Konsumvorgänge auf die Gruppe der seltenen Nutzer und Nutzerinnen zurück.

Die Gruppe der gelegentlichen Nutzer und Nutzerinnen macht jährlich 35-38% der Klientel aus. Auf gelegentliche Nutzer und Nutzerinnen (5-51 Besuche im Jahr) gehen jährlich 38-44% der Konsumvorgänge zurück.

Der jährlich größte Teil der Konsumvorgänge geht auf häufige Nutzer und Nutzerinnen zurück. Jährlich 47-56% aller Konsumvorgänge entfallen auf diese Gruppe, die man auch als Stammkundschaft bezeichnen kann. 6-8% aller Klienten und Klientinnen zählen jährlich zu den StammkundInnen. So betrachtet, werden die Drogenkonsumräume überwiegend von einer Stammkundschaft genutzt.

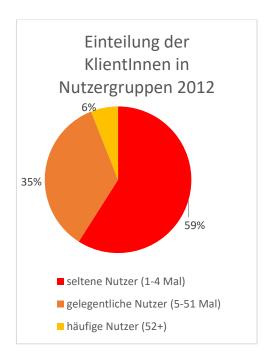
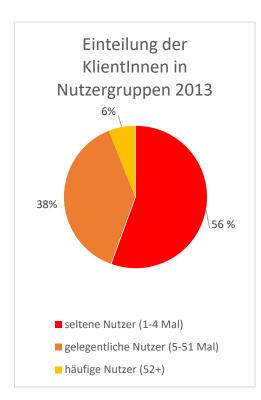




Abbildung 29: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegung 2012



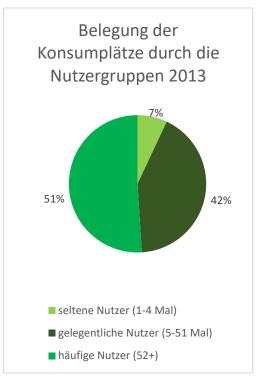


Abbildung 30: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegung 2013

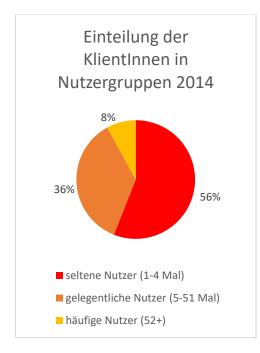




Abbildung 31: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegung 2014

2.2.2 Charakteristika von häufigen Nutzer und Nutzerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen

Wird das Geschlechtsverhältnis unter den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (52+) betrachtet, zeigt sich, dass diese fast ausschließlich männlichen Geschlechts sind. Nur 5 bis 7% der häufigen Nutzer und Nutzerinnen sind jährlich Frauen.

Bei den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, die maximal viermal pro Jahr einen Konsumraum nutzen, sind deutlich mehr Frauen vertreten. Der Frauenanteil schwankt hier zwischen 16% und 19% pro Jahr (siehe dazu vertiefend das Kapitel "Frauen und Männer: Geschlechtsverhältnis"). Außerdem zeigt sich, dass die häufigen Nutzer und Nutzerinnen im Durchschnitt deutlich älter sind als die Gesamtheit der Klientel – eine Gruppe von älteren Klienten und Klientinnen nutzt also sehr regelmäßig die Berliner Drogenkonsumräume. Ihr Durchschnittsalter liegt 2014 bei 37,2 Jahren (siehe dazu auch das Kapitel "Lebensalter").

Die Anzahl der häufigen Nutzer und Nutzerinnen hat sich seit 2012 fast verdoppelt. 2012 handelt es sich um 49 Personen (6% aller Klienten und Klientinnen), 2013 wurden 57 häufigen Nutzer und Nutzerinnen registriert (6% aller Klienten und Klientinnen), im Jahr 2014 stieg ihre Anzahl auf 103 Personen (8% der Klientel). Die Anzahl der häufigen Nutzer und Nutzerinnen ist proportional zur Gesamtzahl aller Klienten und Klientinnen gewachsen.

Im Jahr 2014 ist es der Birkenstube gelungen, 55 häufige Nutzer und Nutzerinnen (Stammkunden und -kundinnen) an sich zu binden. 9% aller Klienten und Klientinnen der

Birkenstube sind damit solche Stammkunden und -kundinnen. Das Drogenkonsummobil hat 2014 21 Stammkunden und -kundinnen (7%), die SKA zählt 26 Stammkunden und -kundinnen (5% ihrer Klienten und Klientinnen).

2.2.3 Vertiefung der Analyse: Intensivnutzer

Eine vertiefende Analyse für das Jahr 2014 ergibt, dass rund 6% aller Klienten und Klientinnen regelmäßig, also etwa einmal pro Woche oder auch häufiger die Drogenkonsumräume nutzen ("Häufige Nutzer und Nutzerinnen 52-149"). Hinzu kommen rund 2%, die im Jahresdurchschnitt etwa drei Mal pro Woche die Einrichtungen aufsuchen ("Intensivnutzer und -nutzerinnen 150+"). Somit können im Jahr 2014 103 Personen zu den häufigen bzw. Intensivnutzer und -nutzerinnen gezählt werden. So gesehen, macht die Stammkundschaft 8% aller Klienten und Klientinnen im Jahr 2014 aus.

	Häufigkeit	Prozent
Intensivnutzer und -	20	1,5%
nutzerinnen 150+		
häufige Nutzer und	83	6,4%
Nutzerinnen (52-149)		
alle übrigen Nutzer und	1.194	92,1%
Nutzerinnen (1-49)		
Gesamtsumme	1.297	100,0%

Tabelle 24: Intensivnutzer und -nutzerinnen und häufige Nutzer und Nutzerinnen im Jahr 2014

Dabei ist aber noch unklar, ob es sich um eine regelmäßige Verteilung über das Jahr handelt, oder um kurze Phasen intensiver Konsumraumnutzung. Es könnte sich bei vielen Klienten und Klientinnen um Krisenphasen handeln. Während der Krisenphasen sind Drogenkonsumräume besonders wichtig zur Stabilisierung. Die folgende Tabelle gibt Auskunft über Intensivphasen / Krisenphasen.

Ein Monat hat etwa 22 Öffnungstage. Es zeigt sich, dass jeden Monat im Jahr 2014 neun bis 18 Klienten und Klientinnen Intensivphasen (22 Mal und mehr) hatten, also mindestens einmal pro Öffnungstag die Einrichtungen aufgesucht haben. Jeweils rund 3-5% der Klientel eines Monats sind Personen mit Intensivphasen. Der Anteil der seltenen Nutzer und Nutzerinnen (1-4 Mal pro Monat) macht etwas mehr als zwei Drittel aller Klienten und Klientinnen aus. Anders als in anderen Tabellen dieses Berichtes beziehen sich die Prozentwerte auf die Zeilen und nicht auf die Spalten.

Nutzungshäufi	gkeit pro	1-4 Mal	5-21 Mal	22 Mal und	Gesamt
Monat				mehr	
Januar	Anzahl	192	74	9	275
	%	69,8%	26,9%	3,3%	100,0%
Februar	Anzahl	192	77	14	283
	%	67,8%	27,2%	4,9%	100,0%
März	Anzahl	230	88	14	332
	%	69,3%	26,5%	4,2%	100,0%
April	Anzahl	233	98	9	340
	%	68,5%	28,8%	2,6%	100,0%
Mai	Anzahl	253	118	14	385
	%	65,7%	30,6%	3,6%	100,0%
Juni	Anzahl	236	101	9	346
	%	68,2%	29,2%	2,6%	100,0%
Juli	Anzahl	246	104	16	366
	%	67,2%	28,4%	4,4%	100,0%
August	Anzahl	253	107	16	376
	%	67,3%	28,5%	4,3%	100,0%
September	Anzahl	244	119	18	381
	%	64,0%	31,2%	4,7%	100,0%
Oktober	Anzahl	265	98	16	379
	%	69,9%	25,9%	4,2%	100,0%
November	Anzahl	244	108	13	365
	%	66,8%	29,6%	3,6%	100,0%
Dezember	Anzahl	253	99	12	364
	%	69,5%	27,2%	3,3%	100,0%

Tabelle 25: Nutzungsgruppen nach Monaten im Jahr 2014

2.2.4 Nutzung der drei Einrichtungen

Die Mehrzahl aller Klienten und Klientinnen nutzt nur einen der drei Drogenkonsumräume. Jedes Jahr suchen 90-92% aller Klienten und Klientinnen nur einen Konsumraum auf. Nur 7-9% jährlich nutzen zwei der drei Räume, und nur 0,6 bis 1,2% der Klientel hat in den

vergangenen drei Jahren alle drei Drogenkonsumräume genutzt. Vermutlich hängt dies mit der räumlichen Entfernung zusammen: Die Einrichtungen liegen fünf bis zehn Kilometer voneinander entfernt.

Betrachtet man die kleine Gruppe an Klienten und Klientinnen, die mehrere Räume nutzt, genauer, ergibt sich folgendes Bild:

- a) Es haben 104 Klienten und Klientinnen im Jahr 2014 zwei oder alle drei Räume zum Konsumieren genutzt. Bei diesen Personen handelt es sich meist um Personen mit hoher Nutzungshäufigkeit. 23 dieser Personen (22%) zählen zu den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (52+).
- b) Während seltene Nutzer und Nutzerinnen in der Regel nur einen der Räume aufsuchen, steigt mit der Nutzungshäufigkeit die Wahrscheinlichkeit, dass der/die Klient/Klientin auch einen weiteren Drogenkonsumraum nutzt. Anders formuliert: Wenn es einem Drogenkonsumraum gelungen ist, einen/eine Klienten/Klientin von seinem Angebot zu überzeugen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass er/sie die anderen beiden Räume ebenfalls frequentiert.
- c) Nur 14% der Nutzer und Nutzerinnen (14 Personen) mehrerer Räume sind seltene Nutzer- Innen – also solche, die nur maximal vier Mal im Jahr einen Berliner Drogenkonsumraum aufsuchen. Bei den Klienten und Klientinnen, die mehrere Räume aufsuchen, handelt es sich also sehr häufig um StammkundInnen.
- d) 53% der Klienten und Klientinnen, die mehrere Räume nutzen, haben mehr als zwanzig Konsumvorgänge unternommen, 34% von ihnen haben die Räume fünf bis zwanzig Mal genutzt.
- e) Zwölf Prozent der Personen, die 2014 mehrere Räume nutzen, sind Frauen.

2.3 Soziodemografische Merkmale der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen

2.3.1 Lebensalter

Das Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen lag 2012 bei 35,1 Jahren und ist dann bis 2014 auf 35,7 gestiegen. Beim Durchschnittsalter ist also im Zeitraum von 2012 bis 2014 ein nur sehr leichter Anstieg zu beobachten. Es ist im Beobachtungszeitraum keine deutliche Alterung unter den Klienten und Klientinnen der drei Drogenkonsumräume zu erkennen.

Vergleicht man die drei verschiedenen Drogenkonsumräume, bestehen aber Unterschiede. Die Klienten und Klientinnen im Drogenkonsummobil sind deutlich jünger als der Gesamtdurchschnitt im Jahr 2014.

Während sich der Altersdurchschnitt in der SKA über die Jahre kaum verändert hat, lässt sich in der Birkenstube eine Alterung um 1,2 Jahre beobachten und im Drogenkonsummobil eine durchschnittliche Alterung um 1,5 Jahre.56 Klienten und Klientinnen (4% aller Nutzer und Nutzerinnen) sind im Jahr 2014 älter als fünfzig Jahre.

	Gesamt	Birkenstube	SKA	Drogenkonsummobil
2012	35,1 Jahre	34,9 Jahre	36,3 Jahre	32,2 Jahre
2013	35,4 Jahre	35,4 Jahre	36,2 Jahre	32,5 Jahre
2014	35,7 Jahre	36,1 Jahre	36,1 Jahre	33,7 Jahre

Tabelle 26: Durchschnittliches Lebensalter der Klientel

In der folgenden Abbildung 32 wird die Altersverteilung der Klientel noch deutlicher. Bei den männlichen Konsumraumnutzer und -nutzerinnen zeigt sich ein sehr deutlicher Gipfel bei den 34-jährigen Nutzer und Nutzerinnen. Das bedeutet, dass dieser Jahrgang die meisten Konsumraumnutzer und -nutzerinnen stellt.

Bei den vergleichsweise wenigen weiblichen Nutzer und Nutzerinnen der Berliner Drogenkonsumräume sind die 28- bis 30-jährigen am häufigsten vertreten, außerdem zeigt sich ein kleiner Gipfel bei den 35-jährigen Nutzer und Nutzerinnen.

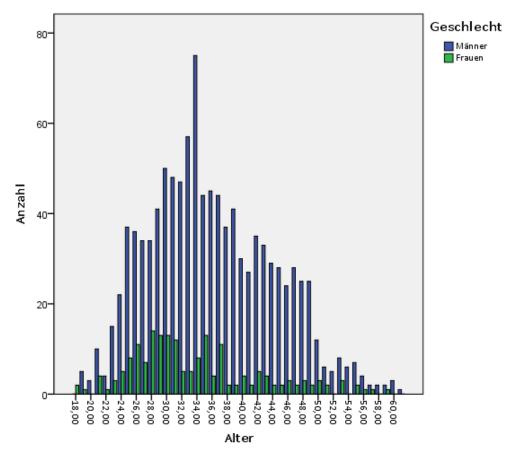


Abbildung 32: Altersverteilung

Um ein genaueres Bild von der Altersstruktur der Klienten und Klientinnen zu erhalten, vergleichen wir im Folgenden das Durchschnittsalter von weiblichen und männlichen Nutzer und Nutzerinnen sowie von häufigen Nutzer und Nutzerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen. Die drei folgenden Tabellen geben jeweils die Werte für ein Kalenderjahr wieder. Neben dem Durchschnittsalter geben wir auch den Median an; dieser Wert teilt jeweils die untersuchte Gruppe in zwei gleich große Hälften – eine Hälfte ist jünger als der Median, die andere Hälfte älter.

Es zeigt sich, dass seltene Nutzer und Nutzerinnen (Frauen wie Männer) ähnliche Werte im Durchschnittsalter aufweisen wie die Gesamtheit aller Klienten und Klientinnen.

Demgegenüber sind männliche häufige Nutzer und Nutzerinnen älter als die Gesamtheit aller Klienten und Klientinnen.

Die häufigen weiblichen Nutzer und Nutzerinnen waren in den Vorjahren jünger als die Gesamtheit aller Klientinnen – für 2014 gilt das aber nicht mehr. Bei der Gruppe der häufigen weiblichen Nutzer und Nutzerinnen handelt es sich aber nur um eine sehr kleine Anzahl von 5 Personen im Jahr 2014 (bzw. 4 und 3 Personen in den Jahren 2013 und 2012), sodass dieser Wert keine Aussagekraft bezüglich eines Trends in der Klientel hat.

Pauschal lässt sich festhalten: Seltene weibliche Nutzer und Nutzerinnen sind im Durchschnitt ähnlich alt wie die Gesamtheit aller Klientinnen, während männliche häufige Nutzer (52+) deutlich älter sind.

		Alle Klienten und Klientinnen	Nur häufige Nutzer und Nutzerinnen (52+)	Nur seltene Nutzer und Nutzerinnen
Männer	Altersdurchschnitt	35,5 J.	36,8 J.	35,7 J.
	Altersmedian	35,0	35,0	35,0
Frauen	Altersdurchschnitt	32,7 J.	27,7 J.	33,2 J.
	Altersmedian	31,5	27,0	32,0
Gesamt	Altersdurchschnitt	35,1 J.	36,2 J.	35,3 J.
	Altersmedian	34,0	35,0	34,0

Tabelle 27: Erhebungsjahr 2012 – Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und Männern, häufigen Nutzer und Nutzerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen

		Alle Klienten und Klientinnen	Nur häufige Nutzer und Nutzerinnen (52+)	Nur seltene Nutzer und Nutzerinnen
Männer	Altersdurchschnitt	35,9 J.	38,3 J.	36,2 J.
	Altersmedian	35,0	39,0	35,0
Frauen	Altersdurchschnitt	32,9 J.	30,8 J.	32,8 J.
	Altersmedian	30,0	29,5	30,0
Gesamt	Altersdurchschnitt	35,4 J.	37,8 J.	35,5 J.
	Altersmedian	34,0	38,5	34,0

Tabelle 28: Erhebungsjahr 2013 – Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und Männern, häufigen Nutzer und Nutzerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen

		Alle Klienten	Nur häufige	Nur seltene
		und	Nutzer und	Nutzer und
		Klientinnen	Nutzerinnen	Nutzerinnen
Männer	Altersdurchschnitt	36,1 Jahre	37,3 Jahre	36,3 Jahre
	Altersmedian	35,0	37,0	35,0
Frauen	Altersdurchschnitt	33,8 Jahre	35,2 Jahre	34,1 Jahre
	Altersmedian	31,0	37,0	32,0
Gesamt	Altersdurchschnitt	35,7 Jahre	37,2 Jahre	35,9 Jahre
	Altersmedian	34,0	37,0	35,0

Tabelle 29: Erhebungsjahr 2014 – Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und Männern, häufigen Nutzer und Nutzerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen

2.3.2 Geschlechtsverhältnis: Frauen und Männer

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, wie viele Männer und Frauen die Drogenkonsumräume in den Jahren 2012 bis 2014 genutzt haben. Nur wenige Frauen nutzen die Berliner Drogenkonsumräume. Der Frauenanteil schwankt in den drei Beobachtungsjahren zwischen etwa 14% und 16%.

		2012	2013	2014
Männer	Anzahl	738	779	1.100
	%	85,9%	84,3%	85,2%
Frauen	Anzahl	121	145	191
	%	14,1%	15,7%	14,8%
Gesamt	Anzahl	859	924	1.291
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 30: Geschlechtsverhältnis 2012 – 2014

Ähnlich niedrige Frauenquoten sind auch aus anderen Untersuchungen bekannt, so aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation und aus einer Untersuchung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). Es handelt sich also nicht um ein Phänomen, dass nur unter Drogengebrauchenden in Berlin zu beobachten ist.

Vertieft man die Analyse der Geschlechtsverhältnisse, zeigt sich, dass der Frauenanteil in allen drei Drogenkonsumräumen ähnlich niedrig ist. Den höchsten Frauenanteil hatte das DKM in 2012, und der niedrigste Frauenanteil ergab sich 2012 in der Birkenstube.

			Birkenstube	SKA	Mobil
2012	Männer	Anzahl	434	270	122
		%	88,6%	84,9%	83,0%
	Frauen	Anzahl	56	48	25
		%	11,4%	15,1%	17,0%
	Gesamt	Anzahl	490	318	147
		%	100,0%	100,0%	100,0%
2013	Männer	Anzahl	410	304	142
		%	85,8%	83,5%	84,5%
	Frauen	Anzahl	68	60	26
		%	14,2%	16,5%	15,5%
	Gesamt	Anzahl	478	364	168
		%	100,0%	100,0%	100,0%
2014	Männer	Anzahl	498	446	254
		%	86,5%	84,0%	86,4%
	Frauen	Anzahl	78	85	40
		%	13,5%	16,0%	13,6%
	Gesamt	Anzahl	576	531	294
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 31: Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nach Drogenkonsumraum, Geschlecht und Erhebungsjahr

2.3.3 Alter

Wie die folgende Tabelle zeigt, ist das durchschnittliche Lebensalter der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen deutlich jünger als das der männlichen Nutzer. Ein deutlicher Altersunterschied zwischen Männern und Frauen lässt sich auch in den Frankfurter Drogenkonsumräumen beobachten. In Berlin ist die Differenz noch ausgeprägter als in Frankfurt. 2012 liegt sie bei 2,8 Jahren, 2013 bei 3,0 Jahren und 2014 bei 2,3 Jahren.

	2012	2013	2014
Männer	35,5 Jahre	35,9 Jahre	36,1 Jahre
Frauen	32,7 Jahre	32,9 Jahre	33,8 Jahre
Gesamt	35,1 Jahre	35,4 Jahre	35,7 Jahre

Tabelle 32: Durchschnittliches Alter von Frauen und von Männern

Bei den Frauen handelt es sich also um eine mehrheitlich junge Nutzer und Nutzerinnengruppe: Die Hälfte aller Nutzer und Nutzerinnen im Jahr 2014 war 31 Jahre alt

oder jünger, die andere Hälfte war 31 Jahre oder älter. Bei den Männern lag der Median 2014 deutlich höher, bei 35 Jahren.

Die nächste Tabelle gibt die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit von Frauen und von Männern in den drei Jahren 2012 bis 2014 wieder. Es zeigt sich, dass Frauen geringere Nutzungsfrequenzen haben als Männer. Zum einen sind also mehr Männer als Frauen unter den Klienten und Klientinnen. Zum anderen frequentiert die männliche Klientel die Räume auch häufiger als die weibliche Klientel.

	2012	2013	2014
Männer	12,7	15,5	17,6
Frauen	8,9	7,9	9,2
Gesamt	12,2	14,3	16,3

Tabelle 33: Durchschnittliche Nutzungshäufigkeiten von Frauen und von Männern

Dieses Ergebnis bestätigt sich, wenn man die Geschlechtsverteilung unter häufigen und unter seltenen Nutzer und Nutzerinnen vergleicht – dazu die drei folgenden Tabellen. Es fällt auf, dass die häufigen Nutzer und Nutzerinnen fast ausschließlich männlichen Geschlechtes sind. Nur 5 bis 7% sind jährlich weiblichen Geschlechts. Bei den häufigen Nutzer und Nutzerinnen sind die Frauen also noch seltener vertreten als unter der Gesamtheit aller Klienten und Klientinnen. Anders verhält es sich bei den seltenen Nutzer und Nutzerinnen: Hier sind die Frauen überrepräsentiert, der Frauenanteil macht jährlich 16 bis 19% aus. Zu Vergleichszwecken ist auch noch einmal das Geschlechtsverhältnis unter allen Klienten und Klientinnen abgebildet.

Anders als in Frankfurt nutzen Frauen also seltener als Männer die Drogenkonsumräume.

		Alle Klienten und Klientinnen	Nur häufige Nutzer und Nutzerinnen (52+)	Nur seltene Nutzer und Nutzerinnen (1- 4x)
Männer	Anzahl	738	45	427
	%	85,9%	93,8%	83,7%
Frauen	Anzahl	121	3	83
	%	14,1%	6,3%	16,3%
Gesamt	Anzahl	859	48	510
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 34: Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2012

		Alle Klienten	Nur häufige	Nur
		und Klientinnen	Nutzer und	seltene Nutzer
			Nutzerinnen	und
			(52+)	Nutzerinnen (1-
				4x)
Männer	Anzahl	779	52	414
	%	84,3%	92,9%	80,9%
Frauen	Anzahl	145	4	98
	%	15,7%	7,1%	19,1%
Gesamt	Anzahl	924	56	512
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 35: Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2013

		Alle Klienten	Nur häufige	Nur
		und Klientinnen	Nutzer und	seltene Nutzer
			Nutzerinnen	und
			(52+)	Nutzerinnen (1-
				4x)
Männer	Anzahl	1.100	97	604
	%	85,2%	95,1%	83,4%
Frauen	Anzahl	191	5	120
	%	14,8%	4,9%	16,6%
Gesamt	Anzahl	1.291	102	724
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 36 Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2014

2.4 Infektionskrankheiten

Injizierende Drogengebrauchende sind vergleichsweise häufig von den Vireninfektionen bzw. Infektionskrankheiten HIV/Aids, Hepatitis B und Hepatitis C betroffen. Im Rahmen des Nutzungsvertragsabschlusses geben die Klienten und Klientinnen an, ob und mit welchen Viren (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) sie infiziert sind. In den folgenden Tabellen ist der Infektionsstatus zu den genannten Viren bei den Neuzugängen 2012 bis 2014 dargestellt. Hierbei handelt es sich um Selbstangaben der Nutzer und Nutzerinnen.

2.4.1 HIV

Mindestens 36 Klienten und Klientinnen gaben an, positiv auf HIV getestet worden zu sein. Da zu 481 Personen der Infektionsstatus unbekannt ist, sind eventuell noch weitere Personen betroffen. Dies liegt durchaus nahe, weil die DRUCK-Studie des RKI höhere HIV-Prävalenzraten festgestellt hat (RKI – Daten ca. 4%⁵).

HIV-Infektionsstatus	Anzahl der Personen	Prozent
Getestet, negativ	979	65,4%
Getestet, positiv	36	2,4%
Status unbekannt	481	32,2%
Gesamtsumme	1.496	100,0%

Tabelle 37: HIV-Infektionsstatus

2.4.2 Hepatitis B

In Bezug auf HBV geben 36 Personen an, positiv getestet worden zu sein. Auch hier sind eventuell noch mehr Personen betroffen, da für 550 Personen kein Testergebnis bekannt ist. Die DRUCK-Studie des RKI hat höhere HBV-Raten festgestellt (RKI – Daten ca. 16%)

HBV-Infektionsstatus	Anzahl der Personen	Prozent
Getestet, negativ	906	60,7%
Getestet, positiv	36	2,4%
Status unbekannt	550	36,9%
Gesamtsumme	1.492	100,0%

Tabelle 38: Hepatitis-B-Infektionsstatus

⁵ Quelle Druck-Studie: http://www.fixpunkt-

 $berlin. de/fileadmin/user_upload/PDF/Hepatitis/DRUCK/ZimmermannR_DRUCKStudie_Berlin_20131204.pdf$

⁶ Quelle Druck-Studie: http://www.fixpunkt-

2.4.3 Hepatitis C

16 Personen geben bei Vertragsabschluss eine akute HCV-Infektion an, weitere 353 Personen geben an, eine chronische HCV-Infektion zu haben. Zu 400 Personen liegt kein Ergebnis vor.

HCV-Infektionsstatus	Anzahl der	Prozent
	Personen	
Getestet, negativ	724	48,5%
Getestet, akut	16	1,1%
Getestet, chronisch	353	23,6%
Status unbekannt	400	26,8%
Gesamtsumme	1.493	100,0%

Tabelle 39: Hepatitis-C-Infektionsstatus

Für 14 Personen liegen Daten zu Ko-Infektionen vor: Sie sind VirusträgerInnen sowohl mit Hepatitis B als auch mit Hepatitis C, sechzehn Personen sind mit HIV und Hepatitis C infiziert. Die Daten der DRUCK-Studie des RKI weisen höhere HCV-Raten auf (RKI – Daten ca. 54% Antikörper, RNA⁷ bei 37%⁸)

2.4.4 Zusammenhang zwischen intravenösem Konsum und Infektionsrisiko In den folgenden Tabellen prüfen wir, ob sich das Risiko einer Virusinfektion mit der Applikationsform des Injizierens erhöht.

280 Neuaufnahmen (18,7%) geben an, noch nie injiziert zu haben. Weitere 195 Personen (13,0%) haben zwar jemals intravenös konsumiert, aber nicht in den vergangenen dreißig Tagen, bevor sie den Nutzungsvertrag unterschrieben. 1.022 Personen (68,3%) geben an, intravenös auch in den vergangenen dreißig Tagen konsumiert zu haben. Bezüglich der Infektion mit Hepatitis C sind die Ergebnisse eindeutig. Nur 2% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, die noch nie intravenös konsumiert haben, haben eine chronische Hepatitis C. Kein einziger/einzige Konsumraumnutzer/ Konsumraumnutzerin dieser Gruppe hat eine akute Hepatitis-C-Infektion. Bei den Personen, die jemals, aber nicht in den vergangenen dreißig Tagen iv konsumiert haben,

⁷ RNA ist die Abkürzung für "Ribonucleicacid", im Deutschen wird auch die Bezeichnung "Ribonukleinsäure" (RNS) verwendet. Die RNS gehört mit der DNS (Desoxyribonukleinsäure) zu den Trägern des genetischen Codes (Erbsubstanz) im Körper und enthält die vollständige Erbinformation, die für den Aufbau und den Erhalt von Leben notwendig ist. Die Analyse der RNS bzw. kleiner RNS-Abschnitte wird daher zur Identifizierung von Organismen wie z. B. des Hepatitis-C-Virus herangezogen. Mithilfe des sogenannten PCR-Tests können bestimmte RNS-Sequenzen des Hepatitis-C-Virus im Blut nachgewiesen werden, wodurch eine eindeutige Diagnose gewährleistet ist (vgl. DHCF, online im Internet).

⁸ Druck-Studie: http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/Hepatitis/DRUCK/ZimmermannR_DRUCKStudie_Berlin_20131204.pdf

sind 0,5% der Klienten und Klientinnen akut betroffen, und bei knapp 27% dieser Klienten und Klientinnen wurde eine chronische Hepatitis angegeben. Von den Personen, die auch in den vergangenen dreißig Tagen iv konsumiert haben, sind 1,5% akut und weitere 29% chronisch betroffen. Die folgende Tabelle zeigt: Intravenös konsumierende Klienten und Klientinnen weisen ein deutlich höheres Risiko auf, sich mit Hepatitis C zu infizieren, als Klienten und Klientinnen, die noch nie oder nicht mehr aktuell i.v. konsumieren.

Applikation	HCV-Infektionsstatus	Anzahl der Personen	Prozent
Noch nie iv konsumiert	Getestet, negativ	154	55,0%
	Getestet, akut	0	0,0%
	Getestet, chron.	5	1,8%
	Status unbekannt	121	43,2%
Gesamtsumme		280	100,0%
iv konsumiert, aber nicht ir	Getestet, negativ	99	50,8%
den 30 Tagen zuvor	Getestet, akut	1	0,5%
	Getestet, chron.	52	26,7%
	Status unbekannt	43	22,1%
Gesamtsumme		195	100,0%
iv konsumiert, (auch) in	Getestet, negativ	471	46,3%
den 30 Tagen	Getestet, akut	15	1,5%
	Getestet, chron.	295	29,0%
	Status unbekannt	236	23,2%
Gesamtsumme		1.017	100,0%

Tabelle 40: Hepatitis-C-Infektionsstatus nach Art der Applikation

Aus den beiden folgenden Tabellen (zum HIV- und HBV-Infektionsstatus) ergibt sich kein so eindeutiger Trend wie bei HCV. Das kann verschiedene Gründe haben, wohl aber vor allem die höhere Infektiosität des HC-Virus.

Aufgrund kleiner Fallzahlen und aufgrund hoher Anzahl von Personen mit "unbekanntem Status", macht es hier Sinn - auch um die Ergebnisse klarer zu machen - nur "HIV-negative" und "HIV-positive" Personen zu vergleichen (und Personen mit unbekanntem Status nicht zu berücksichtigen). Das Verhältnis von HIV-Negativen zu HIV-Positiven unter den nicht iv konsumierenden Personen mit 96:4 ist gleich verteilt wie bei den Personen, die aktuell iv konsumiert haben (ebenfalls 96:4); demnach ist das Infektionsrisiko bei den nicht iv konsumierenden Personen sogar etwas höher als unter den iv-Konsumenten und Konsumentinnen, die auf diese Weise nicht in den vergangenen dreißig Tagen konsumiert haben (97:3).

Applikation	HIV-Infektionsstatus	Anzahl der Personen	Prozent
Noch nie iv konsumiert	Getestet, negativ	153	54,6%
	Getestet, positiv	6	2,1%
	Status unbekannt	121	43,2%
Gesamtsumme		280	100,0%
iv konsumiert, aber nicht	in Getestet, negativ	130	67,0%
den 30 Tagen zuvor	Getestet, positiv	4	2,1%
	Status unbekannt	60	30,9%
Gesamtsumme		194	100,0%
iv konsumiert, (auch) in	Getestet, negativ	694	68,0%
den 30 Tagen zuvor	Getestet, positiv	26	2,5%
	Status unbekannt	300	29,4%
Gesamtsumme		1.020	100,0%

Tabelle 41: HIV-Infektionsstatus nach Art der Applikation

Auch bezüglich der Hepatitis B sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Rechnet man die Kategorie "Status unbekannt" heraus und berücksichtigt nur das Verhältnis "negativer Infektionsstatus" zu "positivem Infektionsstatus", dann beträgt das Verhältnis bei den nicht-iv-Konsumenten 97%: 3%, bei den beiden anderen Gruppen 96%: 4%.

Applikation	HBV-Infektionsstatus	Anzahl der Personen	Prozent
Noch nie iv konsumiert	Getestet, negativ	154	55,0%
	Getestet, positiv	4	1,4%
	Status unbekannt	122	43,6%
Gesamtsumme		280	100,0%
iv konsumiert, aber nicht	in Getestet, negativ	115	59,3%
den 30 Tagen zuvor	Getestet, positiv	5	2,6%
	Status unbekannt	74	38,1%
Gesamtsumme		194	100,0%
iv konsumiert, (auch) in	Getestet, negativ	636	62,6%
den 30 Tagen zuvor	Getestet, positiv	27	2,7%
	Status unbekannt	353	34,7%
Gesamtsumme		1.016	100,0%

Tabelle 42: Hepatitis-B-Infektionsstatus nach Art der Applikation

Bei der Interpretation von allen drei Tabellen ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Personen mit unbekanntem Infektionsstatus je nach Applikation stark schwankt. Es lässt sich insgesamt die Tendenz beobachten, dass Personen mit iv-Konsum häufiger ein Testergebnis nennen konnten als Personen ohne iv-Konsum. Offenbar finden unter iv konsumierenden Personen häufiger Tests statt als unter Konsumraumnutzer und -

nutzerinnen, die noch nie iv konsumiert haben. Möglicherweise sehen sich diese Nutzer und Nutzerinnen auch stärker in Risikosituationen und lassen sich häufiger testen. Schließlich handelt es sich bei Hepatitis B und bei HIV um vergleichsweise gering verbreitete Infektionskrankheiten, sodass schon geringfügig schwankende Fallzahlen deutliche Schwankungen in den prozentualen Verteilungen bewirken. Anders formuliert: Eine einzige Neuinfektion kann die prozentuale Verteilung in den Vergleichsgruppen deutlich verändern.

2.5 Drogennotfälle – Verteilung der Drogennotfälle über die Einrichtungen

Die Daten zeigen, dass in allen drei Drogenkonsumräumen die Anzahl der Drogennotfälle zunimmt: 2012 wurden die wenigsten (9) und 2014 (53) die meisten Drogennotfälle in den Berliner Drogenkonsumräumen gezählt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Anzahl der Konsumvorgänge in allen drei Drogenkonsumräumen zugenommen hat: Je mehr Konsumvorgänge stattfinden, umso häufiger treten auch Überdosierungen auf. Setzt man die Anzahl der Konsumvorgänge ins Verhältnis zur Anzahl der Drogennotfälle, so zeigt sich, dass in der Birkenstube die wenigsten Konsumvorgänge vollzogen wurden, die zu einem Drogennotfall führten. Auf insgesamt 26.179 Konsumvorgänge in den Jahren 2012 bis 2014 entfallen dort nur 28 Notfälle – das Verhältnis beträgt also 934: 1. Dies hängt damit zusammen, dass in der Birkenstube deutlich seltener intravenös konsumiert wird, stattdessen konsumiert die Klientel dort viel häufiger inhalativ als in den beiden anderen Drogenkonsumräumen. Inhalativer Konsum gilt als weniger riskant, was Überdosierungen betrifft (siehe oben).

In der SKA führt ein Konsumvorgang am häufigsten zu einem Drogennotfall – hier wird deutlich häufiger als in der Birkenstube iv konsumiert. In der SKA endet im Durchschnitt jeder 280. Konsumvorgang mit einem Notfall. Im Drogenkonsummobil endet jeder 471. Konsumvorgang mit einem Notfall.

Insgesamt, alle drei DKRs zusammen betrachtet, stieg die Anzahl der Drogennotfälle pro Konsumvorgangüber die Jahre. 2012 endete jeder 1137. Konsumvorgang im Notfall. Im Jahr 2013 endete jeder 617. Konsumvorgang im Notfall. Im Jahr 2014 endete jeder 394. Konsumvorgang in einem Notfall.

Als Risikofaktoren für eine Überdosierung gelten:

 a) Nach längeren Abstinenzphasen, in denen eine physische Entwöhnung erfolgte, steigt das Risiko, zum Beispiel also nach einem Gefängnisaufenthalt oder nach einer Therapie.

- b) Unreine Substanzen, Substanzen von sehr hoher Reinheit, zu hohe Dosierungen und Mischkonsum verschiedener Substanzen (auch Alkohol und Benzodiazepine) zur gleichen Zeit gelten als Risikofaktoren. Daher werden Klienten und Klientinnen, die eine ersichtlich zu hohe Intoxikation aufweisen, vom Personal abgewiesen.
- c) Auch eine schlechte körperliche bzw. psychische Verfassung gilt als Risikofaktor.

2012

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt
DKM	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
SKA	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4
Birkenstube	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Gesamt	5	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	9

Tabelle 43: Drogennotfälle 2012

2013

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt
DKM	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
SKA	0	2	1	1	1	0	3	0	2	1	2	0	13
Birkenstube	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	1	6
Gesamt	0	2	2	3	1	0	4	0	3	3	2	1	21

Tabelle 44: Drogennotfälle 2013

2014

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Gesamt
DKM	1	0	0	1	1	0	3	2	0	1	0	0	9
SKA	0	1	3	4	3	0	1	1	1	3	3	5	25
Birkenstube	1	2	1	0	2	1	3	3	0	1	3	2	19
Gesamt	2	3	4	5	6	1	7	6	1	5	6	7	53

Tabelle 45: Drogennotfälle 2014

2.6 Soziodemografische Entwicklungen

2.6.1 Meldeadresse der Klienten und Klientinnen

Beim Abschließen des Nutzungsvertrags wird der Melde-/Aufenthaltsbezirk der Klienten und Klientinnen dokumentiert. Die folgende Tabelle gibt die Verteilung der Klienten und Klientinnen auf die Bezirke wieder, die bei Vertragsabschluss dokumentiert wurden (Zeitraum 2012 bis 2014). Diese Tabelle lässt zwei Schlussfolgerungen zu.

2.6.2 Verteilung der Klienten und Klientinnen über Berlins Bezirke

- 1. Es zeigt sich, dass die meisten Neuzugänge von SKA und Birkenstube in dem Berliner Bezirk gemeldet sind, in dem auch der Standort des Drogenkonsumraums ist: Die meisten Neuverträge der Birkenstube werden mit Personen aus Berlin-Mitte geschlossen, und die meisten Neuverträge der SKA mit Personen aus Friedrichshain-Kreuzberg. Beim Drogenkonsummobil zeigt sich, dass zwar der Standort in Charlottenburg-Wilmersdorf liegt, die meisten Klienten und Klientinnen aber eine Adresse in Berlin-Mitte angegeben haben. Auch hier ergibt sich aber, dass ein großer Teil der Klienten und Klientinnen entweder Charlottenburg oder Mitte als Adresse angegeben haben auch beim Drogenkonsummobil kommt also ein großer Teil der Klienten und Klientinnen aus der näheren Umgebung des Konsumraums.
- 2. Zwar ziehen die Drogenkonsumräume vorwiegend Personen an, die in der Nähe der Einrichtung gemeldet sind aber nicht nur. Es kommen auch Klienten und Klientinnen aus anderen Bezirken Berlins. Die Einrichtungen haben also nicht nur Klienten und Klientinnen aus der näheren Umgebung, sondern auch Klienten und Klientinnen aus anderen Teilen Berlins. 13% der Klienten und Klientinnen sind außerhalb Berlins gemeldet, kommen also nicht aus einem der zwölf Berliner Bezirke Berlins. Die überwiegende Mehrheit der Klienten und Klientinnen (87%) hat also eine Meldeadresse in Berlin angegeben.

Die genaue Anzahl der Personen, die in den Bezirken gemeldet sind, und ihre prozentuale Verteilung sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

		DKM	SKA	Birkenst.	Gesamt
Charlottenburg-Wilmersdorf (W)	Anzahl	39	23	42	104
	%	15,7%	3,6%	8,2%	7,4%
Friedrichshain-Kreuzberg (W-O)	Anzahl	25	182	41	248
	%	10,0%	28,2%	8,0%	17,6%
Lichtenberg (O)	Anzahl	10	41	19	70
	%	4,0%	6,3%	3,7%	5,0%
Marzahn-Hellersdorf (O)	Anzahl	7	24	18	49
	%	2,8%	3,7%	3,5%	3,5%
Mitte (W-O)	Anzahl	42	76	201	319
	%	16,9%	11,8%	39,3%	22,7%
Neukölln (W)	Anzahl	20	83	23	126
	%	8,0%	12,8%	4,5%	9,0%
Pankow (O)	Anzahl	10	32	21	63
	%	4,0%	5,0%	4,1%	4,5%
Reinickendorf (W)	Anzahl	13	12	32	57
	%	5,2%	1,9%	6,3%	4,1%
Spandau (W)	Anzahl	16	14	19	49
	%	6,4%	2,2%	3,7%	3,5%
Steglitz-Zehlendorf (W)	Anzahl	7	11	16	34
	%	2,8%	1,7%	3,1%	2,4%
Tempelhof-Schöneberg (W)	Anzahl	20	30	14	64
	%	8,0%	4,6%	2,7%	4,5%
Treptow-Köpenick (0)	Anzahl	8	26	3	37
	%	3,2%	4,0%	0,6%	2,6%
Außerhalb Berlins	Anzahl	32	92	63	187
	%	12,9%	14,2%	12,3%	13,3%
Gesamtsumme	Anzahl	249	646	512	1.407
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 46: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Bezirken und Drogenkonsumraum

Die Tatsache, dass in Berlin verschiedene Standorte bestehen, verweist auf die dezentrale Struktur der Berliner Drogenszene. Offenbar bestehen verschiedene Szenetreffpunkte, anders beispielsweise als in Frankfurt oder anderen Großstädten, wo sich das Geschehen mehrheitlich auf einen Stadtteil (z.B. Bahnhofsviertel) konzentriert.

2.6.3 Verteilung der Klienten und Klientinnen auf West- und Ostberlin In der folgenden Tabelle wurden die Meldeadressen der Neuzugänge dem ehemaligen Westen und dem ehemaligen Osten der geteilten Stadt Berlins zu Zeiten vor dem

Mauerfall zugeordnet. Da zwei Berliner Bezirke (Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg) vor dem Mauerfall teils dem Osten und teils dem Westen zugehörten, mussten die Klienten und Klientinnen aus diesen beiden Bezirken in einem aufwändigen Verfahren einzeln, auf der Basis der Postleitzahlen, entweder dem Osten oder dem Westen zugeteilt werden.

		Männer	Frauen	Gesamt
Berlin West	Anzahl	774	145	919
	%	66,2%	60,9%	65,3%
Berlin Ost	Anzahl	242	59	301
	%	20,7%	24,8%	21,4%
außerhalb Berlins	Anzahl	153	34	187
	%	13,1%	14,3%	13,3%
Gesamtsumme	Anzahl	1.169	238	1.407
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 47: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Berlin West/Ost und Geschlecht

Es zeigt sich, dass knapp 22 % der Klienten und Klientinnen aus Ostberlin stammen. Von den Berliner Klienten und Klientinnen ist etwa jeder Vierte in Ostberlin gemeldet, hinzukommen bei dieser Betrachtung die Klienten und Klientinnen von außerhalb. 301 Klienten und Klientinnen sind dem Osten der Stadt zuzuordnen. Das folgende Diagramm stellt diese Verteilung aus der Tabelle grafisch dar.

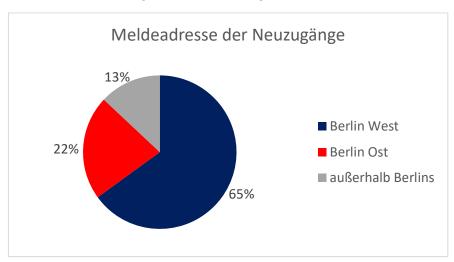


Abbildung 33: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen bei Neuzugang 2012 – 2014

Diese Tatsache ist von Interesse, da im Osten Berlins keine niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen bestehen, die vergleichbar mit den Einrichtungen SKA, Birkenstube und Drogenkonsummobil sind. Um ein genaueres Bild von der Situation zu erhalten, haben wir in der folgenden Tabelle genauer analysiert, welchem Teil der Stadt die Klienten und Klientinnen der einzelnen Drogenkonsumräume zuzuordnen sind. Es zeigt sich, dass in der SKA die meisten Ost-Berliner Neuzugänge zu finden sind – sowohl prozentual als auch absolut. 174 Neuzugänge der SKA (27%) sind in Berlins Osten gemeldet. In der Birkenstube hingegen finden sich die meisten West-Berliner Neuzugänge – 368 Personen (72% der Klienten und Klientinnen der Birkenstube).

Allein mit der räumlichen Nähe zum früheren Mauerverlauf kann der hohe Anteil der Neuzugänge aus dem früheren Ostberlin in der SKA nicht erklärt werden; zwar liegt die SKA in der Nähe des früheren Mauerverlaufs, aber auch die Birkenstube ist nicht viel weiter entfernt von der früheren Grenze zwischen Ost und West. Und das Drogenkonsummobil ist sowohl mit seinem derzeitigen Standort am Stuttgarter Platz als auch mit dem früheren Standort in der Jebensstraße viel weiter im Westen gelegen als die Birkenstube – dennoch hat das Drogenkonsummobil prozentual weniger Klienten und Klientinnen aus dem Westen als die Birkenstube.

		Drogenkonsummobil	SKA	Birkenstube	Gesamtsumme
Berlin West	Anzahl	171	380	368	919
	%	68,7%	58,8%	71,9%	65,3%
Berlin Ost	Anzahl	46	174	81	301
	%	18,5%	26,9%	15,8%	21,4%
außerhalb	Anzahl	32	92	63	187
Berlins	%	12,9%	14,2%	12,3%	13,3%
Gesamtsumme	Anzahl	249	646	512	1.407
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 48: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Berlin West / Ost und Drogenkonsumraum

2.6.4 Wohnsituation der Klienten und Klientinnen

Die folgende Tabelle gibt wieder, in welcher Wohnsituation sich die Klienten und Klientinnen bei Unterzeichnung des Neuvertrags befinden. Es zeigt sich, dass nur 39% der Klienten und Klientinnen eine eigene Wohnung haben – Frauen häufiger als Männer. Weitere 24% leben bei anderen Personen, 3% im Betreuten Wohnen und 8% in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim. 2% der Klienten und Klientinnen geben an, sich in einer Klinik, JVA oder einer sonstigen Wohnsituation zu befinden.

Fasst man die Kategorien "Ohne Wohnung" und "Notunterkunft / Übernachtungsstelle" zusammen, leben insgesamt 352 Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, davon 303 Männer und 49 Frauen, in prekären Wohnverhältnissen, also in der Regel 'auf der

Straße'. Etwa jeder Vierte (24%) befindet sich demnach in prekären Wohnverhältnissen. Männer sind etwas häufiger betroffen (24%) als Frauen (19%).

Der Vergleichswert aus der Frankfurter Konsumraumdokumentation: Auch in Frankfurt ist ein beträchtlicher Anteil der Klienten und Klientinnen von prekären Wohnverhältnissen betroffen; dort leben im Jahr 2013 21% der Klienten und Klientinnen leben in prekären Wohnverhältnissen (Männer 20%, Frauen 23%).

Wohnsituation		Männer	Frauen	Gesamt
Selbständiges Wohnen	Anzahl	474	116	590
	%	38,2%	45,7%	39,5%
Bei anderen Personen	Anzahl	296	57	353
	%	23,9%	22,4%	23,6%
Ambulant Betreutes Wohnen	Anzahl	37	11	48
	%	3,0%	4,3%	3,2%
Klinik / stationäre Rehabilitation	Anzahl	3	0	3
	%	0,2%	0,0%	0,2%
Wohnheim / Übergangswohnheim	Anzahl	105	17	122
	%	8,5%	6,7%	8,2%
JVA	Anzahl	10	1	11
	%	0,8%	0,4%	0,7%
Notunterkunft /	Anzahl	87	14	101
Übernachtungsstelle	%	7,0%	5,5%	6,8%
Ohne Wohnung	Anzahl	216	35	251
	%	17,4%	13,8%	16,8%
Sonstiges	Anzahl	12	3	15
	%	1,0%	1,2%	1,0%
Gesamt	Anzahl	1.240	254	1.494
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 49: Wohnsituation nach Geschlecht

Die folgende Tabelle bezieht sich nur auf die Personen, die aktuell, also zur Zeit des Abschlusses des Neuvertrages, in prekären Wohnverhältnissen gelebt haben. Die Tabelle gibt wieder, in welcher Wohnsituation sich diese Personen in den sechs Monaten zuvor überwiegend befanden.

Es zeigt sich, dass die Mehrheit von ihnen, nämlich 54%, auch schon zuvor in prekären Wohnverhältnissen gelebt haben. Einmal in prekären Wohnverhältnissen, ist es offenbar sehr schwer, wieder eine gesicherte Wohnmöglichkeit zu finden.

Außerdem lässt sich ein Zusammenhang zwischen einer Haftstrafe und darauf folgender Obdachlosigkeit beobachten. 16% der Klienten und Klientinnen in prekären Wohnverhältnissen waren zuvor in einer JVA. Offenbar gelingt vielen Klienten und Klientinnen nicht der Übergang vom Gefängnis in gesicherte Wohnverhältnisse – sie geraten in prekäre Wohnverhältnisse.

Dieser Zusammenhang zwischen verbüßter Haftstrafe und prekären Wohnverhältnissen ist auch aus Frankfurt bekannt - der Vergleichswert für Frankfurt liegt noch höher, im Jahr 2013: 22% der Klienten und Klientinnen in prekären Wohnverhältnissen waren zuvor in einer JVA.

71 Personen, also 20% der Klienten und Klientinnen in prekären Wohnverhältnissen wohnten in den sechs Monaten zuvor noch selbständig oder bei anderen Personen, haben nun aber diese Wohnmöglichkeiten verloren. Das Risiko, von einem Aufenthalt in einer Klinik bzw. stationären Rehabilitationsmaßnahme, dem Betreuten Wohnen oder einem (Übergangs-) Wohnheim in prekäre Wohnverhältnisse zu geraten, ist weniger hoch: Insgesamt 10% der Personen, deren Wohnverhältnisse prekär sind, waren zuvor in einer der drei genannten Einrichtungen.

Wohnsituation		Männer	Frauen	Gesamt
Selbständiges Wohnen	Anzahl	37	5	42
	%	12,2%	10,2%	11,9%
Bei anderen Personen	Anzahl	18	11	29
	%	5,9%	22,4%	8,2%
Ambulant Betreutes Wohnen	Anzahl	11	1	12
	%	3,6%	2,0%	3,4%
Klinik / stationäre Rehabilitation	Anzahl	13	1	14
	%	4,3%	2,0%	4,0%
Wohnheim / Übergangswohnheim	Anzahl	9	1	10
	%	3,0%	2,0%	2,8%
JVA / Maßregelvollzug /	Anzahl	49	6	55
Sicherheitsverwahrung	%	16,2%	12,2%	15,6%
Notunterkunft /	Anzahl	27	4	31
Übernachtungsstelle	%	8,9%	8,2%	8,8%
Ohne Wohnung	Anzahl	139	20	159
	%	45,9%	40,8%	45,2%
Gesamt	Anzahl	303	49	352
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 50: Wohnsituation (letzte 6 Monate) nach aktuell prekären Wohnverhältnissen und Geschlecht

2.6.5 Nationalität und Sprache

Berlin ist eine internationale Stadt mit Menschen aus verschiedenen Nationen und Kulturkreisen. Mit dem hohen Anteil an Menschen aus anderen Ländern können Verständigungsprobleme einhergehen. Die Drogenkonsumräume reagieren vorbildlich auf den hohen Anteil an Personen, die nicht oder kaum deutsch sprechen, indem sie mehrsprachige MitarbeiterInnen beschäftigen. Außerdem bieten sie beispielsweise Unterlagen wie die Neuverträge in verschiedenen Sprachen an.

Die folgende Tabelle gibt den Anteil der Klienten und Klientinnen wieder, die bei Vertragsabschluss der deutschen Sprache mächtig sind, und den Anteil derer, die es nicht sind. Zu 134 Personen wurde in den Jahren 2012 bis 2014 dokumentiert, dass sie kein oder kaum Deutsch sprechen. Dabei liegen nicht zu allen Klienten und Klientinnen Angaben vor; zu 73% aller Neuverträge bestehen Angaben. Zu weiteren 27% fehlen die Angaben.

"Klient ist der o mächtig"	leutschen Sprache	Männer	Frauen	Gesamtsumme
ja	Anzahl	797	165	962
	%	64,0%	65,0%	64,1%
nein	Anzahl	120	14	134
	%	9,6%	5,5%	8,9%
Keine	Anzahl	329	75	404
Angaben	%	26,4%	29,5%	26,9%
Gesamt	Anzahl	1.246	254	1.500
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 51: Deutsche Sprache nach Geschlecht

2.6.6 Staatsangehörigkeit

Wie die folgenden Tabellen zeigen, ist ein großer Teil der Klienten und Klientinnen nichtdeutscher Nationalität. Für die Drogenkonsumräume "Drogenkonsummobil" und "SKA"
wurden nur die Merkmalsausprägungen "deutsch", "türkisch" oder "andere Staaten"
ausgewertet, da diese EDV-gestützt auswertbar waren. Für die Birkenstube wurde
detailliert die Staatsangehörigkeit der Klienten und Klientinnen ausgewertet, da das dort
verwendete Programm zur Auswertung der KDS Daten eine detaillierte Eingabe
ermöglichte.

2.6.6.1 Drogenkonsummobil: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht 32% der Klienten und Klientinnen haben keine deutsche Staatsangehörigkeit – bei den Frauen ist der Anteil an nicht-deutschen Personen niedriger als bei den Männern. Frauen aus anderen Nationen nutzen also vergleichsweise seltener als Männer aus anderen Nationen das Drogenkonsummobil.

Staatsangehörigkeit		Männer	Frauen	Gesamt
Deutsch	Anzahl	153	33	186
	%	66,5%	75,0%	67,9%
Türkisch	Anzahl	1	0	1
	%	0,4%	0,0%	0,4%
Andere Staaten	Anzahl	76	11	87
	%	33,0%	25,0%	31,8%
Gesamt	Anzahl	230	44	274
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 52: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht im DKM

2.6.6.2 SKA: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht

Auch für die SKA liegen nur drei Merkmalsausprägungen vor: deutsch, türkisch oder andere Staaten. Die SKA hat also einen hohen Anteil an Klienten und Klientinnen aus anderen Staaten: 6% der Klienten und Klientinnen sind türkische Staatsangehörige, 24% kommen aus anderen Staaten. Es fällt auch hier auf, dass der Frauenanteil an ausländischen Konsumraumnutzer und -nutzerinnen sehr niedrig ist.

Staatsangehörigkeit		Männer	Frauen	Gesamt
Deutsch	Anzahl	369	107	476
	%	65,7%	88,4%	69,7%
türkisch	Anzahl	39	2	41
	%	6,9%	1,7%	6,0%
Andere Staaten	Anzahl	154	12	166
	%	27,4%	9,9%	24,3%
Gesamt	Anzahl	562	121	683
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 53: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht in der SKA

2.6.6.3 Birkenstube: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht

Für die Birkenstube wurden auch Angaben zu anderen Staatsangehörigkeiten als die Deutsche und die Türkische ausgewertet. In der Tabelle sind die Personen mit den fünf am häufigsten vorkommenden Nationalitäten gelistet.

Staatsangehörigkeit		Männer	Frauen	Gesamt
deutsch	Anzahl	270	71	341
	%	59,7%	79,8%	63,0%
türkisch	Anzahl	23	0	23
	%	5,1%	0,0%	4,3%
polnisch	Anzahl	34	7	41
	%	7,5%	7,9%	7,6%
litauisch	Anzahl	17	1	18
	%	3,8%	1,1%	3,3%
russisch	Anzahl	16	1	17
	%	3,5%	1,1%	3,1%
Andere Staaten	Anzahl	92	9	101
	%	20,4%	10,1%	18,7%
Gesamt	Anzahl	452	89	541
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 54: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht in der Birkenstube

Die in der Tabelle genannten Personen aus "anderen Staaten" haben folgende Staatsangehörigkeiten (der Häufigkeit nach sortiert):

- 14x ehem. Jugoslawien (11 Männer, 3 Frauen)
- 12x Bulgarien (11 Männer, 1 Frau)
- 9x Italien (9 Männer)
- 8x Rumänien (7 Männer, 1 Frau)
- 5x "andere Staaten" (ohne Nennung der Staaten; 5 Männer)
- 4x Ukraine (4 Männer)
- 4x Griechenland (4 Männer)
- 4x Lettland (4 Männer)
- 4x Portugal (3 Männer, 1 Frau)
- 3x Bosnien-Herzegowina (3 Männer)
- 3x Tschechien (3 Männer)
- 3x Ungarn (2 Männer, 1 Frau)
- 3x Mazedonien (3 Männer)
- 2x Turkmenistan (2 Männer)
- 2x Libanon (2 Männer)
- 2x Israel (2 Männer)
- 2x Ägypten (2 Männer)

- 2x Spanien (2 Männer)
- 2x Großbritannien (2 Männer)
- 2x Iran (2 Männer)
- 1x Österreich (1 Frau)
- 1x Algerien (1 Mann)
- 1x Georgien (1 Mann)
- 1x Gambia (1 Frau)
- 1x Kroatien (1 Mann)
- 1x Irak (1 Mann)
- 1x Kasachstan (1 Mann)
- 1x Moldawien (1 Mann)
- 1x Pakistan (1 Mann)
- 1x Slowakei (1 Mann)
- 1x Syrien (1 Mann)

Die folgende Tabelle gibt die am häufigsten dokumentierten Staatsangehörigkeiten der Neuzugänge wieder (nicht aufgegliedert nach Einrichtungen, sondern alle Neuzugänge von 2012 bis 2014 zusammen). Es zeigt sich, dass Drogenkonsumräume relativ häufig von Klienten und Klientinnen aufgesucht werden, die aus dem Osten Europas bzw. Russland, also aus ehemaligen Ostblockländern bzw. der Sowjetunion stammen (Polen, Litauen, Russland), des Weiteren häufig von türkischen Staatsangehörigen.

Insgesamt zeigt sich eine breite Streuung bezüglich der Staatsangehörigkeiten: Personen mit 35 verschiedenen Nationalitäten haben Nutzungsverträge geschlossen. Da zu 258 Klienten und Klientinnen eine Staatsangehörigkeit aus "anderen Staaten" vermerkt ist, also keine Angaben zur Staatsangehörigkeit vorliegen, sind sehr wahrscheinlich noch mehr Klienten und Klientinnen mit anderen nicht-deutschen Nationalitäten unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen.

Exkurs:

Die Analyse der folgenden Tabelle ergibt, dass der Anteil der Konsumraumnutzer und nutzerinnen nicht-deutscher Nationalität überdurchschnittlich hoch ist: Während für das Land Berlin gilt, dass 14,5% der Bevölkerung eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit haben⁹, liegt der AusländerInnenanteil in den Drogenkonsumräumen viel höher, bei 33%.

⁹ Quelle: http://www.in-berlin-brandenburg.com/Berliner/auslaender.html

Frauen nicht-deutscher Nationalität sind viel seltener als Männer in den Drogenkonsumräumen anzutreffen. Während der AusländerInnenanteil bei den Männern 36% beträgt, liegt der AusländerInnenanteil bei den Frauen bei nur 17%. Nur 43 nicht-deutsche Frauen haben in den letzten drei Jahren einen Nutzungsvertrag unterschrieben. Dies lässt verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zu: Eventuell entwickeln Frauen aus anderen Ländern seltener drogenspezifische Probleme als die Männer (z.B. aus kulturellen Gründen, bestimmten Frauen- und Männerrollen, etc.) und zählen daher so selten zur Klientel der Drogenkonsumräume. Denkbar ist auch, dass drogenabhängige Frauen aus anderen Nationen sich von der Institution Drogenkonsumraum nicht angesprochen fühlen und daher die Einrichtungen nur selten nutzen.

Staatsangehörigke	it	Männer	Frauen	Gesamt
deutsch	Anzahl	792	211	1.003
	%	63,7%	83,1%	67,0%
türkisch	Anzahl	63	2	65
	%	5,1%	0,8%	4,3%
polnisch	Anzahl	34	7	41
	%	2,7%	2,8%	2,7%
litauisch	Anzahl	17	1	18
	%	1,4%	0,4%	1,2%
Russisch	Anzahl	16	1	17
	%	1,3%	0,4%	1,1%
Andere Staaten	Anzahl	322	32	354
	%	25,9%	12,6%	23,6%
Gesamt	Anzahl	1.244	254	1.498
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 55: Staatsangehörigkeit Neuzugänge 2012 – 2014

2.7 Besucher und Besucherinnenabweisungen

Zwischen dem 1.1.2012 und dem 31.12.2014 wurden in den Monatsberichten der drei Berliner DKRs zusammen 456 Besucherabweisungen dokumentiert. Davon fallen 17 auf das Jahr 2012, 118 auf das Jahr 2013 und 321 auf das Jahr 2014.

Jahr	Drogenkonsumraum	Anzahl der Besucherabweisungen
2012	Drogenkonsummobil	2
2013	Drogenkonsummobil	97
2014	Drogenkonsummobil	290
2012	SKA	7
2013	SKA	17
2014	SKA	30
2012	Birkenstube	8
2013	Birkenstube	4
2014	Birkenstube	1

Tabelle 56: Besucher und Besucherinnenabweisungen in den drei DKRs, 2012 – 2014

Es fällt auf, dass das Drogenkonsummobil im Jahr 2013 und vor allem im Jahr 2014 eine sehr hohe Anzahl an Besucher und Besucherinnenabweisungen hatte. Im Jahr 2014 wurden dort im Monatsdurchschnitt 77 Besucher und Besucherinnen gezählt, und monatlich 24 Besucher und Besucherinnen mussten abgewiesen werden.

260 der 290 abgewiesenen Besucher und Besucherinnen im Drogenkonsummobil werden im Jahr 2014 aus Zeit- bzw. Platzgründen abgewiesen. Das bedeutet, dass gerade kein Konsumplatz frei war, der/die Besucher/In zu spät gekommen ist, oder nicht warten konnte oder wollte. Rund 90% aller abgewiesenen Besucher und Besucherinnen wurden also abgewiesen, weil die Kapazitäten des Drogenkonsummobils zu gering sind, um allen Besucher und Besucherinnen den Konsum zu ermöglichen.

Im Monatsdurchschnitt (Jahr 2014) kamen dort 346,5 Konsumvorgänge zustande. Hätten auch die abgewiesenen Besucher und Besucherinnen die Möglichkeit gehabt, im Drogenkonsummobil zu konsumieren, wären monatlich mindestens weitere 7% Konsumvorgänge im Drogenkonsummobil zustande gekommen.

Dabei sind aber noch nicht alle abgewiesenen Besucher und Besucherinnen erfasst. In allen Monatsberichten von Juli bis Dezember 2014 ist dokumentiert worden, dass viele DrogenkonsumentInnen gar nicht erst zum Drogenkonsummobil gekommen sind, weil sie schon aus der Ferne gesehen haben, dass sich bereits eine Warteschlange am Einlass gebildet hat.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass am Stuttgarter Platz insbesondere seit 2014 ein deutlich höherer Bedarf an Konsumplätzen besteht, als tatsächlich zur Verfügung stehen. Obwohl seit Mai 2014 die Kapazitäten deutlich erweitert wurden und die Anzahl der Öffnungstage deutlich erhöht wurde, besteht weiterhin Bedarf. Das Angebot deckt die Nachfrage nicht. Diese Situation wird von den MitarbeiterInnen teilweise als sehr belastend empfunden, wie im Monatsbericht Mai 2014 vermerkt wird.

2.7.1 Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen – Kategorienbildung

Im Folgenden werden die Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen genauer analysiert. Die in den Monatsberichten dokumentierten Gründe lassen sich in neun verschiedene Kategorien einteilen. Anschließend werden die kategorisierten Besucher und Besucherinnenabweisungen tabellarisch dargestellt; daraus lassen sich Schlussfolgerungen ableiten. Anzumerken ist hierbei, dass es sich womöglich um eine Untererfassung handeln dürfte, da z. B. die Abweisungen wegen Platzmangels anfänglich noch nicht konsequent dokumentiert wurden.

2.7.1.1 Zeit- und Platzgründe

Hierunter fallen alle Besucher und Besucherinnenabweisungen, die dadurch zustande kamen, weil nicht genügend Konsumplätze vorhanden waren oder die Öffnungszeiten keinen Konsum an diesem Tag mehr zuließen. Alle hier gelisteten Besucher und Besucherinnenabweisungen kommen also zustande, weil die Nachfrage nach einem Platz im Drogenkonsumraum größer als das Angebot ist. Würde man das Angebot, also Öffnungszeiten bzw. zur Verfügung stehende Konsumplätze erweitern, würden diese abgewiesenen Besucher und Besucherinnen die Möglichkeit bekommen, den DKR zu nutzen.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- kein freier Konsumplatz
- > BesucherIn kann nicht warten
- > BesucherIn will keinen Vertrag machen, weil er / sie zu ungeduldig ist bzw. keine Zeit hat

- > es ist kein Rauchplatz vorhanden (im Drogenkonsummobil)
- > BesucherIn kommt zu spät
- > BesucherIn wird wegen eines Drogennotfalls weggeschickt

2.7.1.2 Anonymität / Ausweisen / sonstige vertragliche Probleme

Hierunter fallen alle Besucher und Besucherinnenabweisungen, die zustande kommen, weil die Besucher und Besucherinnen anonym bleiben wollen oder aus anderen Gründen keinen Nutzungsvertrag mit dem DKR schließen können / wollen. Da der Verkauf, Erwerb und Besitz von Drogen illegal ist, besteht eventuell bei einigen (potenziellen) Klienten und Klientinnen ein Misstrauen gegenüber der Einrichtung, sich auszuweisen und die Daten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum speichern zu lassen. Dem steht aber die Verbindlichkeit gegenüber, sich an die Hausordnung und Nutzungsregeln zu halten, die wohl niedriger wäre, wenn die Nutzer und Nutzerinnen der DKRs anonym blieben.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- > BesucherIn kann sich nicht ausweisen
- BesucherIn will anonym konsumieren
- > BesucherIn will keinen Vertrag machen
- BesucherIn ist unter 18 J. und hat keine Einverständniserklärung der Eltern / ist nicht einverstanden, dass der DKR Kontakt zum Jugendamt aufnimmt
- > Fremdsprache: keine Verständigung möglich, um einen Vertrag zu schließen
- sonstige Nichterfüllung eines in der Hausordnung verankerten Zugangskriteriums zum DKR.

2.7.1.3 BesucherIn hat keine Erfahrung oder braucht aktive Hilfe

Hier sind alle Besucher und Besucherinnenabweisungen summiert, die zustande kommen, weil der/die Besucher/In beim Konsum aktive Hilfe von einer anderen Person bräuchte. Das betrifft zum einen Personen, die keine Erfahrung mit dem Applizieren von Drogen (insbes. iv-Konsum oder inhalativer Konsum) haben und daher als Erst- oder GelegenheitskonsumentInnen vom Konsum ausgeschlossen werden sollen. Allerdings brauchen auch manche erfahrenen Konsumenten und Konsumentinnen aktive Hilfe beim Konsum, wenn ihre Venen bereits durch den dauerhaften Konsum geschädigt sind.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- BesucherIn kann nicht selber spritzen
- > BesucherIn hat keine aktive Konsumerfahrung

> BesucherIn würde aktive Hilfe beim Spritzen gebrauchen

2.7.1.4 BesucherIn will teilen / kommt mit bereits aufgezogener Spritze Einige Besucher und Besucherinnen müssen abgewiesen werden, weil sie mit bereits aufgezogener Spritze kommen oder die zum Konsum bestimmte Substanz mit einem/einer anderen Besucher/In teilen wollen. Bei aufgezogenen Spritzen ist aber nicht sichergestellt, dass die Spritze steril ist. Das Teilen von Konsumsubstanzen ist vor dem Hintergrund verboten, dass die Weitergabe von Drogen illegal ist. So soll auch von vornherein der Drogenhandel innerhalb des DKR unterbunden werden.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- > BesucherIn kommt mit bereits aufgezogener Spritze
- > BesucherIn will Drogen mit einem/einer anderen Besucher/In teilen.

2.7.1.5 Ansteckungsgefahr

Der Konsum von (oft unreinen) Substanzen schwächt den Körper. Hinzu kommt, dass einige Klienten und Klientinnen nicht die Möglichkeit haben, jeden Tag Körperhygiene zu betreiben (Personen ohne festen Wohnsitz). Daher besteht unter den Besucher und Besucherinnen der DKRs ein erhöhtes Risiko, von Krankheiten betroffen oder von Parasiten befallen zu werden. Ist ein/e Besucher/In offensichtlich davon betroffen, muss er/sie abgewiesen werden, um andere Nutzer und Nutzerinnen vor der Ansteckung zu bewahren.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- > BesucherIn hat extremen Krätzebefall
- Verdacht auf Kopfläuse
- Verdacht auf Krätze.

2.7.1.6 Unzulässige Substanz / iv-Konsum von Tabletten / Reste aus dem Filter aufkochen

DKRs wurden für eine bestimmte Klientel eingerichtet – nämlich die regelmäßigen Konsumenten und Konsumentinnen hauptsächlich von Heroin und Kokain bzw. Crack sowie von Amphetaminen und deren Derivaten. Andere psychotrope Substanzen dürfen nicht konsumiert werden. Auch das Aufkochen von Filtern, die bei früheren intravenösen Konsumvorgängen gesammelt wurden und noch Reste der Substanz enthalten, ist nicht erlaubt, um der Übertragung von Infektionskrankheiten vorzubeugen.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

BesucherIn will gebrauchte Filter aufkochen

- > BesucherIn will Diazepam injizieren
- > BesucherIn will eine Tablette iv konsumieren
- > BesucherIn will Ketamin konsumieren
- BesucherIn will eine undefinierbare Substanz (vermutlich Methadon-Sirup-Mischung) konsumieren
- allgemein: unzulässige / unerlaubte / laut Rechtsverordnung nicht zulässige Substanz.

2.7.1.7 Regelverstöße / Hausverbot / Beleidigung der MitarbeiterInnen Die Arbeit im Drogenkonsumraum kann für die MitarbeiterInnen sehr belastend sein. Es bedarf daher klarer Regeln, um aggressives Verhalten und Beleidigungen gegenüber MitarbeiterInnen möglichst zu verhindern. Die Einhaltung der Hausordnung und der DKRNutzungsregeln sind als Schutz für die MitarbeiterInnen und auch für die Klientel wichtig.

- Im Einzelnen wurde dokumentiert:
 - > BesucherIn beleidigt massiv die MitarbeiterInnen
 - extrem aggressives Verhalten
 - > fehlende Bereitschaft, sich an DKR-Nutzungsregeln zu halten
 - > es besteht bereits ein Hausverbot
 - allgemein: Missachtung der Hausregeln / Verstoß gegen Nutzungsregeln.

2.7.1.8 Intoxikation

Drogenkonsumräume haben den Auftrag, die gesundheitlichen Risiken für die Klienten und Klientinnen minimal zu halten und Drogennotfälle möglichst zu verhindern (Überlebenshilfe). Daher werden Besucher und Besucherinnen, die wirken, als würden sie bereits zu stark unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss stehen, abgewiesen.

Im Einzelnen wurde dokumentiert:

- > zu starke Intoxikation
- BesucherIn will nach erlittenem Notfall erneut in einem stark intoxikierten Zustand den DKR nutzen
- BesucherIn hat bereits grenzwertig konsumiert

2.7.1.9 Besucher/In befindet sich in Substitutionsbehandlung

Die Vergabe von Substitutionsmitteln, wie z.B. Methadon oder Buprenorphin sollen dem Betroffenen die Möglichkeit geben, aus dem Szenealltag auszusteigen. Indem das

physische Verlangen nach Heroin durch die Substitutionsmedikamente aufgehoben wird, kann der/die Klient/In sich auf seine/ihre gesundheitlich-soziale Stabilisierung konzentrieren. Daher dürfen offensichtlich Substituierte die DKRs nicht nutzen, auch nicht zum Konsum anderer Substanzen wie Kokain. Allerdings hat die Praxis gezeigt, dass Personen, die Substitutionsmedikamente erhalten, dennoch häufig weitere psychotrope Substanzen wie Kokain konsumieren. Obwohl der Mischkonsum mehrerer Drogen als gesundheitlich besonders gefährlich gilt, besteht für diese Personengruppe – zumindest für offenkundig Substituierte – also theoretisch nicht die Möglichkeit, die hygienischen, stressärmeren, spezifisch therapeutisch ausgerichteten Interventionen und für Notfälle ausgestatteten Drogenkonsumräume zu nutzen. Allerdings ist diese Regelung eine Auflage des Berliner Gesetzgebers und somit auch in der Berliner Drogenkonsumraumverordnung festgeschrieben. Ein weiterer Grund dieser Regel liegt in der Befürchtung von SubstitutionsärztInnen, die rechtliche Repressionen befürchten, wenn sie trotz Beikonsum der Klientel – der durch die DKR-Nutzung dann öffentlich betrieben wird –, die Substitution fortsetzen.

2.7.2 Tabellarische Übersicht: Gründe für die Besucher- und Besucherinnenabweisungen (BA) in den einzelnen Drogenkonsumräumen

Drogenkonsummobil		2012	2013	2014	Gesamt
1) kein Konsumplatz frei /	Anzahl	0	71	260	331
keine Zeit	%	0%	73%	90%	85%
2) Anonymität / Ausweis /	Anzahl	0	8	14	22
Vertrag	%	0%	8%	5%	6%
3) Hat keine Erfahrung	Anzahl	0	2	3	5
oder braucht aktive Hilfe	%	0%	2%	1%	1%
4) Will teilen / kommt mit	Anzahl	0	8	7	15
aufgezog. Spritze	%	0%	8%	2%	4%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	0	0	1	1
	%	0%	0%	0,3%	0,3%
6) Unzulässige Substanz /	Anzahl	2	1	1	4
will Filter aufkochen	%	100%	1%	0,3%	1%
7) beleidigt	Anzahl	0	0	0	0
MitarbeiterInnen / Regelverstöße etc.	%	0%	0%	0%	0%
8) Intoxikation	Anzahl	0	0	1	1
	%	0%	0%	0,3%	0,3%
9) Ist substituiert mit	Anzahl	0	7	3	10
Heroin-Ersatzstoffen	%	0%	7%	1%	3%
Gesamt	Anzahl	2	97	290	389
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 57: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen im Drogenkonsummobil, 2012 – 2014

Wie bereits oben gezeigt, wurden die meisten Besucher und Besucherinnen im Drogenkonsummobil deswegen abgewiesen, weil nicht genug Plätze vorhanden waren, der/die Besucher/In zu spät gekommen ist, oder der/die Besucher/In nicht warten konnte oder wollte. 331 Personen wurden aus diesem Grund abgewiesen. Hinzu kommen viele weitere Besucher und Besucherinnen, die aus der Ferne eine Warteschlange gesehen und daher gar nicht erst versucht haben, im Drogenkonsummobil zu konsumieren.

Der zweithäufigste Grund für eine Besucher und Besucherinnenabweisung besteht darin, dass Besucher und Besucherinnen für die Nutzung einen Vertrag unterschreiben müssen. Insgesamt 22 Personen wollten im Beobachtungszeitraum anonym bleiben, keinen Nutzungsvertrag unterzeichnen, oder konnten aus sonstigen vertraglichen Problemen das Drogenkonsummobil nicht nutzen.

- 15 Personen wurden abgewiesen, weil sie entweder die psychotrope(n) Substanz(en) mit einem/einer weiteren Besucher/In teilen wollten oder bereits mit aufgezogener Spritze zum Drogenkonsummobil kamen.
- 10 Personen mussten abgewiesen werden, weil sie mit Ersatzstoffen wie Methadon substituiert werden.
- 5 Personen hätten aktive Hilfe von einem/einer anderen Konsument/In gebraucht bzw. hatten keine aktive Konsumerfahrung und durften daher nicht das Drogenkonsummobil nutzen.
- 4 Personen wurden abgewiesen, weil sie die Reste aus bereits benutzen Filtern von früheren iv-Konsumvorgängen aufkochen und konsumieren wollten (erhöhte Infektionsgefahr).

Ansteckungsgefahr (extremer Krätzebefall), Beleidigung der MitarbeiterInnen bzw. andere derartige Regelverstöße, oder auch eine zu hohe Intoxikation spielten im Drogenkonsummobil zwischen 2012 und 2014 kaum eine Rolle.

SKA		2012	2013	2014	Gesamt
1) kein Konsumplatz frei / keine Zeit	Anzahl	0	0	0	0
Reme Zeit	%	0%	0%	0%	0%
2) Anonymität / Ausweis / Vertrag	Anzahl	0	0	2	2
Verting	%	0%	0%	7%	4%
3) Hat keine Erfahrung	Anzahl	1	0	1	2
oder braucht aktive Hilfe	%	14%	0%	3%	4%
4) Will teilen / kommt mit aufgezog. Spritze	Anzahl	1	4	5	10
dangozog. Opinzo	%	14%	24%	17%	19%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
6) Unzulässige Substanz / will Filter aufkochen	Anzahl	0	5	6	11
wiii i iitoi uulikoolioli	%	0%	29%	20%	20%
7) beleidigt MitarbeiterInnen /	Anzahl	0	3	8	11
Regelverstöße etc.	%	0%	18%	27%	20%
8) Intoxikation	Anzahl	0	2	0	2
	%	0%	12%	0%	4%
9) Ist substituiert mit "Ersatzdrogen"	Anzahl	5	3	8	16
"Lisuizurogen	%	71%	18%	27%	30%
Gesamt	Anzahl	7	17	30	54
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 58: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in der SKA, 2012 – 2014

Im Drogenkonsumraum der SKA wurde in den Jahren 2012 bis 2014 kein/e Besucher/In aus Zeit- oder Platzgründen abgewiesen bzw. es wurde kein derartiges Vorkommnis als solches dokumentiert.

In diesem Drogenkonsumraum beruhen die meisten Besucher und Besucherinnenabweisungen darauf, dass die Person sich bereits in einer Substitutionsbehandlung befindet und daher den Drogenkonsumraum nicht nutzen darf. 30% aller Besucher und Besucherinnenabweisungen kamen so zustande.

In elf Fällen wurden Besucher und Besucherinnen wegen Beleidigung der MitarbeiterInnen oder ähnlichen aggressivem Verhalten sowie ähnlichen Regelverstößen oder bereits bestehendem Hausverbot abgewiesen. Ebenso häufig wurden Besucher und Besucherinnen abgewiesen, weil sie entweder eine unzulässige Substanz konsumieren,

eine Tablette iv konsumieren oder Filter aus früheren Konsumvorgängen aufkochen wollten. Am vierthäufigsten wurden Besucher und Besucherinnen abgewiesen, weil sie mit einer bereits aufgezogenen Spritze zum Konsumraum kamen.

Eine schon vorm Konsum zu hohe Intoxikation, Probleme mit dem Ausweisen (bzw. eine minderjährige Person ohne Einverständnis der Eltern), sowie auch die Tatsache, dass der/die Besucher/In Hilfe beim Konsum benötigen würde, sind eher selten der Grund für eine Besucher und Besucherinnenabweisung (jeweils insg. 4%). Gar keine Rolle spielen eine bestehende Ansteckungsgefahr und, wie erwähnt, Zeit- oder Platzmangel.

Birkenstube		2012	2013	2014	Gesamt
1) kein Konsumplatz frei / keine Zeit	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
2) Anonymität / Ausweis / Vertrag	Anzahl	1	0	0	1
101.11.49	%	13%	0%	0%	8%
3) Hat keine Erfahrung	Anzahl	0	0	0	0
oder braucht aktive Hilfe	%	0%	0%	0%	0%
4) Will teilen / kommt mit aufgezog. Spritze	Anzahl	0	0	0	0
duigezog. Opinze	%	0%	0%	0%	0%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	2	0	0	2
	%	25%	0%	0%	15%
6) Unzulässige Substanz / will Filter aufkochen	Anzahl	0	0	1	1
wiii i iitoi daikoonon	%	0%	0%	100%	8%
7) beleidigt MitarbeiterInnen /	Anzahl	2	1	0	3
Regelverstöße etc.	%	25%	25%	0%	23%
8) Intoxikation	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
9) Ist substituiert mit "Ersatzdrogen"	Anzahl	3	3	0	6
,,	%	38%	75%	0%	46%
Gesamt	Anzahl	8	4	1	13
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 59: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in der Birkenstube, 2012 – 2014

Während die Anzahl der Besucher und Besucherinnenabweisungen im Drogenkonsummobil und im Drogenkonsumraum SKA nach 2012 zugenommen hat, hat sie in der Birkenstube abgenommen. Insgesamt sind dort nur 13 Besucher und Besucherinnenabweisungen zwischen 2012 und 2014 dokumentiert. Von diesen 13 Abweisungen entfallen sechs (46%) auf die Tatsache, dass der/die Besucher/In substituiert mit Methadon oder einem vergleichbaren Ersatzstoff ist. Drei Abweisungen (23%) kamen wegen Missachtung der Hausregeln oder ähnlichen Regelverstößen zustande. In zwei Fällen konnten Besucher und Besucherinnen den Drogenkonsumraum wegen Ansteckungsgefahr nicht nutzen (Verdacht auf Krätze / Kopfläuse). Beide Fälle entfallen auf das Jahr 2012. Ein/e weiterer Besucher/In wurde abgewiesen, weil er/sie eine in dem Drogenkonsumraum nicht zugelassene Substanz konsumieren wollte. Ein/e Besucher/In wurde abgewiesen, weil er/sie nicht alle in der Hausordnung verankerten Zugangskriterien erfüllte (Vertrag). Alle übrigen Kategorien spielen keine Rolle. Die folgende Tabelle fasst die Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in allen drei Berliner DKRs zusammen.

		2012	2013	2014	Gesamt
1) kein Konsumplatz frei / keine Zeit	Anzahl	0	71	260	331
	%	0%	60%	81%	73%
2) Anonymität / Ausweis / Vertrag	Anzahl	1	8	16	25
J	%	6%	7%	5%	5%
3) Hat keine Erfahrung oder braucht aktive Hilfe	Anzahl	1	2	4	7
oder braucht aktive nine	%	6%	2%	1%	2%
4) Will teilen / kommt mit aufgezog. Spritze	Anzahl	1	12	12	25
uargonographine	%	6%	10%	4%	5%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	2	0	1	3
	%	12%	0%	0,3%	1%
6) Unzulässige Substanz / will Filter aufkochen	Anzahl	2	6	8	16
	%	12%	5%	2%	4%
7) beleidigt MitarbeiterInnen /	Anzahl	2	4	8	14
Regelverstöße etc.	%	12%	3%	2%	3%
8) Intoxikation	Anzahl	0	2	1	3
	%	0%	2%	0,3%	1%
9) Ist substituiert	Anzahl	8	13	11	32
	%	47%	11%	3%	7%
Gesamt	Anzahl	17	118	321	456

Tabelle 60: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in allen drei DKRs, 2012 – 2014

2.7.3 Besucher und Besucherinnenabweisungen: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Drogengebrauchende gelten als eine soziale Gruppierung, deren Zugehörige untereinander stark sozial vernetzt sind. Daher kann davon ausgegangen werden, dass auch Hausverbote und Besucher und Besucherinnenabweisungen häufig untereinander kommuniziert werden. Hausverbote und Besucher und Besucherinnenabweisungen in Drogenkonsumräumen haben also einen nicht zu unterschätzenden Effekt auf die Wahrnehmung der Zugänglichkeit zu diesen Institutionen unter den Berliner DrogengebraucherInnen. Zudem belegt die hohe Anzahl an monatlichen Neuverträgen, dass die Drogenkonsumräume sich auf eine in Teilen immer wieder neu zusammengesetzte Klientel einstellen müssen. Anders formuliert, stehen die Einrichtungen somit immer wieder vor der Aufgabe, ihren Ruf als eine unter DrogenkonsumentInnen anerkannte Institution erneut unter Beweis zu stellen. Eine Besucher und Besucherinnenabweisung hat unter Umständen zufolge, dass dieser/diese Besucher/In zukünftig keinen Gebrauch von dem Angebot Drogenkonsumraum mehr macht und alle folgenden Konsumvorgänge außerhalb des

Drogenkonsumraum mehr macht und alle folgenden Konsumvorgänge außerhalb des Raums unternimmt. Eventuell überträgt er/sie seine/ihre Negativwahrnehmung auch auf andere DrogengebraucherInnen. Daher wurden die Besucher und Besucherinnenabweisungen genauer analysiert.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich hieraus ableiten:

- 1. Das Angebot an Konsumplätzen ist am Stuttgarter Platz, im Drogenkonsummobil, deutlich kleiner als die Nachfrage danach. Das hat offensichtlich zur Folge, dass weiterhin ein Teil des Konsums außerhalb des Drogenkonsummobils stattfindet. Es kann davon ausgegangen werden, dass DrogenkonsumentInnen spontan andere Konsumorte als das Drogenkonsummobil nutzen und unter Umständen den Konsumort "Drogenkonsummobil" nicht weiter in Betracht ziehen.
- 2. 32 Personen wurden insgesamt 2012 bis 2014 abgewiesen, weil sie sich in Substitutionsbehandlung befanden. Laut SKA-Bericht im Jahr 2013 sind etwa 4.800 Personen in Berlin substituiert worden. Rund die Hälfte der mehr als 8.000 Berliner Opiatabhängigen (bei dieser Zahl aus dem Sachbericht handelt es sich um eine ältere Schätzung) ist somit theoretisch von der Konsumraumnutzung ausgeschlossen. Zwar können die MitarbeiterInnen kaum prüfen, ob ein/e Besucher/In ein Substitut erhält; dennoch könnte diese Tatsache zu einer Negativwahrnehmung in der Szene beitragen. Auch Substituierte konsumieren neben dem Substitutionsmedikament oft andere Substanzen. Der Mischkonsum von verschiedenen psychotropen Substanzen zur gleichen Zeit gilt als besonders riskant; bezüglich der Gesundheit der DrogenkonsumentInnen wäre es zu

befürworten, auch Substituierten offiziell den Zutritt zu Drogenkonsumräumen zu ermöglichen. Es lässt sich in der alltäglichen Praxis der Drogenkonsumräume kaum verhindern, dass ärztlich Substituierte trotz der bestehenden Drogenkonsumraumverordnung Drogenkonsumräume nutzen und dort weitere Substanzen wie Kokain, Heroin oder Amphetamine einnehmen. Wahrscheinlich trägt die Tatsache, dass dies dem Nutzungsvertrag widerspricht, nicht zu einem Klima des Vertrauens zwischen MitarbeiterInnen und Klienten und Klientinnen bei. Hier besteht also ein Konflikt in der Rechtslage: Betriebszweck der Drogenkonsumräume in Berlin ist laut der Betriebserlaubnis, den Nutzer und Nutzerinnen eine Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe anzubieten. Das Interesse an der Ausstiegshilfe (durch Methadon) gerät aber damit in Konflikt, dass Substituierte theoretisch nicht die Möglichkeit bekommen, im Beisein von medizinisch geschultem Personal im Drogenkonsumraum zu konsumieren (Aspekt der Überlebenshilfe).

3. Die Ablehnung der Verpflichtung, sich bei Unterzeichnung eines Nutzungsvertrages bzw. beim Besuch des DKR auszuweisen, führte im Beobachtungszeitraum in 25 Fällen zu Besucherabweisungen. Für die Ausweispflicht spricht unter anderem, dass dadurch mehr Verbindlichkeit erzeugt wird, sich an die Nutzungsregeln und an die Hausordnung zu halten. Falls es tatsächlich innerhalb der Einrichtung einmal zu schwerwiegenden Verstößen kommt, ist der Name der Person dokumentiert. Wobei es in erster Linie darum geht, das Alter zu prüfen und den Namen korrekt in die "Doku" einzutragen, damit eine Identifikation zu einem späteren Zeitpunkt besser möglich ist. Dem steht allerdings gegenüber, dass der Besitz von Substanzen wie Heroin, Kokain und Amphetaminen per se mit Illegalität verbunden ist. Sicher stellt daher die Verpflichtung, sich auszuweisen, eine hohe Hürde für viele potenzielle Neukunden dar. Zudem haben illegale EinwanderInnen oder Personen ohne Ausweis theoretisch nicht die Möglichkeit, einen Konsumraum zu nutzen.

2.8 Hausverbote im Beobachtungszeitraum, 2012 – 2014

In diesem Kapitel sind die Gründe für Hausverbote in den drei Berliner Drogenkonsumräumen für die Jahre 2012 bis 2014 dargestellt. Die Auswertung beruht auf den Monatsberichten der drei Drogenkonsumräume. Nicht immer ist in den Monatsberichten dargestellt, warum Hausverbote ausgesprochen wurden; auch die Dauer des Hausverbotes ist nicht immer angegeben.

Es lassen sich sechs Kategorien für die Hausverbote bilden:

1. Hausverbote ohne Angaben zum Grund und zur Dauer

Hierunter fallen alle Hausverbote, bei denen in den Monatsberichten weder ein genau definierter Grund dafür angegeben ist, warum das Hausverbot ausgesprochen wurde, noch die Dauer des Hausverbotes vermerkt ist. Alle diese Hausverbote wurden allgemein wegen wiederholter oder massiver Regelverstöße, Nichteinhaltung bzw. Missachtung der Konsumraumregeln oder der Hausordnung, ggf. als auch wegen Missachtung der Anweisungen des Personals ausgesprochen.

Verstöße gegen Hausordnung bzw. DKR-Nutzungsregeln ohne Angabe des Grundes – kurzfristig, maximal eine Woche

Hierunter fallen alle kurzfristigen Hausverbote, bei denen kein genauer Grund dokumentiert wurde. Immer handelt es sich um einen oder mehrere Verstöße gegen die DKR-Nutzungsregeln oder die Hausregeln bzw. um wiederholte Missachtung der Hausordnung. Die Dauer des Hausverbotes variiert zwischen dem Rest des Tages und maximal einer Woche.

3. Verstöße gegen Hausordnung ohne Angabe des Grundes – langfristig, zwischen zwei Wochen und fünf Wochen

Hierunter fallen alle längerfristigen Hausverbote, die wegen Verstoßes oder erheblichen Verstoßes gegen die Hausordnung ausgesprochen wurden.

4. Aggressives Verhalten gegenüber MitarbeiterInnen

Bei diesen Fällen handelt es sich um Hausverbote wegen Beleidigung, Beschimpfung und / oder Bedrohung sowie sonstige Formen von aggressivem Verhalten gegenüber MitarbeiterInnen des Drogenkonsumraums oder des Hauses.

5. Hausverbot aus Ansteckungs- oder Übertragungsgefahr

Bei diesen Fällen wurden die Hausverbote wegen Verdachts auf Krätze / Kopfläuse ausgesprochen, mit Aussicht auf sofortige Aufhebung bei Vorlage eines diesbezüglich gesundheitlich einwandfreien ärztlichen Attestes.

6. Hausverbote aus sonstigen Gründen

Im Einzelnen wurde hier in den Monatsberichten dokumentiert:

- Rauchen von Heroin in der Hofeinfahrt
- Besucher und Besucherinnen versuchen mehrfach, im Rauchraum Cannabis zu rauchen
- Herumlaufen mit offener und benutzter Nadel im Kontaktbereich und Beschimpfung von MitarbeiterInnen
- fortgesetztes Telefonieren im DKR trotz mehrmaliger Aufforderung, dies zu unterlassen
- o Konsum auf der Toilette eine Woche Hausverbot
- versuchter Diebstahl in und vor der Einrichtung zwei Wochen Hausverbot

2.8.1 Tabellarische Übersicht über die Hausverbote (HV) in den drei Berliner DKRs

DKM		2012	2013	2014	Gesamt
1) ohne Angaben zum Grund und zur Dauer	Anzahl	2	0	7	9
	%	100%	0%	100%	100%
2) kurzes HV – ohne Angabe zum Grund	Anzahl	0	0	0	0
/gazo zam Crana	%	0%	0%	0%	0%
3) längeres HV – ohne Angaben zum Grund	Anzahl	0	0	0	0
7 migazon zam Orana	%	0%	0%	0%	0%
4) aggressives Verhalten / Beschimpfen / Bedrohen	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
6) Sonstiges (siehe Text)	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
Gesamt	Anzahl	2	0	7	9
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 61: Hausverbote im Drogenkonsummobil, 2012 – 2014

Bei den neun Hausverboten ist weder Grund noch Dauer dokumentiert.

SKA		2012	2013	2014	Gesamt
1) ohne Angaben zum Grund und zur Dauer	Anzahl	1	3	11	15
Grana ana zar Baaci	%	20%	50%	42%	41%
2) kurzes HV – ohne Angabe zum Grund	Anzahl	2	1	4	7
Aligabe Zalli Oralia	%	40%	17%	15%	19%
3) längeres HV – ohne Angaben zum Grund	Anzahl	0	0	0	0
Angaben zum Grund	%	0%	0%	0%	0%
4) aggressives Verhalten / Beschimpfen / Bedrohen	Anzahl	2	0	6	8
Descrimpten / Dedronen	%	40%	0%	23%	22%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
6) Sonstiges (siehe Text)	Anzahl	0	2	5	7
	%	0%	33%	19%	19%
Gesamt	Anzahl	5	6	26	37
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 62: Hausverbote in der SKA, 2012 – 2014

Im Drogenkonsumraum der "SKA" kam es 2014 zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl der Hausverbote. In den Jahren 2012 bis 2014 wurden fünfzehn der Hausverbote (41%) ausgesprochen, ohne dass der Grund oder die Dauer dafür dokumentiert wurden.

Zu weiteren sieben Hausverboten ist nur die Dauer, aber nicht der Grund bekannt: Sie galten von minimal dem Rest des Tages bis maximal eine Woche.

Es ist kein Hausverbot dokumentiert, das längerfristig ausgesprochen wurde, also länger als eine Woche währte.

In acht Fällen wurde festgehalten, dass die Hausverbote wegen aggressivem Verhalten, Beschimpfen oder Bedrohen der MitarbeiterInnen zustande kamen.

- zwei Mal wurden MitarbeiterInnen bedroht und beschimpft
- > ein/e Besucher/in verhält sich wiederholt aggressiv gegenüber MitarbeiterInnen
- fünf Mal werden Hausverbote ausgesprochen, weil es zu wiederholten Regelverstößen und Beleidigung von MitarbeiterInnen kommt

Zu Hausverboten wegen Ansteckungsgefahr kam es nicht.

Sieben weitere Hausverbote wurden mit Angabe von Gründen dokumentiert ("Sonstiges")

➤ Konsumieren auf der Toilette (eine Woche Hausverbot) (2013)

- versuchter Diebstahl in und vor der Einrichtung (zwei Wochen Hausverbot) (2013)
- in der Hofeinfahrt wird Heroin geraucht (zwei Personen) (2014)
- ➤ BesucherIn versucht mehrmals, im Rauchraum Cannabis zu rauchen (2014)
- Herumlaufen mit offener und benutzter Nadel und Beschimpfung von MitarbeiterInnen (2014)
- fortgesetztes Telefonieren im DKR trotz mehrmaliger Aufforderung, dies zu unterlassen (2014)
- → Die Gründe wurden bereits weiter oben gelistet hier sind sie noch einmal ausschließlich für den Drogenkonsumraum der SKA dargestellt.

Birkenstube		2012	2013	2014	Gesamt
1) ohne Angaben zum Grund und zur Dauer	Anzahl	0	0	0	0
Grand and Zar Bader	%	0%	0%	0%	0%
2) kurzes HV – ohne Angabe zum Grund	Anzahl	5	8	14	27
Angube zum Oruna	%	71%	80%	67%	71%
3) längeres HV – ohne Angaben zum Grund	Anzahl	0	1	7	8
Angaben zum Grund	%	0%	10%	33%	21%
4) aggressives Verhalten / Beschimpfen / Bedrohen	Anzahl	0	1	0	1
beschimpten / bedronen	%	0%	10%	0%	3%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	2	0	0	2
	%	29%	0%	0%	5%
6) Sonstiges (siehe Text)	Anzahl	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%
Gesamt	Anzahl	7	10	21	38
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 63: Hausverbote in der Birkenstube, 2012 – 2014

Auch im Drogenkonsumraum "Birkenstube" häufen sich im Jahr 2014 die Hausverbote. Von den 38 Hausverboten zwischen 2012 und 2014 ist in drei Fällen der Grund dafür dokumentiert worden.

In einem Fall (2013) kam es wegen wiederholtem Verstoß gegen die DKR-Nutzungsregeln und aggressivem Verhalten gegenüber dem Personal zu einem Monat Hausverbot. In zwei Fällen wurde 2012 ein Hausverbot wegen Ansteckungsgefahr ausgesprochen, also wegen des Verdachts auf Krätze / Kopfläuse. Die übrigen 35 Hausverbote wurden ausgesprochen, ohne dass der Grund dafür dokumentiert wurde. Von diesen waren 27 Hausverbote kurzfristig, mit maximal einer Woche Dauer, und acht weitere Hausverbote längerfristig, also länger als eine Woche.

2.8.2 Hausverbote: Ergebnisse und Schlussfolgerungen

		2012	2013	2014	Gesamt
1) ohne Angaben zum Grund und zur Dauer	Anzahl	3	3	18	24
Orana ana zar zaasi	%	21%	19%	33%	29%
2) kurzes HV – ohne Angabe zum Grund	Anzahl	7	9	18	34
Anguso Zum Oruma	%	50%	56%	33%	40%
3) längeres HV – ohne Angaben zum Grund	Anzahl	0	1	7	8
Angubon zum Orunu	%	0%	6%	13%	10%
4) aggressives Verhalten / Beschimpfen / Bedrohen	Anzahl	2	1	6	9
Beschimpten / Bearonen	%	14%	6%	11%	11%
5) Ansteckungsgefahr	Anzahl	2	0	0	2
	%	14%	0%	0%	2%
6) Sonstiges (siehe Text)	Anzahl	0	2	5	7
	%	0%	13%	9%	8%
Gesamt	Anzahl	14	16	54	84
	%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 64: Hausverbote in allen drei DKRs, 2012 – 2014

Da nur zu 18 Hausverboten in den Monatsberichten der Grund dokumentiert wurde, lassen sich aus den ausgesprochenen Hausverboten nur sehr eingeschränkt Rückschlüsse ziehen. Unklar bleibt auch, worauf der Anstieg der Hausverbote im Jahr 2014 zurückzuführen ist.

2.9 Auslastungsquote

Um die Auslastungsquote zu berechnen, haben wir zunächst die Anzahl der maximalen Konsumvorgänge pro Monat und pro Einrichtung ermittelt. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass ein Konsumvorgang etwa 30 min in Anspruch nimmt, pro Stunde also maximal zwei Konsumvorgänge möglich sind. Wir haben daher die Anzahl der monatlichen Öffnungsstunden mit dem Faktor zwei multipliziert. Um auch die Platzanzahl

zu berücksichtigen, haben wir das Ergebnis mit der Anzahl der Plätze multipliziert. Der sich ergebende Wert stellt die Anzahl der maximal möglichen Konsumvorgänge eines Monats dar – wobei es sich aber nur um einen Annäherungswert handelt, da nicht alle Konsumvorgänge wirklich 30 Minuten dauern, sondern auch kürzer oder länger dauern können. Die Formel zur Berechnung lautet:

Anzahl der Konsumplätze x Anzahl der geöffneten Stunden eines Monats x 2 = maximal mögliche Konsumvorgänge

In einem zweiten Schritt haben wir die tatsächliche Anzahl an Konsumvorgängen ins Verhältnis zu den maximal möglichen Konsumvorgängen eines Monats gesetzt, um so die Auslastungsquote zu erhalten. Diesen Wert haben wir in Prozent ausgedrückt. Die Formel zur Berechnung lautet:

Anzahl an Konsumvorgängen eines Monats x 100 / maximal mögliche Konsumvorgänge = Auslastungsquote

Die Anzahl an tatsächlichen Konsumvorgängen und die Monatsstunden haben wir den Monatsberichten der drei Drogenkonsumräume entnommen. Für die Anzahl der Plätze haben wir folgende Zahlen zugrunde gelegt:

- das Drogenkonsummobil hat drei Konsumplätze (keine Rauchplätze)
- der Drogenkonsumraum der SKA hat zehn Plätze (fünf Plätze für intravenösen bzw. nasalen Konsum, weitere fünf Rauchplätze)
- ➢ der Drogenkonsumraum Birkenstube hatte bis November 2014 elf Plätze (sieben Plätze für intravenösen Konsum, vier Rauchplätze); seit Dezember 2014 hat er dreizehn Plätze (es sind zwei Rauchplätze hinzugekommen)

Bei den folgenden Analysen zur Auslastungsquote ist zu berücksichtigen, dass es sich nur um einen theoretischen Wert handelt. Eine Auslastung von 100% ist nicht möglich – zum einen ist der zugrunde gelegte Wert von 30 min pro Konsumvorgang nur ein theoretischer Wert. Ein Konsumvorgang kann aber auch länger oder kürzer dauern. Zum anderen kommt es in Drogenkonsumräumen zu Stoßzeiten und zu Zeiten, in denen weniger Betrieb herrscht. Eine Auslastung von 100% würde nur zustande kommen, wenn zu allen Öffnungszeiten Klienten und Klientinnen vor dem Drogenkonsumraum auf einen Konsumplatz warten würden, sich also immer eine Warteschlange vor dem Konsumraum bilden würde.

Die Auslastungsquoten bieten daher den Drogenkonsumräumen nur einen Überblick über die Entwicklung von 2012 bis 2014.

Folgende Faktoren können die Anzahl der in einem Monat getätigten Konsumvorgänge beeinflussen:

- > Größe, Personalausstattung und Öffnungszeiten des Konsumraums
- > Standort eines Drogenkonsumraums
- insbesondere LangzeitkonsumentInnen benötigen oft lange, um eine Vene zu finden, die sich für eine Injektion eignet. Bei regelmäßigem Dauerkonsum kann es zu Venenschäden kommen, die das Konsumritual verlängern und u.U. mehrere Versuche erfordern
- auch unerfahrene Konsumenten und Konsumentinnen können unter Umständen überdurchschnittlich lange brauchen, um eine Injektion vorzunehmen
- es ist erwünscht, dass Konsumenten und Konsumentinnen vorsichtig beim Injizieren sind und zunächst eine kleine Dosis der mitgebrachten Substanzen spritzen, um die Wirkung einschätzen zu können; erst wenn die Reinheit der Substanz und ihre Auswirkung auf den Organismus getestet ist, wird eine zweite Injektion vorgenommen. Auch diese Vorgehensweise kann u.U. länger als gewöhnlich dauern
- nasaler Konsum dauert in der Regel deutlich kürzer als gewöhnlich
- verschiedene Faktoren k\u00f6nnen die Dauer eines inhalativen Konsumvorgangs beeinflussen; die Technik, Heroin auf einer Folie zu erhitzen und die D\u00e4mpfe zu inhalieren, erfordert ebenso wie das Injizieren Erfahrung; zudem werden h\u00e4ufig mehrere Inhalationsvorg\u00e4nge hintereinander get\u00e4tigt
- > Kokain zum Rauchen aufzubereiten, dauert ebenfalls vergleichsweise lang
- Polizeieinsätze während den Öffnungszeiten auf dem U-Bahnhof oder in der Nähe der Einrichtungen
- während eines Drogennotfalls kann auch nicht konsumiert werden; dann kann es bis zu mehreren Stunden dauern, bis der Konsum wieder möglich ist
- bei Fehlzeiten des Personals kann es möglich sein, dass der Injektionsraum ebenfalls geschlossen bleibt

In den Monatsberichten finden sich Angaben zu Gründen, warum die drei Drogenkonsumräume an manchen Tagen geschlossen bleiben mussten. Das Drogenkonsummobil blieb demnach in den Jahren 2012 bis 2014 neun Tage geschlossen:

- vier Tage wegen Krankheit
- vier Tage wegen Defekt bzw. Reparaturarbeiten am Bus
- ein Tag wegen Umzugs (Fixpunkt)

zwei Tage aus sonstigen Kapazitätsgründen

Für die SKA wurden folgende Ausfälle dokumentiert:

- neun Tage wegen Krankheit
- zwei Tage, weil nicht im Winter beheizbar
- zwei Tage wegen Umzug
- zwei Tage wegen Polizeieinsatz (Räumung der Gerhart-Hauptmann-Schule; eingeschränkter Betrieb im ganzen Monat)

Für die Birkenstube ergeben sich aus den Monatsberichten folgende Ausfälle:

- fünf Tage wegen Renovierung
- drei Tage wegen Krankheit, nur der Rauchraum war geöffnet

2.9.1 Rechnerische Auslastungsquoten der drei Drogenkonsumräume, 2012 – 2014

2012

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahresmittel ¹⁰
DKM ¹¹	26,9	24,7	25,0	23,9	18,2	20,8	27,8	19,2	25,9	34,9	46,9	45,8	28,3
- Stuttgarter Pl.	9,4	10,4	27,1	18,8	12,5	20,8	33,3	16,7	20,8	28,1			19,8 ¹²
- Jebensstraße	36,9	31,8	24,6	26,8	20,3	20,8	23,8	20,2	30,0	41,7			27,72
SKA	7,4	7,8	11,3	10,0	11,0	9,9	9,4	8,8	10,4	10,6	12,4	11,6	10,0
- iv ¹³	10,7	10,6	15,3	12,8	15,4	12,7	9,4	10,8	14,0	13,7	17,7	15,9	13,3
- rauch	4,0	5,0	7,3	7,2	6,6	7,0	9,4	6,8	6,7	7,5	7,0	7,4	6,8
Birkenstube	35,0	30,3	28,1	28,0	22,0	21,9	23,2	17,6	14,2	23,8	27,4	37,2	25,7
- iv	34,5	29,0	27,9	23,1	21,1	18,7	22,9	18,2	12,9	21,9	25,6	29,0	23,7
- rauch	35,8	32,5	28,4	36,7	23,6	27,5	23,7	16,6	16,6	27,3	30,5	51,6	29,2

Tabelle 65: Auslastungsquote 2012

¹⁰ Mittelwert aus zwölf Monaten

¹¹ seit November 2012 fährt das Drogenkonsummobil nur noch den Stuttgarter Platz an

¹² Mittelwert aus zehn Monaten

¹³ unter "iv" sind alle Konsumvorgänge in diesem Raum zusammengefasst, also auch selten vorkommende nasale und rektale Konsumvorgänge

2013

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahresmittel ¹
DKM	37,0	34,0	39,6	58,3	35,1	39,1	53,8	91,7	76,9	52,8	38,5	33,3	49,2
SKA	10,0	12,0	12,6	15,3	12,0	11,2	9,7	12,5	13,3	13,6	16,6	20,1	13,2
- iv	13,4	18,1	17,0	15,8	13,0	11,7	14,3	19,8	22,4	21,5	24,6	24,8	18,0
- rauch	6,5	5,9	8,1	14,8	10,9	10,7	5,0	5,2	4,3	5,6	8,7	15,4	8,4
Birkenstube	35,9	29,0	31,1	30,0	27,0	27,7	24,9	30,9	31,3	34,9	34,7	34,9	31,0
- iv	29,5	27,7	31,3	21,0	20,5	20,6	23,5	32,1	32,5	32,4	28,3	29,7	27,4
- rauch	47,0	31,3	31,0	45,8	38,4	40,1	27,5	28,6	29,2	39,2	46,0	44,2	37,4

Tabelle 66: Auslastungsquote 2013

2014

Monat	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jahresmittel ¹
DKM	37,5	45,3	56,0	72,2	75,6	75,0	85,3	79,6	87,0	81,3	79,0	93,8	72,3
SKA	18,6	23,5	23,5	22,5	27,7	23,9	20,4	25,0	26,5	26,5	32,8	32,3	25,3
- iv	23,4	32,0	31,2	33,0	42,8	39,1	34,2	40,5	38,5	35,9	44,5	45,5	36,7
- rauch	13,8	15,0	15,8	12,1	12,5	8,8	6,6	9,5	14,5	17,1	21,0	19,1	13,8
Birkenstube	41,4	41,0	41,7	45,5	46,3	37,9	41,0	39,8	39,2	29,5	31,1	28,1	38,6
- iv	30,8	33,1	29,3	33,1	37,2	27,1	27,8	30,1	26,8	22,3	26,1	22,2	28,8
- rauch	60,0	54,6	63,5	67,4	62,3	56,8	64,1	56,9	60,9	42,2	39,9	34,9	55,3

Tabelle 67: Auslastungsquote 2014

In der Birkenstube sind die Rauchplätze stärker ausgelastet als die iv-Plätze. Die Daten zeigen, dass die Nachfrage nach Rauchplätzen in der Birkenstube über die Jahre gestiegen ist. Die Erweiterung des Rauchraums um zwei Plätze Ende 2014 wurde dieser Nachfrage also gerecht. Da Rauchen in der Regel vergleichsweise lange dauert, bilden sich häufiger Warteschlangen, was zu einer höheren Auslastung beiträgt. Die Auslastungsquote der Birkenstube ist im Beobachtungszeitraum gestiegen.

Auch die Auslastungsquote im Drogenkonsummobil ist über die Jahre gestiegen.

Maßnahmen wie das gemeinsame Anfahren des Standortes durch DKM und

Präventionsmobil (Juli 2013) gehen mit einer verbesserten räumlichen und personellen

Ausstattung einher und schlagen sich in einer höheren Auslastungsquote nieder. Auch ein

Rückgang der Nutzung wegen deutlich erhöhter Polizeipräsenz (November 2013) schlägt sich in der Auslastungsquote nieder.

In der SKA kam es in den Jahren 2012 und 2013 nur zu einer vergleichsweise geringen Auslastung. Dies hängt vor allem mit der räumlichen Situation zusammen: Die SKA konnte erst am Jahresende 2011 in neuen Räumlichkeiten wiedereröffnen. Erst nach und nach stieg daraufhin die Anzahl der Klienten und Klientinnen und der Konsumvorgänge – die SKA etablierte sich erst zunehmend neu. Die relativ große Entfernung zu U- und S-Bahnen scheint ein nicht unerheblicher Standortnachteil zu sein. Weiterhin fällt auf, dass – abweichend von der Birkenstube – in der SKA die Plätze für den intravenösen Konsum stärker ausgelastet sind als die Rauchplätze.

In der folgenden Grafik sind die Auslastungsquoten der drei Drogenkonsumräume in einer Kurve dargestellt.

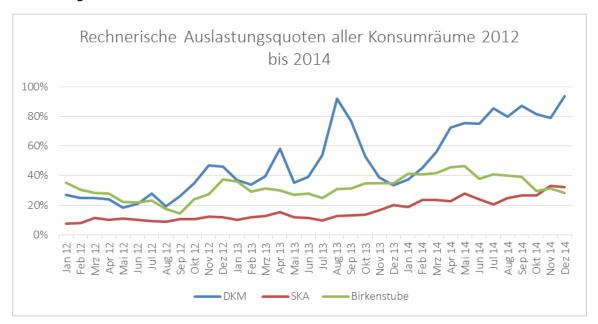


Abbildung 34: Auslastungsquote aller drei DKRs, 2012 – 2014

In den folgenden drei Abbildungen ist dargestellt, wie viele Konsumvorgänge während eines Monats gezählt wurden, und wie viele Konsumvorgänge rechnerisch maximal möglich wären. Im beistehenden Text finden sich ergänzende Erklärungen zur Auslastung, die für die Tabellen weiter oben errechnet wurden.

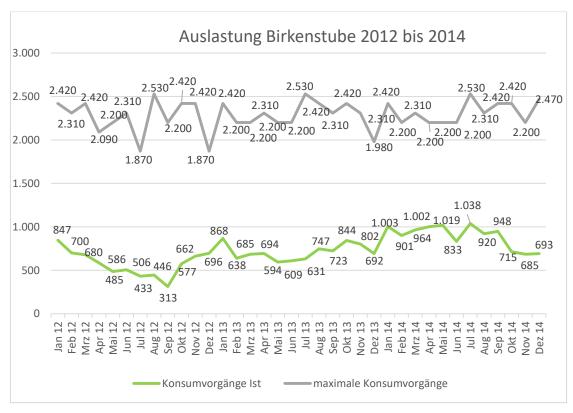


Abbildung 35: Auslastungsquote Birkenstube, 2012 – 2014

Die monatliche Auslastungsquote der Birkenstube schwankt im Jahresmittel 2012 um den Wert 26%. Im Jahr 2013 liegt der Mittelwert bei 31% und 2014 bei 39% - es zeigt sich also eine steigende Tendenz. Das Minimum liegt im September 2012 bei 14% Auslastung und das Maximum liegt im Mai 2014 bei 46%. Im Rauchraum sind die monatlichen Auslastungsquoten teilweise noch deutlich höher: So sind dort im April 2014 mehr als zwei Drittel aller freien Konsummöglichkeiten besetzt (67%).

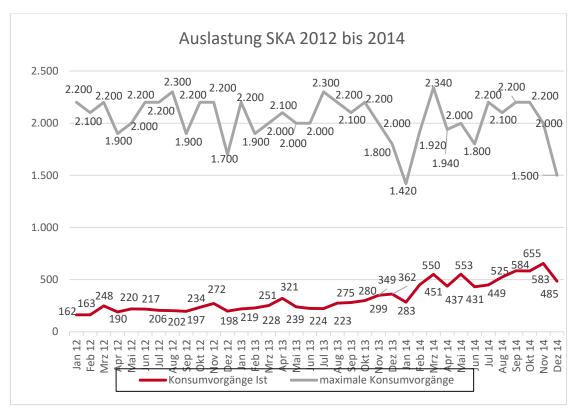


Abbildung 36: Auslastungsguote SKA, 2012 – 2014

In der SKA sind die monatlichen Auslastungsquoten deutlich niedriger als in der Birkenstube. Der niedrigste Wert liegt im Januar 2012, zu Beginn der Neueröffnung dieser Einrichtung in einem neuen Gebäude. In diesem Monat werden nur 7% aller theoretisch möglichen Konsummöglichkeiten von den Klienten und Klientinnen genutzt. Trotz Bewerbung des neuen Standortes wird der Drogenkonsumraum zunächst vergleichsweise deutlich weniger genutzt als die Birkenstube – erst nach und nach steigt die rechnerische Auslastungsquote in der SKA an.

Das Jahresmittel liegt 2012 noch bei 10% und steigt im Jahr 2013 auf 13%. 2014 steigt die Auslastungsquote deutlich weiter und erreicht im Jahresmittel einen Wert von 25%, also fast dem doppelten Wert des Vorjahres – auch hier ergibt sich also eine über die Jahre steigende Tendenz.

Das Maximum liegt in den drei Jahren 2012 bis 2014 bei 33% (November 2014.)

Der Raum für den intravenösen Konsum wird in der SKA deutlich häufiger frequentiert als der Rauchraum, das Maximum liegt im iv-Raum bei 46% (Dezember 2014).

Sowohl im Rauchraum als auch iv-Raum steigt die Auslastungsquote im zeitlichen Verlauf an, beide Räume werden im zeitlichen Verlauf also zunehmend genutzt.

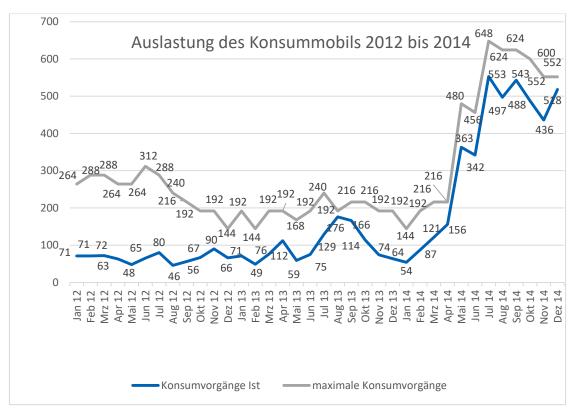


Abbildung 37: Auslastungsquote Drogenkonsummobil, 2012 - 2014

Das Drogenkonsummobil hat die höchste Auslastungsquote. 94% aller theoretisch zur Verfügung stehenden Konsumplätze sind im Dezember 2014 belegt. Seit Mai 2014 steigt mit den erweiterten Öffnungszeiten auch die Anzahl der tatsächlichen und der möglichen Konsumvorgänge stark an. Die Datenlage verdeutlicht noch einmal, dass es sich nur um eine mathematische Annäherung an die praktisch mögliche Auslastung handelt. In der Praxis bilden sich regelmäßig Warteschlangen vor dem Drogenkonsummobil.

III. Quantitative Analyse: Erfahrungen der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen im Kontext der Drogenkonsumräume in Berlin

1 Vergleich zwischen Konsumraumnutzer und -nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und -nutzerinnen

1.1 Soziodemografische Situation und persönliche Informationen der Befragten

Verteilung nach Geschlecht

Unter den 200 Befragten befanden sich 33 Frauen und 167 Männer. Prozentual gesehen liegt der Frauenanteil bei 16,5%, der Männeranteil bei 83,5%.

Von den 33 befragten Frauen nutzen 14 die Drogenkonsumräume. Unter den 167 Männern befinden sich 86 Konsumraumnutzer und -nutzerinnen. Damit unterscheiden sich beide Gruppen nicht wesentlich. Der Frauenanteil beträgt in der Gruppe der Nutzer und Nutzerinnen 14% und in der Vergleichsgruppe der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen 19%.

1.1.2 Alter

Die Befragten befinden sich im Alter zwischen 20 und 68 Jahren. Der Altersdurchschnitt beträgt 38,5 Jahre, wobei der Median bei 38 liegt. Demzufolge ist die Hälfte der Befragten 38 Jahre oder jünger, die andere Hälfte 38 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 37 Jahren, das der Männer bei 38,8 Jahren. Die Altersstruktur ist also bei Männern und Frauen ähnlich. Sowohl bei Nutzer und Nutzerinnen als auch bei Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sind die Frauen durchschnittlich etwas jünger.

1.1.3 Herkunft und Nationalität

Bezüglich der Herkunft lässt sich feststellen, dass 77% der Befragten deutscher Herkunft sind, die übrigen 23% geben eine andere Herkunft an. Es wurden Personen aus insgesamt 21 anderen Herkunftsländern interviewt. Die Befragten aus der Türkei bilden unter ihnen die größte Gruppe, Personen aus Italien die zweitgrößte Gruppe und Personen aus Russland die drittgrößte Gruppe.

Der Frauenanteil unter den Befragten deutscher Herkunft beträgt 18%. Bei den Befragten nicht-deutscher Herkunft ist der Frauenanteil nur halb so hoch und liegt bei 9%. Unter

nicht-deutschen Befragten finden sich also nur wenige Frauen. Die Befragten nichtdeutscher Herkunft sind daher meist männlichen Geschlechts.

Die Drogenkonsumräume werden häufig von Personen nicht-deutscher Herkunft aufgesucht: 31% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen in dieser Befragung sind nicht-deutscher Herkunft. Dieser Anteil ist bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen geringer: Hier sind lediglich 14% nicht-deutscher Herkunft. Darüber hinaus besitzen 79% aller Befragten einen deutschen Pass. 82% der Frauen und 78% der Männer sind deutsche Staatsangehörige. Eine Person verfügt lediglich über eine Aufenthaltserlaubnis, eine weitere Person türkischer Herkunft gibt an, gar keinen Pass zu besitzen.

Unter den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume befinden sich 33%, die über einen nicht-deutschen Pass verfügen. Im Vergleich hierzu ist der AusländerInnenanteil unter den

Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen niedriger und liegt bei 9%.

1.1.4 Familienstand

Hinsichtlich des momentanen Familienstandes lässt sich festhalten, dass 6% der Befragten eine Partnerschaft oder Ehe führen. Die anderen 94% leben alleinstehend, getrennt, geschieden oder verwitwet. Unter den Frauen befindet sich lediglich eine Befragte in einer Partnerschaft/Ehe.

			Frauen	Männer	Gesamt
Familienstand	alleinstehend / ledig	Anzahl	23	136	159
	,	% in Geschlecht	69,7%	81,4%	79,5%
	verheiratet	Anzahl	1	7	8
		% in Geschlecht	3,0%	4,2%	4,0%
	in Partnerschaft lebend	Anzahl	0	4	4
		% in Geschlecht	0,0%	2,4%	2,0%
	getrennt lebend	Anzahl	2	1	3
		% in Geschlecht	6,1%	0,6%	1,5%
	geschieden	Anzahl	7	18	25
		% in Geschlecht	21,2%	10,8%	12,5%
	verwitwet	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,6%	0,5%
Gesamtsumme		Anzahl	33	167	200
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 68: Familienstand nach Geschlecht

1.1.5 Wohnsituation

Derzeit sind 49 der Befragten ohne festen Wohnsitz. Prozentual gesehen kommen also 25% aller interviewten Personen in Notschlafstellen unter, sind obdachlos oder wohnen in Übergangsverhältnissen. Frauen sind im Vergleich zu Männern von solch prekären Wohnverhältnissen deutlich seltener betroffen. Sie kommen in unserer Befragung zudem mit 30% häufiger als Männer mit 19% im Betreuten Wohnen unter. Insgesamt leben 41 Personen, das sind 21% der Befragten, in Wohnheimen oder im Betreuten Wohnen. Es wohnen 59 Personen (30%) alleine. In gesicherten Verhältnissen leben insgesamt 108 Konsumenten und Konsumentinnen. Das entspricht 54% aller Befragten (Männer 53%; Frauen 58%). Wird das Betreute Wohnen oder Wohnheim dazu gezählt, leben drei Viertel der Befragten, das sind 149 Personen in gesicherten Wohnverhältnissen.

	-	-	Frauen	Männer	Gesamt
Wohnsituation	fester Wohnsitz	Anzahl	2	10	12
		% in Geschlecht	6,1%	6,0%	6,0%
	mit Herkunftsfamilie	Anzahl	0	5	5
	(Eltern, Pflegeheim)	% in Geschlecht	0,0%	3,0%	2,5%
	mit Partner in eigener	Anzahl	3	10	13
	Wohnung	% in Geschlecht	9,1%	6,0%	6,5%
	mit Partner und Kind in	Anzahl	1	4	5
	eigener Wohnung	% in Geschlecht	3,0%	2,4%	2,5%
	mit Kind in eigener	Anzahl	1	0	1
	Wohnung	% in Geschlecht	3,0%	0,0%	0,5%
	allein in eigener Wohnung	Anzahl	8	51	59
	·	% in Geschlecht	24,2%	30,5%	29,5%
	in privater	Anzahl	4	9	13
	Wohngemeinschaft	% in Geschlecht	12,1%	5,4%	6,5%
	Wohnheim / Betreutes	Anzahl	10	31	41
	Wohnen	% in Geschlecht	30,3%	18,6%	20,5%
	ofW (Notschlafstelle,	Anzahl	3	46	49
	obdachlos, provisorisch)	% in Geschlecht	9,1%	27,5%	24,5%
	sonstiges	Anzahl	1	1	2
		% in Geschlecht	3,0%	0,6%	1,0%
Gesamtsumme		Anzahl	33	167	200
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 69: Wohnsituation nach Geschlecht

Der Vergleich von Konsumraumnutzer und -nutzerinnen mit Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, die sich in prekären Wohnverhältnissen befinden, ergibt folgende Zahlen: 29% der Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen leben ohne festen Wohnsitz, in Übergangsverhältnissen oder nutzen Notschlafstellen. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist dieser Anteil geringer und beträgt 20%. Das zeigt, dass die Drogenkonsumräume häufig von Personen besucht werden, die in prekären Wohnverhältnissen leben.

			Nutzer und Nutzerinn	Nicht/Nm Nutzer und	
			en	Nutzerinnen	Gesamt
Wohnsituation	fester Wohnsitz	Anzahl	12	0	12
		%	12,0%	0,0%	6,0%
	mit Herkunftsfamilie	Anzahl %	5	0	5
	(Eltern, Pflegeheim)		5,0%	0,0%	2,5%
	mit Partner in eigener	Anzahl	4	9	13
	Wohnung	%	4,0%	9,0%	6,5%
	mit Partner und Kind in	Anzahl	3	2	5
	eigener Wohnung	%	3,0%	2,0%	2,5%
	mit Kind in eigener	Anzahl %	1	0	1
	Wohnung		1,0%	0,0%	0,5%
	allein in eigener Wohnung	Anzahl	20	39	59
		%	20,0%	39,0%	29,5%
	in privater	Anzahl	9	4	13
	Wohngemeinschaft	%	9,0%	4,0%	6,5%
	Wohnheim / Betreutes	Anzahl	16	25	41
	Wohnen	%	16,0%	25,0%	20,5%
	ofW (Notschlafstelle,	Anzahl	29	20	49
	obdachlos, provisorisch)	%	29,0%	20,0%	24,5%
	sonstiges	Anzahl	1	1	2
		%	1,0%	1,0%	1,0%
Gesamtsumme		Anzahl	100	100	200
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 70: Wohnsituation nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.1.6 Schulabschluss und Ausbildungsabschluss

Von den Befragten besitzen 85% einen Schulabschluss. Eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein abgeschlossenes Studium oder einen sonstigen Bildungsabschluss weisen 49% der Männer und 42% der Frauen auf. Über einen Bildungsabschluss verfügen insgesamt 96 der befragten Konsumenten und Konsumentinnen. Das entspricht einem prozentualen Wert von 48%. Eine abgeschlossene Lehre besitzen insgesamt 41% der Befragten. Sieben Personen haben ein Studium abgeschlossen. Weitere 3 Personen (2%) sind Meister bzw. Techniker. Männer besitzen sehr viel häufiger keinen Schulabschluss und andererseits haben 15% Fachabitur/Abitur. Frauen verfügen wesentlich häufiger über einen Hauptschul- oder Realschulabschluss.

		Frauen	Männer	Gesamtsumme
kein Schulabschluss	Anzahl	2	27	29
	% in Geschlecht	6,3%	16,2%	14,6%
Hauptschulabschluss	Anzahl	14	63	77
	% in Geschlecht	43,8%	37,7%	38,7%
Realschulabschluss /	Anzahl	15	44	59
Fachoberschulreife	% in Geschlecht	46,9%	26,3%	29,6%
Fachabitur /	Anzahl	0	5	5
Fachhochschulreife	% in Geschlecht	0,0%	3,0%	2,5%
Abitur / Hochschulreife	Anzahl	0	20	20
	% in Geschlecht	0,0%	12,0%	10,1%
anderer Schulabschluss	Anzahl	1	8	9
	% in Geschlecht	3,1%	4,8%	4,5%
Gesamtsumme	Anzahl	32	167	199
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 71: Höchster Schulabschluss nach Geschlecht

		Frauen	Männer	Gesamtsumme
derzeit in Hochschul- oder	Anzahl	0	1	1
Berufsausbildung	% in Geschlecht	0,0%	0,6%	0,5%
keine Hochschul- oder	Anzahl	19	84	103
Berufsausbildung abgeschlossen	% in Geschlecht	57,6%	50,3%	51,5%
abgeschlossene	Anzahl	14	68	82
Lehrausbildung	% in Geschlecht	42,4%	40,7%	41,0%
Meister / Techniker	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	1,8%	1,5%
Hochschulabschluss	Anzahl	0	7	7
	% in Geschlecht	0,0%	4,2%	3,5%
anderer Berufsabschluss	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	1,8%	1,5%
BVB abgeschlossen	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	0,6%	0,5%
Gesamtsumme	Anzahl	33	167	200
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 72: Höchster Ausbildungsabschluss nach Geschlecht

1.1.7 Obdachlosigkeit

			Frauen	Männer	
Waren Sie	ja, momentan	Anzahl	4	49	53
jemals		% in Geschlecht	12,1%	29,3%	26,5%
obdachlos?	ja, in der	Anzahl	18	89	107
	Vergangenheit	% in Geschlecht	54,5%	53,3%	53,5%
	nein	Anzahl	12	45	57
		% in Geschlecht	36,4%	26,9%	28,5%
Gesamtsumme		Anzahl % in Geschlecht	33 100,0%	167 100,0%	200 100,0%

Tabelle 73: Obdachlosigkeit nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

Von den Befragten waren 54% in der Vergangenheit schon einmal obdachlos. Zum Zeitpunkt der Befragung sind 27% der Konsumenten von Obdachlosigkeit betroffen. 29% geben an, noch nie in ihrem Leben obdachlos gewesen zu sein, davon Frauen wesentlich häufiger als Männer.

Werden bezüglich dieses Aspekts die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen miteinander verglichen, lassen sich folgende Zahlen

erkennen: 32% aller Nutzer und Nutzerinnen gaben an, derzeit obdachlos zu sein. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist dieser Anteil geringer, hier sind 21% von Obdachlosigkeit betroffen. Drogenkonsumräume werden also häufig von obdachlosen Personen genutzt. Die Nicht/Nicht-mehr Nutzer und Nutzerinnen der DKRs konsumieren wesentlich häufiger zu Hause (vgl. Tabelle 76 bzw. auch Tabelle 59).

			Nutzer und Nutzerin nen	Nicht/Nicht- mNutzer und Nutzerinnen	Gesamt- summe
Waren Sie jemals	ja, momentan	Anzahl %	32 32,0%	21 21,0%	53 26,5%
obdachlos?	ja, in der Vergangenheit	Anzahl %	49 49,0%	58 58,0%	107 53,5%
	Nein	Anzahl %	30 30,0%	27 27,0%	57 28,5%
Gesamtsumn	ne	Anzahl	100 100,0%	100 100,0%	200 100,0%

Tabelle 74: Obdachlosigkeit nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)

Betrachtet man die Zeitspanne der Obdachlosigkeit, lässt sich folgendes erkennen: Eine eher kurze Phase der Obdachlosigkeit haben 52 Personen, das sind 37% aller jemals obdachlos gewesenen Konsumenten und Konsumentinnen, erlebt. Laut der Befragung waren oder sind sie maximal seit sechs Monaten obdachlos. Bei den anderen 89 Personen (63%) erstreckte sich die Phase der Obdachlosigkeit über einen längeren Zeitraum von einem Jahr und länger. Länger als vier Jahre obdachlos sind der Befragung zufolge 20 Personen, was einem Wert von 14% der obdachlosen Befragten entspricht. Männer sind von Langzeitobdachlosigkeit wesentlich häufiger betroffen als Frauen: Alle Personen, die länger als zehn Jahre obdachlos waren bzw. obdachlos sind, sind männlichen Geschlechts. Auch in der Gruppe der Personen, die einen Zeitraum von "bis zu zehn Jahre angeben, finden sich 13 Männer (11%) und nur eine Frau (5%). In der Gruppe der Personen, die "bis zu einem Jahr" oder "1-2 Jahre" angeben, finden sich hingegen prozentual viel mehr Frauen als Männer. Die Mehrheit der obdachlosen Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, nämlich 64% von ihnen, ist nur maximal ein Jahr obdachlos. Rund 36% der obdachlosen Konsumraumnutzer und -nutzerinnen sind ein Jahr oder länger obdachlos.

		Frauen	Männer	Gesamtsummer
ein paar Wochen	Anzahl	3	23	26
	% in Geschlecht	14,3%	19,2%	18,4%
ein paar Monate	Anzahl	2	10	12
	% in Geschlecht	9,5%	8,3%	8,5%
bis zu sechs Monate	Anzahl	2	12	14
	% in Geschlecht	9,5%	10,0%	9,9%
bis zu einem Jahr	Anzahl	6	23	29
	% in Geschlecht	28,6%	19,2%	20,6%
1 - 2 Jahre	Anzahl	5	22	27
	% in Geschlecht	23,8%	18,3%	19,1%
3 - 4 Jahre	Anzahl	2	11	13
	% in Geschlecht	9,5%	9,2%	9,2%
bis zu 10 Jahre	Anzahl	1	13	14
	% in Geschlecht	4,8%	10,8%	9,9%
länger als 10 Jahre	Anzahl	0	6	6
	% in Geschlecht	0,0%	5,0%	4,3%
Gesamtsumme	Anzahl	21	120	141
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 75: Dauer der Obdachlosigkeit nach Geschlecht

1.1.8 Einkommen

Die Frage nach der derzeitigen Einkommenssituation liefert folgende Auskünfte: 2% der Interviewten beziehen ALG-I, 63% beziehen ALG-II-Leistungen. Weitere 11% in unserer Befragung beziehen Sozialhilfe und 8% erhalten eine Rente. Zählt man die weiteren staatlichen Hilfen, wie Kranken- und Kindergeld, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie Ausbildungsbeihilfen hinzu, erhalten insgesamt 81% aller Befragten staatliche Hilfen¹⁴. 19% der Befragten kommen dagegen ohne staatliche Hilfen aus. Im Vergleich dazu leben 7% der Befragten von ihrem eigenen Verdienst und weitere 2% geben an, vom Verdienst des (Ehe-)Partners oder anderer Familienangehöriger zu leben. Kein regelmäßiges Einkommen zu erhalten, geben 4% der Befragten an.

_

¹⁴ Es ist zu berücksichtigen, dass es sich um Mehrfachnennungen handelt. Einige der Personen beziehen verschiedene staatliche Leistungen und gehen daher doppelt in die Tabelle ein. Andere staatliche Leistungen sind unter "Sonstiges" gelistet. Fasst man alle Personen, die staatliche Leistungen beziehen, zusammen, erhält man aber den Wert von 81% aller Befragten.

		Frauen	Männer	Gesamtsumme
Eigener Verdienst	Anzahl	2	11	13
	% in Geschlecht	6,1%	6,6%	6,5%
Verdienst Partner/	Anzahl	0	2	2
Ehepartner/ Unterhalt	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Verdienst anderer	Anzahl	0	2	2
Familienangehöriger	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
ALG1	Anzahl	0	4	4
	% in Geschlecht	0,0%	2,4%	2,0%
ALG2	Anzahl	26	100	126
	% in Geschlecht	78,8%	60,2%	63,3%
Sozialhilfe	Anzahl	5	17	22
	% in Geschlecht	15,2%	10,2%	11,1%
Rente	Anzahl	3	12	15
	% in Geschlecht	9,1%	7,2%	7,5%
kein regelmäßiges	Anzahl	0	7	7
Einkommen	% in Geschlecht	0,0%	4,2%	3,5%
illegale Aktivitäten	Anzahl	1	14	15
	% in Geschlecht	3,0%	8,4%	7,5%
Betteln	Anzahl	1	8	9
	% in Geschlecht	3,0%	4,8%	4,5%
Sonstiges	Anzahl	2	15	17
	% in Geschlecht	6,1%	9,0%	8,5%
Gesamtsumme	Anzahl	33	166	199
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 76: Einkommenssituation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

1.1.9 Arbeitssituation

Bei der Frage zur derzeitigen Arbeitssituation stellt sich heraus, dass 74% aller Befragten zu diesem Zeitpunkt arbeitslos sind, die anderen 26% gehen demnach einer Beschäftigung nach oder beziehen Frührente. In der vorliegenden Befragung sind 10% der Personen teilweise oder vollständig in den Arbeitsmarkt integriert: Insgesamt befinden sich 19 Personen entweder in einer Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung oder gehen einer selbstständigen Tätigkeit nach. Weitere 19 Personen – überwiegend Männer - gaben an, "anders" beschäftigt zu sein. Darunter fallen verschiedene Angaben, die von Schwarzarbeit über Dealen, Tätigkeit auf dem Flohmarkt, Musizieren,

abgeschlossener Arbeitsvertrag, ehrenamtliche Tätigkeit, arbeitssuchend, keine Arbeitsgenehmigung bis hin zu einem 1-€-Job reichen.

			Frauen	Männer	Gesamtsumme
	Vollzeit	Anzahl	1	6	7
		% in Geschlecht	3,0%	3,7%	3,6%
	Teilzeit	Anzahl	0	4	4
		% in Geschlecht	0,0%	2,5%	2,0%
	geringfügige	Anzahl	1	3	4
	Beschäftigung	% in Geschlecht	3,0%	1,8%	2,0%
	arbeitslos	Anzahl	27	118	145
		% in Geschlecht	81,8%	72,4%	74,0%
	Frührente	Anzahl	3	15	18
		% in Geschlecht	9,1%	9,2%	9,2%
	selbständig	Anzahl	0	4	4
		% in Geschlecht	0,0%	2,5%	2,0%
	anders	Anzahl	2	17	19
		% in Geschlecht	6,1%	10,4%	9,7%
Gesamt	summe	Anzahl	33	163	196
			100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 77: Arbeitssituation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

1.2 Gesundheitlicher Zustand der Berliner DrogenkonsumentInnen

1.2.1 HIV

Mehr als 95% aller Befragten haben in der Vergangenheit bereits einen HIV-Test durchführen lassen. Von den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen gaben 93% an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben auf HIV getestet worden zu sein. Bei den Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen sind es 98%, die sich bereits auf HIV testen ließen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind hierbei gering.

Testergebnisse: Unter den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume gaben 99% an, HIV-negativ zu sein. Eine Person gab die Antwort, das Ergebnis nicht zu kennen. Keine einzige Person ist ihres Wissens nach HIV-positiv. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hingegen teilten 10% aller Befragten mit, HIV-positiv zu sein (eine Frau und neun Männer).

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	bin HIV-positiv	Anzahl	0	0	0
Nutzerinnen		% in Geschlecht	0,0%	0,0%	0,0%
	bin HIV-negativ	Anzahl	14	79	93
		% in Geschlecht	100,0%	98,8%	98,9%
	weiß nicht	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,3%	1,1%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	80	94
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht/Nm	bin HIV-positiv	Anzahl	1	9	10
Nutzer und		% in Geschlecht	5,6%	11,3%	10,2%
Nutzerinnen	bin HIV-negativ	Anzahl	17	71	88
		% in Geschlecht	94,4%	88,8%	89,8%
	Gesamtsumme	Anzahl	18	80	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamtsumme	bin HIV-positiv	Anzahl	1	9	10
		% in Geschlecht	3,1%	5,6%	5,2%
	bin HIV-negativ	Anzahl	31	150	181
		% in Geschlecht	96,9%	93,8%	94,3%
	weiß nicht	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,6%	0,5%
	Gesamtsumme	Anzahl	32	160	192
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 78: Ergebnis des HIV-Tests nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.2.1.1 HIV-Therapie

Insgesamt zehn Befragte gaben an, HIV-positiv zu sein. Zu acht von diesen Personen liegen Angaben zu einer HIV-Therapie vor. Demnach befinden sich sechs von ihnen derzeit in einer ART-Therapie¹⁵. Eine Person pausierte zum Zeitpunkt der Befragung und eine weitere Person gab an, bisher noch keine Therapie erhalten zu haben. Darüber hinaus gaben alle der HIV-Positiven an, Zugang zu medizinischer Behandlung zu haben.

_

¹⁵ Die ART-Therapie (antiretrovirale Therapie bzw. Hoch aktive ART = HAART) sind moderne Kombinationstherapien, die seit 1996 bei stattgefundener HIV-Infektion eingesetzt werden, um den Ausbruch von AIDS zu verhindern. Hierbei wird eine Kombination aus drei oder vier antiretroviralen Wirkstoffen eingesetzt (vgl. http://flexikon.doccheck.com/de/HAART, online im Internet).

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja, aktuell	Anzahl	1	5	6
		% in Geschlecht	100,0%	71,4%	75,0%
	ja, aber pausiere zur Zeit	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	14,3%	12,5%
	nein, noch nie	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	14,3%	12,5%
Gesamt	summe	Anzahl	1	7	8
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 79: HIV-Therapie nach Geschlecht

1.2.2 HCV

Bei der Befragung zum Hepatitis-C-Status zeigt sich, dass sich insgesamt 96% aller Befragten schon einmal in ihrem Leben darauf testen ließen. Bei den Nutzer und Nutzerinnen ließen sich 93% testen, bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sogar 99%. Testergebnisse: 54% gaben ein negatives Testergebnis an. Weitere 16% sind nach einer erfolgreichen Therapie wieder HCV-negativ. Somit sind nach Angaben der Befragten insgesamt 70% HCV-negativ. Demgegenüber geben 53 Befragte (27%) ein positives Testergebnis an. Weitere 2 Personen geben an, nach erfolgreicher Therapie positiv zu sein.

Der Vergleich zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ergibt, dass mehr Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen Hepatitis C-negativ sind. Es sind 57% der Nutzer und Nutzerinnen negativ auf HCV getestet worden, bei den Nicht-/Nicht-mehr Nutzer und Nutzerinnen waren es 51%. Wenn die negativ Getesteten ohne Therapie zu den negativ Getesteten nach erfolgreicher Therapie addiert werden, ergibt dies folgende prozentuale Werte: 74% der Nutzer und Nutzerinnen und 66% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen verfügen über ein negatives Testergebnis. Bei der Auswertung wurde nicht explizit nach der Art des Tests (AK-Test oder PCR) gefragt.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	getestet, negativ - keine	Anzahl	7	47	54
Nutzerinnen	Therapie	% in Geschlecht	50,0%	58,0%	56,8%
	getestet, negativ -	Anzahl	4	12	16
	erfolgreiche Therapie	% in Geschlecht	28,6%	14,8%	16,8%
	getestet, akut	Anzahl	1	5	6
		% in Geschlecht	7,1%	6,2%	6,3%
	getestet, chronisch, keine	Anzahl	1	12	13
	Therapie	% in Geschlecht	7,1%	14,8%	13,7%
	Status unbekannt	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,1%
	weiß ich nicht	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,7%	3,2%
	getestet, positiv -	Anzahl	1	1	2
	erfolgreiche Therapie	% in Geschlecht	7,1%	1,2%	2,1%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	81	95
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht/Nm	getestet, negativ - keine	Anzahl	8	42	50
Nutzer und	Therapie	% in Geschlecht	44,4%	51,9%	50,5%
Nutzerinnen	getestet, negativ -	Anzahl	4	11	15
	erfolgreiche Therapie	% in Geschlecht	22,2%	13,6%	15,2%
	getestet, akut	Anzahl	2	7	9
		% in Geschlecht	11,1%	8,6%	9,1%
	getestet, chronisch, keine	Anzahl	3	17	20
	Therapie	% in Geschlecht	16,7%	21,0%	20,2%
	getestet, chronisch -	Anzahl	0	3	3
	erfolglose Therapie	% in Geschlecht	0,0%	3,7%	3,0%
	demnächst Therapiebeginn	Anzahl	1	1	2
	,	% in Geschlecht	5,6%	1,2%	2,0%
	Gesamtsumme	Anzahl	18	81	99
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 80: Hepatitis-C-Status nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.2.3 HBV

Auch bezüglich des Hepatitis-B-Virus gaben 88% aller Befragten an, bereits in der Vergangenheit getestet worden zu sein. Nur 8% verneinten die Frage, ob jemals ein HBV-Test durchgeführt wurde. Weitere 4% wussten es nicht mehr. Die Nicht-/Nicht-mehr-

Nutzer und Nutzerinnen haben sich häufiger testen lassen als die Nutzer und Nutzerinnen: 98% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 78% der Nutzer und Nutzerinnen gaben an, bereits einmal auf HBV getestet worden zu sein. Vier Personen sind laut ihren Angaben akut oder chronisch HBV-infiziert, weitere 30 Personen gaben an, die Infektion sei bei ihnen ausgeheilt. Insgesamt sind bei 78% der Befragten die Tests negativ ausgefallen. Lediglich 3% machten keine Angaben zu ihrem HBV-Status und antworteten mit "unbestimmt" bzw. "weiß nicht mehr". Wird bezüglich der Hepatitis B nur das Verhältnis von Infizierten zu Nicht-Infizierten verglichen, so ergibt sich, dass Nutzer und Nutzerinnen wie auch Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gleichermaßen von dem Virus infiziert sind. 19% waren oder sind infiziert, 81% sind HBV-negativ. Der Vergleich ergibt also, dass Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gleichermaßen von HBV betroffen waren oder sind. Auch der Vergleich von akut oder chronisch Betroffenen ergibt zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede.

Nutzung der [OKR		Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	Infektion durchgemacht und	Anzahl	2	11	13
Nutzerinnen	ausgeheilt	% in Geschlecht	14,3%	15,7%	15,5%
	akute frische Infektion	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,4%	1,2%
	chronische Infektion	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,4%	1,2%
	Negativ	Anzahl	8	55	63
		% in Geschlecht	57,1%	78,6%	75,0%
	unbestimmt	Anzahl	1	0	1
		% in Geschlecht	7,1%	0,0%	1,2%
	weiß nicht mehr	Anzahl	3	2	5
		% in Geschlecht	21,4%	2,9%	6,0%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	70	84
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht/Nm	Infektion durchgemacht und	Anzahl	4	13	17
Nutzer und	ausgeheilt	% in Geschlecht	22,2%	16,3%	17,3%
Nutzerinnen	chronische Infektion	Anzahl	1	1	2
		% in Geschlecht	5,6%	1,3%	2,0%
	Negativ	Anzahl	13	66	79
		% in Geschlecht	72,2%	82,5%	80,6%
	Gesamtsumme	Anzahl	18	80	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 81: Ergebnis des HBV-Tests nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.2.4 Impfstatus

Von den insgesamt befragten Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen haben 118 Personen angegeben, gegen Hepatitis A und B geimpft zu sein. 50 Personen sind nicht geimpft und 22 Personen wissen nicht über ihren Impfstatus Bescheid. 62% der Befragten sind also gegen Hepatitis A und Hepatitis B geimpft. Bei beiden Impfungen geben prozentual mehr Männer als Frauen an, geimpft zu sein.

		Frauen	Männer	Gesamt
Ja, HAV-geimpft	Anzahl	16	102	118
	%	55,2%	63,4%	62,1%
weiß nicht	Anzahl	3	19	22
	%	10,3%	11,8%	11,6%
nicht geimpft	Anzahl	10	40	50
	%	34,5%	24,8%	26,3%
Gesamtsumme	Anzahl	29	161	190
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Ja, HBV-geimpft	Anzahl	15	103	118
	%	53,6%	63,6%	62,1%
weiß nicht	Anzahl	3	19	22
	%	10,7%	11,7%	11,6%
nicht geimpft	Anzahl	10	40	50
	%	35,7%	24,7%	26,3%
Gesamtsumme	Anzahl	28	162	190
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 82: Aktueller Hepatitis-A-Impfstatus und Hepatitis-B-Impfstatus nach Geschlecht

				Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	-	Ja, HAV-geimpft	Anzahl	5	52	57
Nutzerinnen			% in Geschlecht	45,5%	62,7%	60,6%
		weiß nicht	Anzahl	3	8	11
			% in Geschlecht	27,3%	9,6%	11,7%
		nicht geimpft	Anzahl	3	23	26
			% in Geschlecht	27,3%	27,7%	27,7%
	Gesamts	summe	Anzahl	11	83	94
				100,0%	100,0%	100,0%
Nicht/Nm		Ja, HAV-geimpft	Anzahl	11	50	61
Nutzer und			% in Geschlecht	61,1%	64,1%	63,5%
Nutzerinnen		weiß nicht	Anzahl	0	11	11
			% in Geschlecht	0,0%	14,1%	11,5%
		nicht geimpft	Anzahl	7	17	24
			% in Geschlecht	38,9%	21,8%	25,0%
	Gesamts	summe	Anzahl	18	78	96
				100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 83: Aktueller Hepatitis-A-Impfstatus nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

				Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	Ja, F	HBV-geimpft	Anzahl	6	53	59
Nutzerinnen			% in Geschlecht	50,0%	63,1%	61,5%
	weiß	nicht	Anzahl	3	8	11
			% in Geschlecht	25,0%	9,5%	11,5%
	nicht	geimpft	Anzahl	3	23	26
			% in Geschlecht	25,0%	27,4%	27,1%
	Gesamtsumm	ie	Anzahl	12	84	96
Nicht-/N	Ja, F	HBV-geimpft	Anzahl	9	50	59
mNutzer			% in Geschlecht	56,3%	64,1%	62,8%
und	weiß	nicht	Anzahl	0	11	11
Nutzerinnen			% in Geschlecht	0,0%	14,1%	11,7%
	nicht	geimpft	Anzahl	7	17	24
			% in Geschlecht	43,8%	21,8%	25,5%
	Gesamtsumm	ie	Anzahl	16	78	94

Tabelle 84: Aktueller Hepatitis-B-Impfstatus nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.2.5 Zusammenfassung: Testung, Infektions-/Impfstatus

Fasst man die Analysen zu den häufig auftretenden Infektionskrankheiten unter injizierenden DrogengebraucherInnen zusammen, ergeben sich drei zentrale Ergebnisse.

- 1. Die Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen sind signifikant seltener HIV-positiv und signifikant seltener von HCV betroffen als die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (für HIV gilt p < 0,05 und für HCV gilt p < 0,05).¹⁶
 Bei HBV ergibt sich keine Tendenz, dass Konsumraumnutzer und -nutzerinnen seltener infiziert sind oder infiziert waren als die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hier sind beide Vergleichsgruppen etwa gleichermaßen betroffen dementsprechend besteht auch keine statistische Signifikanz.
- 2. Die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen haben sich bezüglich aller drei Virusinfektionen häufiger als die Nutzer und Nutzerinnen schon einmal in ihrem Leben auf eine Infektion testen lassen. Der Signifikanztest bestätigt diesen Zusammenhang bezüglich HCV (p < 0,05) und bezüglich HBV (p < 0,001), jedoch nicht bezüglich HIV (p > 0,05).¹⁷
- 3. Der Impfstatus ergibt keine eindeutigen Unterschiede zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, da die Impfquote bezüglich HAV und HBV sich bei beiden Vergleichsgruppen ähnelt.

1.3 Drogenkonsum

1.3.1 Substanzen

Bei der Frage, welche Substanz die Konsumenten und Konsumentinnen als ihre Hauptdroge bezeichnen würden, wurde am häufigsten Heroin mit 49% genannt, gefolgt von den Substitutionsmedikamenten Methadon, L-Polamidon und Buprenorphin mit 21%. Außerdem nannten 10% der Befragten Kokain und ebenfalls 10% den Cocktail aus Heroin und Kokain als ihre Hauptdroge. Nach Tabak wurde in diesem Zusammenhang nicht explizit gefragt, weshalb kaum ein/eine Befragter/Befragte die Substanz erwähnte.

¹⁶ Die p-Werte wurden nach dem exakten Test nach Fisher (HIV, HBV) bzw. dem Pearson-Chi-Quadrat (HCV) bestimmt. Für die Tests wurden nur Fälle berücksichtigt, die eindeutig zuzuordnen sind. "Status unbekannt", "weiß nicht" oder "unbestimmt" wurden beim Signifikanztest nicht berücksichtigt. Zwei Fälle, die bezüglich HCV angaben, nach erfolgreicher Therapie positiv zu sein, gingen nicht in die Berechnung ein. Würde man sie als "ausgeheilt", also nicht von HCV betroffen, in die Berechnung einbeziehen, würde dies aber zum identischen Signifikanzniveau führen.

¹⁷ Auch hier wurden nur eindeutige Aussagen (Test durchgeführt ja bzw. nein) berücksichtigt. Bezüglich der HBV-Testung wurde der Pearson-Chi-Quadrat-Test durchgeführt und bezüglich HIV und HCV der exakte Test nach Fisher (2-seitige Signifikanz).

Weitere 5% antworteten mit Cannabis auf die Frage nach ihrer Hauptdroge, und ein/e Befragter/Befragte nennt in diesem Zusammenhang Cannabis in Kombination mit Alkohol. Jeweils 1% der befragten Personen gaben Benzodiazepine, Alkohol und Methamphetamine als ihre Hauptdrogen an. Zwei Personen (1%) gaben diesbezüglich die Kombination aus Methadon mit entweder Kokain oder Speed an. Werden Heroin und die drei genannten Substitutionsmedikamente addiert, ergibt sich, dass insgesamt 70% der Befragten diese Substanzen als Hauptdroge angaben. Hinzu kommen Konsumenten und Konsumentinnen, die diese Opioide hauptsächlich in Kombination mit anderen Substanzen einnehmen. Zählt man diese Konsumenten und Konsumentinnen hinzu, lässt sich feststellen, dass 81% der Befragten hauptsächlich Opioide konsumieren.

Von den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume konsumieren 61% Heroin, weitere 14% den Cocktail aus Heroin und Kokain als ihre Hauptdroge. Lediglich 7% geben diesbezüglich Substitutionsmittel an. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben dagegen 37% Heroin und ebenfalls 37% Substitutionsmittel als bevorzugte Hauptdrogen an. Dies spiegelt somit die Zulassungsbeschränkungen der DKRs für Menschen in Substitutionsbehandlung wieder. Ein weiterer, deutlicher Unterschied besteht beim kombinierten Konsum von Heroin und Kokain. 14% der Nutzer und Nutzerinnen, aber nur 6% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben diesen Mischkonsum als ihre Hauptdroge an. Hinsichtlich der übrigen Substanzen ähneln sich Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen in ihrem Konsumverhalten.

		Frauen	Männer	Gesamt
Heroin	Anzahl	10	49	59
	% in Geschlecht	71,4%	59,0%	60,8%
Kokain	Anzahl	1	9	10
	% in Geschlecht	7,1%	10,8%	10,3%
Cocktail	Anzahl	0	14	14
	% in Geschlecht	0,0%	16,9%	14,4%
Cannabis / THC	Anzahl	0	4	4
	% in Geschlecht	0,0%	4,8%	4,1%
Benzodiazepine	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Alkohol	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Cannabis und Alkohol	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Substitute	Anzahl	3	4	7
	% in Geschlecht	21,4%	4,8%	7,2%
Gesamtsumme	Anzahl	14	83	97
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 85: Konsummuster der DKR-Nutzer und Nutzerinnen (Hauptdroge) nach Geschlecht

		Frauen	Männer	Gesamt
Heroin	Anzahl	5	32	37
	% in Geschlecht	26,3%	39,5%	37,0%
Kokain	Anzahl	1	9	10
	% in Geschlecht	5,3%	11,1%	10,0%
Cocktail	Anzahl	1	5	6
	% in Geschlecht	5,3%	6,2%	6,0%
Cannabis / THC	Anzahl	0	6	6
	% in Geschlecht	0,0%	7,4%	6,0%
Alkohol	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Methamphetamin	Anzahl	0	2	2
	% in Geschlecht	0,0%	2,5%	2,0%
andere	Anzahl	1	0	1
	% in Geschlecht	5,3%	0,0%	1,0%
Substitute	Anzahl	11	26	37
	% in Geschlecht	57,9%	32,1%	37,0%
Gesamtsumme	Anzahl	19	81	100
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 86: Konsummuster der DKR-Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Hauptdroge) nach Geschlecht

Die Mehrheit aller Befragten konsumiert neben ihrer Hauptdroge weitere Substanzen. Am häufigsten wird diesbezüglich Cannabis genannt. Dies antworteten 115 der befragten Personen. 79 Personen konsumieren neben ihrer Hauptdroge Alkohol und 61 Personen gaben Benzodiazepine an. Lediglich sieben Personen gaben die Auskunft, keine weiteren Substanzen neben ihrer Hauptdroge zu konsumieren und 16 Personen haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht. Das Konsumverhalten spiegelt bei den meisten Befragten einen Mischkonsum mit möglicher Mehrfachabhängigkeit wieder. Bei mindestens 88% der zweihundert Befragten liegt ein solcher Mischkonsum vor, zwei weitere Befragte rauchen Tabak. Bezüglich Tabak handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Untererfassung, da nach dieser Substanz nicht explizit gefragt wurde und diese deshalb nur notiert wurde, wenn der/die Befragte dies von sich aus zusätzlich äußerte. Nur 4% gaben keinen multiplen Substanzgebrauch an und zu 8% der Befragten fehlen hierzu die Angaben.

			Frauen	Männer	Gesamt
Alkol	hol	Anzahl	15	64	79
		% in Geschlecht	48,4%	41,8%	42,9%
Benz	zodiazepine	Anzahl	10	51	61
		% in Geschlecht	32,3%	33,3%	33,2%
Canr	nabis	Anzahl	18	97	115
		% in Geschlecht	58,1%	63,4%	62,5%
Amp	hetamine	Anzahl	4	34	38
		% in Geschlecht	12,9%	22,2%	20,7%
Meth	amphetamine	Anzahl	1	11	12
		% in Geschlecht	3,2%	7,2%	6,5%
nicht	verordnete Heroin-	Anzahl	2	20	22
Ersa	tzstoffe	% in Geschlecht	6,5%	13,1%	12,0%
Hero	in	Anzahl	1	12	13
		% in Geschlecht	3,2%	7,8%	7,1%
MDM	1A	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,7%	0,5%
Koka	iin	Anzahl	4	25	29
		% in Geschlecht	12,9%	16,3%	15,8%
Taba	ık	Anzahl	1	1	2
		% in Geschlecht	3,2%	0,7%	1,1%
Medi	kamente, ärztlich	Anzahl	2	0	2
veror	rdnet	% in Geschlecht	6,5%	0,0%	1,1%
viele	andere Substanzen	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,7%	0,5%
Keta	min	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,7%	0,5%
LSD	/ Pilze	Anzahl	0	2	2
		% in Geschlecht	0,0%	1,3%	1,1%
keine	e weiteren	Anzahl	1	6	7
Subs	tanzen	% in Geschlecht	3,2%	3,9%	3,8%
Gesamtsumm	e	Anzahl	31	153	184

Tabelle 87: Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

Beim Vergleich der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen fällt auf, dass der Konsum von Alkohol und Cannabis neben der Hauptdroge häufiger bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen stattfindet. Alkohol und andere

Substanzen sind im DKR nicht gestattet. Bei den Nutzer und Nutzerinnen hingegen wurden häufiger Amphetamine genannt.

		Nutzer und Nutzerinne n		Gesamt
Alkohol	Anzahl	31	48	79
	%	33,3%	52,7%	42,9%
Benzodiazepine	Anzahl	32	29	61
	%	34,4%	31,9%	33,2%
Cannabis	Anzahl	52	63	115
4	%	55,9%	69,2%	62,5%
Amphetamine	Anzahl	23	15	38
4	%	24,7%	16,5%	20,7%
Methamphetamin	Anzahl	5	7	12
	%	5,4%	7,7%	6,5%
nicht verordnete Heroin-	Anzahl	12	10	22
Ersatzstoffe	%	12,9%	11,0%	12,0%
Heroin	Anzahl	8	5	13
	%	8,6%	5,5%	7,1%
MDMA	Anzahl	1	0	1
	%	1,1%	0,0%	0,5%
Kokain	Anzahl	14	15	29
	%	15,1%	16,5%	15,8%
Tabak	Anzahl	2	0	2
	%	2,2%	0,0%	1,1%
Medikamente, ärztlich	Anzahl	1	1	2
verordnet	%	1,1%	1,1%	1,1%
viele andere Substanzen	Anzahl	1	0	1
	%	1,1%	0,0%	0,5%
Ketamin	Anzahl	0	1	1
	%	0,0%	1,1%	0,5%
LSD / Pilze	Anzahl	0	2	2
	%	0,0%	2,2%	1,1%
keine weiteren	Anzahl	6	1	7
Substanzen	%	6,5%	1,1%	3,8%
Gesamtsumme	Anzahl	93	91	184

Tabelle 88: Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)

1.3.2 Drogenkonsum von Personen, die sich in Substitutionsbehandlungen befinden

87 der Befragten geben an, sich derzeit in Substitutionsbehandlung zu befinden (siehe dazu das Kapitel VII Substitutionsbehandlungen).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Personen in Substitutionsbehandlung die Substitutionsmedikamente gar nicht als ihre Hauptdroge ansehen. Nur 47% der substituierten Personen bezeichnen die Substitute als Hauptdroge. 31% der Nennungen entfallen auf Heroin, 12% auf Kokain, jeweils 5% auf den Mischkonsum von Heroin und Kokain und 5% auf Cannabis. Zwei Personen (2%) geben den Mischkonsum von Methadon und Kokain bzw. Methadon und Speed als Hauptdroge an (in der Tabelle unter der Zeile "Substitute allein bzw. in Kombination" erfasst).

		Frauen	Männer	Gesamt
Heroin	Anzahl	4	23	27
	% in Geschlecht	20,0%	34,8%	31,4%
Kokain	Anzahl	1	9	10
	% in Geschlecht	5,0%	13,6%	11,6%
Cocktail	Anzahl	1	3	4
	% in Geschlecht	5,0%	4,5%	4,7%
Cannabis / THC	Anzahl	0	4	4
	% in Geschlecht	0,0%	6,1%	4,7%
Andere	Anzahl	1	0	1
	% in Geschlecht	5,0%	0,0%	1,2%
Substitute (allein / in	Anzahl	13	27	40
Kombination mit anderen	% in Geschlecht	GE 00/	40.00/	4C E0/
Substanzen)		65,0%	40,9%	46,5%
Gesamtsumme	Anzahl	20	66	86
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 89: Hauptdroge von Personen in Substitutionsbehandlung nach Geschlecht

Zu 79 der 87 Personen liegen die Angaben zum Beikonsum neben der Hauptdroge vor. Nur drei von ihnen konsumieren keine weiteren Substanzen. Die übrigen 96% konsumieren andere Substanzen neben der Substitution. Leider fehlen zu acht Personen in Substitution an dieser Stelle die Angaben. Geht man davon aus, dass diese 8 Personen keinerlei Nebenkonsum haben, ergibt sich: 87% aller befragten Personen in Substitutionsbehandlung konsumieren nebenbei andere Substanzen. Am häufigsten wird Cannabis konsumiert, am zweithäufigsten Alkohol, am dritthäufigsten Benzodiazepine.

Die folgenden Werte beziehen sich auf die 79 Personen, zu denen Antworten vorliegen. 34 Personen (43%) in Substitutionsbehandlung trinken Alkohol – Frauen prozentual deutlich häufiger als Männer. Alkohol wird aber in keinem Fall als Hauptdroge genannt, sondern nur als Nebendroge. Am häufigsten wird hier aber der Cannabiskonsum genannt (66%). 10 Frauen (56%) und 42 Männer (69%) konsumieren Cannabis. Einen Benzodiazepin-Konsum neben der Substitutionsbehandlung geben 28% an. Vergleichsweise häufig wird hier auch Kokain genannt (17%).

		Frauen	Männer	Gesamt
Alkohol	Anzahl	10	24	34
	% in Geschlecht	55,6%	39,3%	43,0%
Benzodiazepine	Anzahl	6	16	22
	% in Geschlecht	33,3%	26,2%	27,8%
Cannabis	Anzahl	10	42	52
	% in Geschlecht	55,6%	68,9%	65,8%
Amphetamine	Anzahl	2	10	12
	% in Geschlecht	11,1%	16,4%	15,2%
Methamphetamin	Anzahl	1	5	6
	% in Geschlecht	5,6%	8,2%	7,6%
nicht verordnete	Anzahl	1	5	6
Substitutionsmittel	% in Geschlecht	5,6%	8,2%	7,6%
Heroin	Anzahl	1	4	5
	% in Geschlecht	5,6%	6,6%	6,3%
Kokain	Anzahl	3	10	13
	% in Geschlecht	16,7%	16,4%	16,5%
Medikamente, ärztlich	Anzahl	1	0	1
verordnet	% in Geschlecht	5,6%	0,0%	1,3%
LSD / Pilze	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,6%	1,3%
keine weiteren	Anzahl	1	2	3
Substanzen	% in Geschlecht	5,6%	3,3%	3,8%
Gesamtsumme	Anzahl	18	61	79

Tabelle 90: Nur Substituierte – Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

Zusammenfassend lässt sich zum Beikonsum von Personen in Substitutionsbehandlung feststellen: 43 Personen aus der Gruppe der 87 substituierten Personen geben als Hauptdroge eine Substanz an, deren Konsum in den DKRs zugelassen ist. Fast die Hälfte

der substituierten Personen (49%) hat also einen Beikonsum von Heroin, Kokain, Cocktail oder Amphetaminen.

27 Personen, die sich in Substitution befinden, geben einen Substanzkonsum *neben* der Hauptdroge an, der in den DKRs zulässig ist. Werden Haupt- und Nebendroge zusammengefasst, ergibt sich: 55 Personen, also 63% der substituierten Personen konsumieren hauptsächlich oder nebenbei Drogen, die im Konsumraum zugelassen sind. 11 dieser 55 Personen sind weiblichen Geschlechts, 44 der Personen sind männlichen Geschlechts. Weitere Analysen zu substituierten Personen finden sich weiter unten im Kapitel "Substitutionsbehandlungen".

	Frauen	Männer	Gesamt
ja, Anzahl	11	44	55
Beikonsum [%]	20,0%	80,0%	100,0%
nein, kein Anzahl	9	23	32
Beikonsum [%]	28,1%	71,9%	100,0%
Gesamtsumme Anzahl	20	67	87
%	23,0%	77,0%	100,0%

Tabelle 91: Substituierte, die einen Beikonsum von im DKR zugelassenen Substanzen haben (Heroin, Kokain, Amphetamin oder Derivate) (Hauptdroge oder gelegentlich konsumierte Nebendroge) nach Geschlecht

Zum Thema Alkoholkonsum als Beigebrauchsphänomen unter Personen in Substitutionsbehandlung lässt sich feststellen: Mindestens 34 Personen (39%) aller 87 substituierten Personen in der Befragung konsumieren nebenbei Alkohol. Es könnten noch mehr sein, da nicht zu allen Personen gültige Antworten vorliegen. Alkohol wird aber von keiner substituierten Person als Hauptdroge genannt, sondern lediglich als Nebendroge.¹⁸

1.3.3 Applikationsformen

Die Frage nach der Art und Weise, wie die Befragten ihre Hauptdroge konsumieren, liefert folgende Ergebnisse (rechte Spalte der folgenden Tabelle): 45% der Befragten spritzen ihre Hauptdroge, 23% rauchen Folie, 14% sniefen die Substanz. 3% gaben an, sowohl zu spritzen als auch Folie zu rauchen. Hier waren Mehrfachantworten möglich. Es bestehen hinsichtlich der Applikation nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede.

¹⁸ Die Abweichung zur Angabe in der Tabelle 23 entsteht dadurch, dass in Tabelle 23 nicht zu allen Substituierten Angaben vorliegen.

	Antworten H		Prozent der Fälle
spritzen	89	39,9%	44,7%
sniefen	28	12,6%	14,1%
Folie rauchen	46	20,6%	23,1%
Pfeife rauchen	4	1,8%	2,0%
Spritzen und Folie rauchen	6	2,7%	3,0%
Cannabis rauchen	8	3,6%	4,0%
Heroin als Zigarette	1	0,4%	0,5%
Alkohol trinken	2	0,9%	1,0%
als Tablette	12	5,4%	6,0%
oral	1	0,4%	0,5%
Alkohol trinken, Cannabis rauchen	1	0,4%	0,5%
bin ärztlich substituiert	11	4,9%	5,5%
anders	14	6,3%	7,0%
Gesamtsumme	223	100,0%	112,1%

Tabelle 92: Art der Applikation (Mehrfachantworten)

Wie die zwei nachfolgenden Tabellen zeigen, bestehen hinsichtlich der Applikation Unterschiede zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen. Konsumraumnutzer und -nutzerinnen konsumieren (58% der Nennungen) viel häufiger intravenös als Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (32%). Auch das Folienrauchen wird von den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen viel häufiger praktiziert als von den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, ebenso das Folienrauchen abwechselnd mit dem Injizieren. Das Pfeife-Rauchen praktizieren ausschließlich Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen genannt, genauso wie der Konsum in Tablettenform und nicht explizit genannte Arten der Applikation.

Das Applikationsmuster der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen lässt sich somit wohl auf die Substitutionsbehandlung zurückführen.

Der hohe Anteil an intravenösem oder inhalativem Konsum (Folie rauchen) hängt damit zusammen, dass unter den Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen viel mehr Personen sind, die Heroin als Hauptdroge angeben, während unter den Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen der Konsum von Substituten weiter verbreitet ist.

		Frauen	Männer	Gesamt
spritzen	Anzahl	8	49	57
	% in Geschlecht	57,1%	57,6%	57,6%
sniffen	Anzahl	2	11	13
	% in Geschlecht	14,3%	12,9%	13,1%
Folie rauchen	Anzahl	5	22	27
	% in Geschlecht	35,7%	25,9%	27,3%
Spritzen und Folie	Anzahl	0	6	6
rauchen	% in Geschlecht	0,0%	7,1%	6,1%
Cannabis rauchen	Anzahl	0	3	3
<u> </u>	% in Geschlecht	0,0%	3,5%	3,0%
Heroin als Zigarette	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Alkohol trinken	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
als Tablette	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	3,5%	3,0%
Alkohol trinken, Cannabis	Anzahl	0	1	1
rauchen	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Gesamtsumme	Anzahl	14	85	99

Tabelle 93: Nur Konsumraumnutzer und -nutzerinnen – Art der Applikation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

			Frauen	Männer	Gesamt
	spritzen	Anzahl	7	25	32
		% in Geschlecht	36,8%	30,9%	32,0%
	sniffen	Anzahl	2	13	15
		% in Geschlecht	10,5%	16,0%	15,0%
	Folie rauchen	Anzahl	2	17	19
		% in Geschlecht	10,5%	21,0%	19,0%
	Pfeife rauchen	Anzahl	1	3	4
		% in Geschlecht	5,3%	3,7%	4,0%
	Cannabis rauchen	Anzahl	0	5	5
		% in Geschlecht	0,0%	6,2%	5,0%
	Alkohol trinken	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
	als Tablette	Anzahl	4	5	9
		% in Geschlecht	21,1%	6,2%	9,0%
	oral	Anzahl	1	0	1
		% in Geschlecht	5,3%	0,0%	1,0%
	bin ärztlich substituiert	Anzahl	2	9	11
		% in Geschlecht	10,5%	11,1%	11,0%
	anders	Anzahl	4	10	14
		% in Geschlecht	21,1%	12,3%	14,0%
Gesamt	summe	Anzahl	19	81	100,0%

Tabelle 94: Nur Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen – Art der Applikation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

1.3.4 Konsumhäufigkeiten

Fast die Hälfte aller Befragten, 47% der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zusammengenommen, konsumieren mehrfach täglich ihre bevorzugte Droge. Weitere 33% konsumieren diese Substanz einmal am Tag. Demnach konsumieren insgesamt 81% der Befragten täglich ihre Hauptdroge. Weitere 7% konsumieren ihre Droge mehrfach pro Woche und 12% aller Befragten geben einen unregelmäßigen Drogenkonsum an.

Unter den Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen ist eine sehr hohe Konsumfrequenz zu beobachten: 60% der befragten Nutzer und Nutzerinnen konsumieren ihre Hauptdroge mehrmals täglich. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumieren im Gegensatz dazu nur 34% mehrmals täglich, wobei 51% angeben, ihre Hauptdroge einmal täglich zu konsumieren.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer	mehrmals täglich	Anzahl	8	51	59
und		% in Geschlecht	57,1%	60,7%	60,2%
Nutzerinn	einmal täglich	Anzahl	3	13	16
en		% in Geschlecht	21,4%	15,5%	16,3%
	ein paarmal in der Woche	Anzahl	1	6	7
		% in Geschlecht	7,1%	7,1%	7,1%
	unregelmäßig	Anzahl	2	14	16
		% in Geschlecht	14,3%	16,7%	16,3%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	84	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht-/N	mehrmals täglich	Anzahl	3	30	33
mNutzer		% in Geschlecht	15,8%	38,5%	34,0%
und	einmal täglich	Anzahl	13	36	49
Nutzerinn		% in Geschlecht	68,4%	46,2%	50,5%
en	ein paarmal in der Woche	Anzahl	3	4	7
		% in Geschlecht	15,8%	5,1%	7,2%
	unregelmäßig	Anzahl	0	8	8
		% in Geschlecht	0,0%	10,3%	8,2%
	Gesamtsumme	Anzahl	19	78	97
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt-	mehrmals täglich	Anzahl	11	81	92
summe		% in Geschlecht	33,3%	50,0%	47,2%
	einmal täglich	Anzahl	16	49	65
		% in Geschlecht	48,5%	30,2%	33,3%
	ein paarmal in der Woche	Anzahl	4	10	14
		% in Geschlecht	12,1%	6,2%	7,2%
	unregelmäßig	Anzahl	2	22	24
		% in Geschlecht	6,1%	13,6%	12,3%
	Gesamtsumme	Anzahl	33	162	195
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 95: Konsumhäufigkeit der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen, Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Geschlecht

1.3.5 Dauer der Abhängigkeit

In dieser Befragung sind mehrheitlich Konsumenten und Konsumentinnen erfasst, die über einen längeren Zeitraum abhängig sind. Demzufolge gaben 41% der Befragten an, ihre bevorzugte Substanz schon länger als 15 Jahre zu nehmen. Insbesondere die Männer in dieser Befragung weisen eine sehr lange Phase des regelmäßigen

Substanzkonsums auf: 44% der befragten Männer und 27% der befragten Frauen konsumieren länger als 15 Jahre regelmäßig Drogen. Lediglich 22% der Interviewten konsumieren ihre Hauptdroge weniger als fünf Jahre, alle anderen länger.

		Frauen	Männer	Gesamt
weniger als fünf Jahre	Anzahl	7	37	44
	% in Geschlecht	21,2%	22,4%	22,2%
5-7 Jahre	Anzahl	3	14	17
	% in Geschlecht	9,1%	8,5%	8,6%
8-10 Jahre	Anzahl	9	22	31
	% in Geschlecht	27,3%	13,3%	15,7%
11-15 Jahre	Anzahl	5	20	25
	% in Geschlecht	15,2%	12,1%	12,6%
länger als 15 Jahre	Anzahl	9	72	81
	% in Geschlecht	27,3%	43,6%	40,9%
Gesamtsumme	Anzahl	33	165	198
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 96: Dauer der Abhängigkeit nach Geschlecht | Seit wann wird die Hauptdroge regelmäßig konsumiert?

Konsumenten und Konsumentinnen, die 11 Jahre und länger ihre Hauptdroge regelmäßig konsumieren, sind in dieser Befragung mehrheitlich unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zu finden. Hier konsumieren 49% ihre Hauptdroge länger als 15 Jahre, bei den Nutzer und Nutzerinnen sind es 33%, die hinsichtlich dieser Zeitspanne einen regelmäßigen Konsum angeben.

Hier könnte von der These ausgegangen werden, dass die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen generell eine längere Konsumkarriere aufweisen bzw. unter ihnen mehrheitlich LangzeitkonsumentInnen sind. Dies würde auch damit übereinstimmen, dass viele von ihnen neben ihrer Substitutionsbehandlung einen z.T. erheblichen Beigebrauch aufweisen.

Konsumenten und Konsumentinnen, die seit sieben Jahren oder kürzer ihre Hauptdroge regelmäßig konsumieren, nutzen die Drogenkonsumräume vergleichsweise häufiger, weil diese sich eventuell auch noch nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	weniger als fünf Jahre	Anzahl	6	24	30
Nutzerinnen		% in Geschlecht	42,9%	28,2%	30,3%
	5-7 Jahre	Anzahl	0	11	11
		% in Geschlecht	0,0%	12,9%	11,1%
	8-10 Jahre	Anzahl	4	11	15
		% in Geschlecht	28,6%	12,9%	15,2%
	11-15 Jahre	Anzahl	2	8	10
		% in Geschlecht	14,3%	9,4%	10,1%
	länger als 15 Jahre	Anzahl	2	31	33
_		% in Geschlecht	14,3%	36,5%	33,3%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	85	99
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht-/	weniger als fünf Jahre	Anzahl	1	13	14
Nicht-mehr-		% in Geschlecht	5,3%	16,3%	14,1%
Nutzer und	5-7 Jahre	Anzahl	3	3	6
Nutzerinnen		% in Geschlecht	15,8%	3,8%	6,1%
	8-10 Jahre	Anzahl	5	11	16
		% in Geschlecht	26,3%	13,8%	16,2%
	11-15 Jahre	Anzahl	3	12	15
		% in Geschlecht	15,8%	15,0%	15,2%
	länger als 15 Jahre	Anzahl	7	41	48
_		% in Geschlecht	36,8%	51,3%	48,5%
	Gesamtsumme	Anzahl	19	80	99
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 97: Dauer der Abhängigkeit nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen | Seit wann wird die Hauptdroge regelmäßig konsumiert?

			Frauen	Männer	Gesamt
	Nutzer und	Anzahl	4	39	43
	Nutzerinnen	% in Geschlecht	28,6%	42,4%	40,6%
	Nicht-/N	Anzahl	10	53	63
	mNutzer	% in Geschlecht			
	und		71,4%	57,6%	59,4%
	Nutzerinnen				
Gesamt	summe	Anzahl	14	92	106
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 98: Nur Langzeit-Konsumenten und Konsumentinnen (Dauer der Abhängigkeit 11 Jahre oder länger) nach Nutzung, Nicht-/Nicht-mehr-Nutzung und Geschlecht

1.3.6 Konsumpausen

Auf die Frage, wie lang die bisher längste Konsumpause dauerte, ergibt sich, dass etwa ein Viertel der Befragten, entsprechend 26%, eine kürzere Konsumpause von maximal ein paar Monaten aufweist. Weitere 16% haben noch nie eine Konsumpause gemacht. Über die Hälfte der Befragten, nämlich 57%, hat eine lange Konsumpause gemacht. Länger als zehn Jahre vom Konsum pausiert, haben nur 1,5% der Befragten. Die große Mehrheit von 84% hat somit schon einmal den Konsum unterbrochen.

		Frauen	Männer	Gesamt
ein paar Wochen	Anzahl	1	8	9
	% in Geschlecht	3,0%	4,8%	4,5%
ein paar Monate	Anzahl	9	33	42
	% in Geschlecht	27,3%	20,0%	21,2%
bis zu 1 Jahr / 1 Jahr	Anzahl	4	26	30
	% in Geschlecht	12,1%	15,8%	15,2%
kürzer als 10 Jahre	Anzahl	14	68	82
	% in Geschlecht	42,4%	41,2%	41,4%
länger als 10 Jahre	Anzahl	1	2	3
	% in Geschlecht	3,0%	1,2%	1,5%
keine	Anzahl	4	28	32
	% in Geschlecht	12,1%	17,0%	16,2%
Gesamtsumme	Anzahl	33	165	198
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 99: Bisher längste Konsumpause nach Geschlecht

Es wurden 22 verschiedene Gründe, bzw. Kombinationen von Gründen für die Konsumpause genannt. Hier haben einige der Befragten mehrere Angaben gemacht. Die zehn häufigsten Angaben sind in der folgenden Tabelle aufgelistet, die Übrigen sind in der Tabelle unter "anders" zusammengefasst.

Sie lassen sich wie folgt zentralisieren:

- > 38% haben mit einer eigenen Entscheidung zu tun
- > 34% der Gründe hängen mit einem Haftaufenthalt zusammen
- 22% der Gründe beziehen sich auf einen Therapieaufenthalt (z.B. Synanon) oder Entgiftung
- > 7% der Gründe hängen mit Familie, Beziehung, Ehepartnern und Kindern zusammen
- > 5% sind auf eine Substitutionsbehandlung zurückzuführen

außerdem wurden Führerschein, Polizei, Arbeitsplatz und Krankheit als Gründe genannt

Männer sind dabei stärker von Haftstrafen betroffen als Frauen.

		Frauen	Männer	Gesamt
Haft	Anzahl	4	34	38
	% in Geschlecht	16,0%	27,2%	25,3%
Substitution	Anzahl	2	5	7
	% in Geschlecht	8,0%	4,0%	4,7%
Therapie / Synanon	Anzahl	1	18	19
	% in Geschlecht	4,0%	14,4%	12,7%
eigene Entscheidung	Anzahl	12	39	51
	% in Geschlecht	48,0%	31,2%	34,0%
anders	Anzahl	2	9	11
	% in Geschlecht	8,0%	7,2%	7,3%
es gab keine Pause	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	2,4%	2,0%
Haft und Therapie	Anzahl	0	8	8
	% in Geschlecht	0,0%	6,4%	5,3%
Haft und eigene	Anzahl	0	4	4
Entscheidung	% in Geschlecht	0,0%	3,2%	2,7%
Kind / Schwangerschaft /	Anzahl	4	1	5
Kind bekommen	% in Geschlecht	16,0%	0,8%	3,3%
Führerschein / Polizei und	Anzahl	0	2	2
Führerschein	% in Geschlecht	0,0%	1,6%	1,3%
Therapie und eigene	Anzahl	0	2	2
Entscheidung	% in Geschlecht	0,0%	1,6%	1,3%
Gesamtsumme	Anzahl	25	125	150
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 100: Gründer für Konsumpause nach Geschlecht

1.3.7 Substitutionsbehandlungen

Die Datenlage unserer Befragung zeigt, dass ein hoher Anteil der Berliner Befragten subsituiert wird, und dass substituierte Personen die Drogenkonsumräume vergleichsweise selten nutzen. Insgesamt 56% der Interviewten sind nicht substituiert, 44% dagegen werden substituiert.

Unter den Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen sind mit 24% vergleichsweise weniger Substituierte. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben 64% an, substituiert zu sein. Dies spiegelt zum einen die Zulassungshürden für die Nutzung der DKRs wieder und eventuell auch die Tatsache, dass sich unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen mehrheitlich LangzeitkonsumentInnen befinden.

			Nutzer und Nutzerin	Nicht-/N mNutzer und	
Substitu	tionsstatus		nen	Nutzerinnen	Gesamt
_	nicht substituiert	Anzahl	75	36	111
		%	75,8%	36,4%	56,1%
	substituiert	Anzahl	24	63	87
		%	24,2%	63,6%	43,9%
Gesam	tsumme	Anzahl	99	99	198
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 101: Substitutionsstatus (dichotom) nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

Auf die Frage "Haben Sie früher schon mal an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen?" antworteten zwei Drittel der Befragten mit "ja" und nur ein Drittel mit "nein".

Im Vergleich des Substitutionsstatus zu früherer Zeit von Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen fällt auf, dass mit 74% die Nutzer und Nutzerinnen häufiger in der Vergangenheit schon mal an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen haben, die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen dagegen mit 59%.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	ja	Anzahl	10	60	70
Nutzerinnen		% in Geschlecht	76,9%	73,2%	73,7%
	nein	Anzahl	3	22	25
		% in Geschlecht	23,1%	26,8%	26,3%
	Gesamtsumme	Anzahl	13	82	95
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht-/	ja	Anzahl	11	32	43
Nicht-mehr		% in Geschlecht	78,6%	54,2%	58,9%
Nutzer und	nein	Anzahl	3	27	30
Nutzerinnen		% in Geschlecht	21,4%	45,8%	41,1%
	Gesamtsumme	Anzahl	14	59	73
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamtsumme	ja	Anzahl	21	92	113
		% in Geschlecht	77,8%	65,2%	67,3%
	nein	Anzahl	6	49	55
		% in Geschlecht	22,2%	34,8%	32,7%
	Gesamtsumme	Anzahl	27	141	168
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 102: Substitution zu früherer Zeit nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

Die folgende Tabelle gibt detailliert die Antworten zum derzeitigen Substitutionsstatus wieder. Wegen des großen Datenvolumens erstreckt sie sich über zwei Seiten.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer und	nein	Anzahl	9	66	75
Nutzerinnen		%	64,3%	76,7%	75,0%
	Ja, Methadon / L-Polamidon	Anzahl	4	14	18
		%	28,6%	16,3%	18,0%
	Ja, Buprenorphin	Anzahl	0	4	4
		%	0,0%	4,7%	4,0%
	Ja, Diamorphin	Anzahl	1	0	1
		%	7,1%	0,0%	1,0%
	Ja, anders	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	1,2%	1,0%
	keine Angaben	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	1,2%	1,0%
	Gesamt	Anzahl	14	86	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht-/	nein	Anzahl	3	33	36
Nicht-mehr-		%	16,7%	40,7%	36,4%
Nutzer und	Ja, Methadon / L-Polamidon	Anzahl	14	45	59
Nutzerinnen		%	77,8%	55,6%	59,6%
	Ja, Buprenorphin	Anzahl	1	3	4
		%	5,6%	3,7%	4,0%
	Gesamt	Anzahl	18	81	99
		%	100,0%	100,0%	100,0%

			Frauen	Männer	Gesamtsumme
Gesamtsumme	nein	Anzahl	12	99	111
Nutzer und		%	37,5%	59,3%	55,8%
Nutzerinnen	Ja, Methadon / L-	Anzahl	18	59	77
und	Polamidon	%	56,3%	35,3%	38,7%
Nicht-/Nicht-	Ja, Buprenorphin	Anzahl	1	7	8
mehr-Nutzer und		%	3,1%	4,2%	4,0%
Nutzerinnen	Ja, Diamorphin	Anzahl	1	0	1
		%	3,1%	0,0%	0,5%
	Ja, anders	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	0,6%	0,5%
	keine Angaben	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	0,6%	0,5%
	Gesamt	Anzahl	32	167	199
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 103: Derzeitiger Substitutionsstatus nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.3.8 Nutzung der Drogenkonsumräume und Hauptdroge

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insgesamt 138 Personen, das entspricht 70% der Befragten, als Hauptdroge eine Substanz angegeben, die in den Drogenkonsumräumen zugelassen ist. Von diesen 138 Personen nutzen 83 die Drogenkonsumräume, 55 nutzen sie nicht. Insbesondere Personen, die eine sehr hohe Konsumfrequenz dieser Substanzen aufweisen, gehören häufig zu den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen.

Von den befragten Personen, die andere Substanzen als die im Konsumraum Zugelassenen als ihre Hauptdroge ansehen, nutzen seltener die Drogenkonsumräume.

			Frauen	Männer	Gesamt
N	lutzer und	Anzahl	11	72	83
N	Nutzerinnen	% in Geschlecht	61,1%	60,0%	60,1%
N	licht-/N	Anzahl	7	48	55
m	nNutzer	% in Geschlecht			
u	ınd		38,9%	40,0%	39,9%
N	Nutzerinnen				
Gesamtsu	ımme	Anzahl	18	120	138
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 104: Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen nach Geschlecht – nur Klienten und Klientinnen mit Hauptdroge, die im DKR konsumiert werden darf

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzer	mehrmals täglich	Anzahl	8	43	51
und		% in Geschlecht	72,7%	60,6%	62,2%
Nutzerin	einmal täglich	Anzahl	1	10	11
nen		% in Geschlecht	9,1%	14,1%	13,4%
	ein paarmal in der Woche	Anzahl	1	6	7
		% in Geschlecht	9,1%	8,5%	8,5%
	unregelmäßig	Anzahl	1	12	13
		% in Geschlecht	9,1%	16,9%	15,9%
	Gesamtsumme	Anzahl	11	71	82
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Nicht-/N	mehrmals täglich	Anzahl	3	23	26
m		% in Geschlecht	42,9%	50,0%	49,1%
Nutzer	einmal täglich	Anzahl	2	12	14
und	_	% in Geschlecht	28,6%	26,1%	26,4%
Nutzerin	ein paarmal in der Woche	Anzahl	2	4	6
nen		% in Geschlecht	28,6%	8,7%	11,3%
	unregelmäßig	Anzahl	0	7	7
		% in Geschlecht	0,0%	15,2%	13,2%
	Gesamtsumme	Anzahl	7	46	53
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt-	mehrmals täglich	Anzahl	11	66	77
summe		% in Geschlecht	61,1%	56,4%	57,0%
	einmal täglich	Anzahl	3	22	25
		% in Geschlecht	16,7%	18,8%	18,5%
	ein paarmal in der Woche	Anzahl	3	10	13
		% in Geschlecht	16,7%	8,5%	9,6%
	unregelmäßig	Anzahl	1	19	20
		% in Geschlecht	5,6%	16,2%	14,8%
	Gesamtsumme	Anzahl	18	117	135
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 105: Konsumhäufigkeit der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen, Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Geschlecht – nur Konsumenten und Konsumentinnen mit zugelassener Hauptdroge

1.4 Medizinische Versorgung der Befragten

1.4.1 Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlung, Therapie oder Entgiftung Die Befragung zeigt, dass die Mehrheit aller Befragten bereits ein- oder mehrmals ein Angebot des Suchthilfesystems in Anspruch genommen hat.

1.4.1.1 Stationäre Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung

Mehr als vier von fünf Befragten haben bereits schon einmal stationär entgiftet. 45% aller Befragten waren schon einmal in einer stationären Therapie bzw. medizinischen Rehabilitation.

1.4.1.2 Substitution

80% der Befragten befanden sich schon einmal in einer ambulanten Substitutionsbehandlung. Rund 6% haben eine stationäre Substitutionsbehandlung angegeben.

1.4.1.3 Sonstige ambulante Angebote

8% haben ambulant entgiftet. 2% geben an, schon mal an einer ambulanten Rehabilitation teilgenommen zu haben.

1.4.1.4 Bisher keine Behandlung¹⁹

Nur 6% gaben an, bisher gar keine der Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch genommen zu haben.

1.4.1.5 Zusammenfassung der Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlung, Therapie oder Entgiftung

Der allergrößte Teil der Befragten wird von Angeboten des Berliner Suchtkrankenhilfesystems erreicht – der überwiegende Teil (80%) mit einer Substitutionsbehandlung. Derselbe prozentuale Anteil findet sich bei einer früheren stationären Entgiftungsbehandlung. Erfahrungen mit der stationären Rehabilitation haben knapp die Hälfte der Befragten gemacht.

¹⁹ a) Ob die Angebote der Drogenhilfe bis zum Ende durchlaufen oder abgebrochen wurden, geht nicht aus der Befragung hervor.

b) Die Prozentwerte beziehen sich auf 195 gültige Fälle.

	Antworten	Prozent
Substitution, ambulant	155	79,5%
Reha, stationär	88	45,1%
Reha, ambulant	3	1,5%
Entgiftung, stationär	157	80,5%
Substitution, stationär	12	6,2%
Entgiftung, ambulant	15	7,7%
keine	11	5,6%
Gesamtsumme	441	226,2%

Tabelle 106: Bisherige Behandlungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum (Mehrfachantworten)

Der folgenden Tabelle lässt sich entnehmen, dass insgesamt 184 von 200 befragten Personen bereits eines oder mehrere der genannten Angebote des Suchtkrankenhilfesystems in Anspruch genommen haben. Bezugnehmend auf das Geschlechterverhältnis zeigt sich, dass fast alle befragten Frauen (97%) eine stationäre Entgiftung durchlaufen haben. Bei den Männern sind es im Vergleich nur 77%. Auch haben mehr Frauen (88%) eine ambulante Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen, von den befragten Männern befanden sich bisher 78% schon einmal in einer ambulanten Substitutionsbehandlung.

Bei den Männern hingegen wurde mit 46% etwas häufiger die stationäre medizinische Rehabilitation genannt, wobei auch 39% der Frauen angaben, diese schon einmal in Anspruch genommen zu haben. Auch bei der ambulanten Entgiftung, ambulanten Reha und stationären Substitution ist der Männeranteil etwas höher als der Frauenanteil, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass es sich um Anteile bzw. Prozentwerte handelt. In absoluten Zahlen gesehen, sind Frauen bei allen Behandlungen in der Minderheit, da insgesamt viel weniger Frauen als Männer befragt wurden.

		Frauen	Männer	Gesamt
Entgiftung, stationär	Anzahl	32	125	157
	% in Geschlecht	97,0%	77,2%	80,5%
Substitution, ambulant	Anzahl	29	126	155
	% in Geschlecht	87,9%	77,8%	79,5%
Reha, stationär	Anzahl	13	75	88
	% in Geschlecht	39,4%	46,3%	45,1%
Entgiftung, ambulant	Anzahl	1	14	15
	% in Geschlecht	3,0%	8,6%	7,7%
Substitution, stationär	Anzahl	1	11	12
	% in Geschlecht	3,0%	6,8%	6,2%
Reha, ambulant	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	1,9%	1,5%
keine	Anzahl	0	11	11
	% in Geschlecht	0,0%	6,8%	5,6%
Gesamtsumme	Anzahl	33	162	195

Tabelle 107: Bisherige Behandlungen nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben mehr Personen an, eine ambulante Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen zu haben. 86% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden schon einmal ambulant substituiert, bei den Nutzer und Nutzerinnen waren es 73%.

Zudem haben 53% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen eine stationäre Rehabilitation begonnen bzw. absolviert. Bei den Nutzer und Nutzerinnen gaben dies 38% an.

Nutzer und Nutzerinnen hingegen haben eher eine ambulante Entgiftung in Anspruch genommen.

			Nutzer und Nutzerin nen	Nicht-/N mNutzer und Nutzerinnen	Gesamt
	Entgiftung, stationär	Anzahl %	77 80,2%	80 80,8%	157 80,5%
	Substitution, ambulant	Anzahl %	70 72,9%	85 85,9%	155 79,5%
	Reha, stationär	Anzahl %	36 37,5%	52 52,5%	88 45,1%
	Entgiftung, ambulant	Anzahl %	15 15,6%	0,0%	15 7,7%
	Substitution, stationär	Anzahl %	12 12,5%	0,0%	12 6,2%
	Reha, ambulant	Anzahl %	1,0%	2 2,0%	3 1,5%
	keine	Anzahl %	6 6,3%	5 5,1%	11 5,6%
Gesamtsumr	ne	Anzahl	96	99	195

Tabelle 108: Bisherige Behandlungen nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)

1.4.2 Nutzung einer psychotherapeutischen Behandlung

Es gaben 43% der befragten Personen an, noch nie in einer psychotherapeutischen Behandlung gewesen zu sein. Über die Hälfte aller Befragten, entsprechend 57%, befanden sich schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung aufgrund ihres Drogenkonsums. Überwiegend handelte es sich dabei um eine stationäre Behandlung. Frauen nutzen die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung prozentual öfter als Männer. Zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen bestehen diesbezüglich keine deutlichen Unterschiede.

1.4.3 Medizinische Versorgung (Hausarzt/Hausärztin)

Bezüglich der medizinischen Versorgung lässt sich erkennen, dass die Mehrheit von 87% einen ausreichenden Zugang hat. 25 Personen, entsprechend 13% der Befragten, haben keinen ausreichenden Zugang zu medizinischer Versorgung. Bei diesen 25 Personen handelt es sich um Männer, die Frauen dagegen sind alle medizinisch versorgt.

			Frauen	Männer	Gesamt
_	ja	Anzahl	33	139	172
		% in Geschlecht	100,0%	84,2%	86,9%
	nein	Anzahl	0	25	25
		% in Geschlecht	0,0%	15,2%	12,6%
	weiß nicht	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	0,6%	0,5%
Gesamt	summe	Anzahl	33	165	198
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 109: Zugang zu medizinischer Behandlung (außerhalb des DKR) nach Geschlecht

Wird der Aspekt des Zugangs zu medizinischer Behandlung unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen und den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen differenziert betrachtet, ergibt sich, dass das Verhältnis hier sehr ausgewogen ist. Fast genauso viele Nutzer und Nutzerinnen wie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen haben Zugang oder keinen Zugang zu ärztlicher Versorgung.

Eine identische Anzahl von Nutzer und Nutzerinnen (87%) und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (87%) gab an, medizinisch versorgt zu sein. 12% der Nutzer und Nutzerinnen und 13% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen haben dagegen keinen ausreichenden Zugang zu ärztlicher Behandlung.

			Nutzer	Nicht-/N	
			und	mNutzer	
			Nutzerin	und	
			nen	Nutzerinnen	Gesamt
	ja	Anzahl	85	87	172
		% in Nutzung der DKR?	86,7%	87,0%	86,9%
	nein	Anzahl	12	13	25
		% in Nutzung der DKR?	12,2%	13,0%	12,6%
	weiß nicht	Anzahl	1	0	1
		% in Nutzung der DKR?	1,0%	0,0%	0,5%
Gesamts	summe	Anzahl	98	100	198
		% in Nutzung der DKR?	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 110: Zugang zu medizinischer Behandlung (außerhalb des DKR) nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

Bei der Frage nach den Gründen des fehlenden Zugangs zu medizinischer Versorgung gaben zwei Personen (8%) als Antwort ihren Migrationsstatus an, weitere 18 Personen (75%) waren nicht krankenversichert und vier Personen (17%) nannten als Grund, es sei schwer, einen Arzt zu finden.

In der folgenden Tabelle ist die Verteilung der Gründe für den mangelnden Zugang zu medizinischer Behandlung nochmals nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen dargestellt.

			Nutzer und Nutzerin	Nicht-/N mNutzer und Nutzerinnen	Cocomt
	Migrationsstatus	Anzahl %	nen 1 8,3%	1	2 8,3%
	nicht krankenversichert	Anzahl %	8 66,7%	10 83,3%	18 75,0%
	schwer, einen Arzt/Ärztin zu finden	Anzahl %	3 25,0%	1 8,3%	4 16,7%
Gesamt	summe	Anzahl %	12 100,0%	12 100,0%	24 100,0%

Tabelle 111: Kein Zugang zu medizinischer Behandlung – Gründe nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

1.4.4 Versorgungs- und Behandlungswünsche der Drogengebrauchenden

Die Konsumenten und Konsumentinnen wurden gefragt, welche Versorgungs- und Behandlungsangebote sie zum jetzigen Zeitpunkt gern in Anspruch nehmen würden.

Diesbezüglich antworteten 55% aller Befragten, dass sie eine Zahnsanierung bräuchten. Eine Entgiftung würden 40% gern in Angriff nehmen, und 30% der Konsumenten und Konsumentinnen haben den Wunsch einer medizinischen Rehabilitation. Außerdem wünschen sich viele Personen Unterstützung bei der Wohnungssuche: 28% der Befragten würden gerne einen Platz im Betreuten Wohnen oder Wohnheim bzw. Hilfe bei der Suche nach einer eigenen Wohnung in Anspruch nehmen. Eine psychotherapeutische Behandlung wurde von 27% der Befragten genannt. Zudem wünschen sich 40 Personen (20% der Befragten) eine Brille. 30 Befragte (15%) gaben an, gerne an einer Substitutionsbehandlung teilzunehmen. Ebenfalls 30 Personen äußerten sich damit, gar keinen Wunsch zu haben. Sechs Personen wünschen sich Unterstützung hinsichtlich der Vermittlung in Arbeit. Unter sonstigen Wünschen wurden folgende Aspekte genannt: "Gewichtszunahme", "Hörgerät", "Hepatitis-C-Therapie", "Akupunktur", "Benzo".

	Antworten	Fälle
Entgiftung	78	39,8%
Zahnsanierung	107	54,6%
Versorgung mit Brille	40	20,4%
medizinische Reha	58	29,6%
Betreutes Wohnen / Platz		
im Wohnheim / Hilfe bei	54	27,6%
der Wohnungssuche		
Psychotherapie	53	27,0%
Substitution	30	15,3%
Vermittlung in Arbeit	6	3,1%
alle sonstigen Wünsche	12	6,1%
kein Wunsch / Bedarf	30	15,3%
Gesamtsumme	468	238,8%

Tabelle 112: Versorgungs- und Behandlungswünsche²⁰ (Mehrfachantworten)

1.4.5 Vergleich von Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

Die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen äußern eher ausstiegs- oder abstinenzorientierte Wünsche, wie beispielsweise "Entgiftung", "medizinische Reha", "Substitution" und "Psychotherapie" im Gegensatz zur Vergleichsgruppe der Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen. Ferner besteht unter den befragten Nutzer und Nutzerinnen auch ein höherer Bedarf nach Unterstützung bezüglich der Wohnsituation. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist hingegen der Bedarf nach einer Zahnsanierung vergleichsweise höher.

Insgesamt äußerten die Nutzer und Nutzerinnen mehr Wünsche als die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen.

²⁰ Es liegen Antworten zu 196 Personen vor.

		Nutzer	Nicht-/N	
			mNutzer	
		und Nutzerin		
			und Nutzerinnen	Cocomt
-	-	nen		
Entgiftung	Anzahl	45	33	78
	%	46,4%	33,3%	39,8%
Zahnsanierung	Anzahl	50	57	107
	%	51,5%	57,6%	54,6%
Versorgung mit Brille	Anzahl	21	19	40
	%	21,6%	19,2%	20,4%
medizinische Reha	Anzahl	37	21	58
	%	38,1%	21,2%	29,6%
Betreutes Wohnen / Platz	Anzahl	32	22	54
im Wohnheim / Hilfe bei der Wohnungssuche	%	33,0%	22,2%	27,6%
Psychotherapie	Anzahl	31	22	53
	%	32,0%	22,2%	27,0%
Substitutionsbehandlung	Anzahl	19	11	30
	%	19,6%	11,1%	15,3%
Wunsch / Bedarf:	Anzahl	2	4	6
Vermittlung in Arbeit	%	2,1%	4,0%	3,1%
alle sonstigen Wünsche	Anzahl	4	8	12
	%	4,1%	8,1%	6,1%
kein Wunsch / Bedarf	Anzahl	13	17	30
	%	13,4%	17,2%	15,3%
Gesamtsumme	Anzahl	97	99	196

Tabelle 113: Versorgungs- und Behandlungswünsche nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)

Die befragten Männer haben prozentual mit 43% häufiger den Wunsch nach einer Entgiftung geäußert als Frauen mit 24%. Auch Unterstützung hinsichtlich der Wohnsituation wurde von 31% der Männer genannt, dagegen nur von 12% der Frauen. Keine der befragten Frauen hat zudem den Wunsch nach einer Substitutionsbehandlung geäußert, bei den Männern dagegen würden diese gern 18% in Anspruch nehmen. Frauen hingegen nannten prozentual häufiger den Wunsch nach einer Psychotherapie und ferner auch nach Rehabilitationsmaßnahmen, Versorgung mit einer Brille, Zahnsanierung und Vermittlung in Arbeit.

		Frauen	Männer	Gesamt
Entgiftung	Anzahl	8	70	78
	% in Geschlecht	24,2%	42,9%	39,8%
Zahnsanierung	Anzahl	19	88	107
	% in Geschlecht	57,6%	54,0%	54,6%
Versorgung mit Brille	Anzahl	8	32	40
	% in Geschlecht	24,2%	19,6%	20,4%
medizinische Reha	Anzahl	11	47	58
<u> </u>	% in Geschlecht	33,3%	28,8%	29,6%
Betreutes Wohnen / Platz	Anzahl	4	50	54
im Wohnheim / Hilfe bei der Wohnungssuche	% in Geschlecht	12,1%	30,7%	27,6%
Psychotherapie	Anzahl	12	41	53
	% in Geschlecht	36,4%	25,2%	27,0%
Substitution	Anzahl	0	30	30
	% in Geschlecht	0,0%	18,4%	15,3%
Vermittlung in Arbeit	Anzahl	2	4	6
<u> </u>	% in Geschlecht	6,1%	2,5%	3,1%
alle sonstigen Wünsche	Anzahl	0	12	12
	% in Geschlecht	0,0%	7,4%	6,1%
kein Wunsch / Bedarf	Anzahl	7	23	30
	% in Geschlecht	21,2%	14,1%	15,3%
Gesamtsumme	Anzahl	33	163	196

Tabelle 114: Versorgungs- und Behandlungswünsche nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

2 Befragung zur Konsumraumnutzung

Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen, Beurteilung zur Lage und Erreichbarkeit der Drogenkonsumräume, Harm Reduction²¹.

2.1 Unterstützungen im DKR

Die folgenden Tabellen in diesem Kapitel beziehen sich auf die Drogenkonsumraumnutzung. Die Fragen wurden daher nur den Nutzer und Nutzerinnen, nicht aber den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gestellt.

Die erste Frage lautete: "Haben Sie in dem Drogenkonsumraum Unterstützung bekommen, die Sie in Ihrer Drogenberatung nicht bekommen haben?" 42% bejahten die Frage und erhielten definitiv Unterstützung, 52% verneinten sie. 6% antworteten mit "weiß nicht".

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	6	35	41
		% in Geschlecht	42,9%	41,7%	41,8%
	nein	Anzahl	7	44	51
		% in Geschlecht	50,0%	52,4%	52,0%
	weiß nicht	Anzahl	1	5	6
		% in Geschlecht	7,1%	6,0%	6,1%
Gesamt	summe	Anzahl	14	84	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 115: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Unterstützung im DKR erhalten, die eine Drogenberatung nicht leistete?" nach Geschlecht

2.2 Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen

2.2.1 Nutzungsdauer

Allen Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume wurde die Frage gestellt, wie lange sie schon in die jeweilige Einrichtung kommen. 29% der Befragten nutzen den Konsumraum weniger als ein Jahr, weitere 27% der Konsumenten und Konsumentinnen zwischen einem und drei Jahren. 43% aller Befragten nutzen den/die Drogenkonsumraum/räume vier Jahre und länger. Fast die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen besuchen die DKRs also demnach schon über einen längeren Zeitraum.

²¹ Zu diesen Themen in diesem Kapitel wurden nur KonsumentInnen befragt, die die Einrichtungen SKA, Birkenstube oder Drogenkonsummobil nutzen.

Die Verteilung ist bei Männern wie Frauen ähnlich. Nur bei der Kategorie "7-11 Monate" und bei "1-3 Jahre" bestehen augenfällige Unterschiede, die aber eventuell auf die kleinen Fallzahlen zurückzuführen sind.

			Frauen	Männer	Gesamt
	0-6 Monate	Anzahl	3	18	21
		% in Geschlecht	21,4%	20,9%	21,0%
	7-11 Monate	Anzahl	3	5	8
		% in Geschlecht	21,4%	5,8%	8,0%
	1-3 Jahre	Anzahl	2	25	27
		% in Geschlecht	14,3%	29,1%	27,0%
	4-6 Jahre	Anzahl	2	11	13
		% in Geschlecht	14,3%	12,8%	13,0%
	7-10 Jahre	Anzahl	2	12	14
		% in Geschlecht	14,3%	14,0%	14,0%
	länger als 10 Jahre	Anzahl	2	14	16
		% in Geschlecht	14,3%	16,3%	16,0%
	unsicher	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Gesamt	summe	Anzahl	14	86	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 116: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzungsdauer nach Geschlecht

2.2.2 Bekanntheitsgrad der Drogenkonsumräume

Etwa zwei Drittel (62%) aller Befragten kennen auch die anderen Berliner Drogenkonsumräume außer jenem, vor bzw. in dem sie befragt wurden. Dies gaben 50% der Frauen und 64% der Männer an. Mehr als ein Drittel der Befragten kennt also nur den einen Drogenkonsumraum, den er/sie nutzt, aber nicht die beiden anderen.

	Häufigkeit	Prozent
ja	62	62,0
nein	38	38,0
Gesamtsumme	100	100,0

Tabelle 117: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Bekanntheit der anderen Drogenkonsumräume in Berlin (Birkenstube, SKA, Drogenkonsummobil)

2.2.3 Bevorzugter Drogenkonsumraum

Die Befragten gaben an, welchen Drogenkonsumraum sie am häufigsten nutzen. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Am häufigsten nannten die Befragten den Drogenkonsumraum Birkenstube mit 67%, die SKA wurde von 34% der Befragten genannt, das Drogenkonsummobil von 11% der Nutzer und Nutzerinnen. Frauen und Männer sind gleichmäßig über die Drogenkonsumräume verteilt. Hierbei ist anzumerken, dass diese Angaben durch den Ort des Interviews beeinflusst wurden. 64% der Nutzer und Nutzerinnen-Interviews fanden bei der Birkenstube statt, 29% bei der SKA und 7% beim Drogenkonsummobil.

2.2.4 Nutzungsfrequenz

Um das Nutzungsverhalten der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen genauer zu analysieren, und auch um einschätzen zu können, ob es sich bei den Befragten um regelmäßige oder unregelmäßige Konsumraumnutzer und -nutzerinnen handelt, wurden alle InterviewpartnerInnen gebeten anzugeben, wie oft sie in den letzten sechs Monaten den Drogenkonsumraum aufgesucht haben.

Es zeigt sich, dass etwa ein Viertel der Befragten (23%) zu den sehr häufigen Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume zählt, die einmal oder mehrmals täglich einen solchen aufsuchen. Weitere 24% zählen zu den unregelmäßigen Nutzer und Nutzerinnen. Die meisten Befragten, nämlich 42% entfallen jedoch auf die Gruppe jener Nutzer und Nutzerinnen, die ein- oder mehrmals pro Woche einen Drogenkonsumraum aufsuchen. Nur 2% gaben an, weniger als einmal pro Monat einen Drogenkonsumraum aufzusuchen, 9% kommen mindestens einmal pro Monat.

	Häufigkeit	Prozent
mehrmals täglich	4	4,0%
einmal am Tag	19	19,0%
mind. 1x pro Woche	19	19,0%
mehrmals pro Woche	23	23,0%
mind. 1x pro Monat	9	9,0%
weniger als 1x pro Monat	2	2,0%
unregelmäßig	24	24,0%
Gesamtsumme	100	100,0%

Tabelle 118: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie oft haben Sie in den letzten sechs Monaten diesen DKR besucht?

Methodischer Hinweis: Vergleicht man diese Angaben der Befragung mit der Auswertung der Konsumraumdokumentation, so zeigt sich, dass in der vorliegenden Befragung die häufigen Nutzer und Nutzerinnen überrepräsentiert sind. 65% der befragten Konsumraumnutzer und -nutzerinnen kommen laut Befragung einmal pro Woche oder auch häufiger in die Drogenkonsumräume. Bezieht man die Befragten mit ein, die angeben, mindestens einmal pro Monat die Einrichtungen zu besuchen, so macht diese Gruppe 74% aus. Die Analyse der Konsumraumdokumentation hingegen ergibt, dass häufige Nutzer nur einen kleinen Teil der Klientel ausmachen. Nur 19% der Klienten im Jahr 2014 haben die Drogenkonsumräume mehr als 20 Mal im Jahr aufgesucht. Die hier vorliegende Befragung bildet somit eher das Antwortverhalten von häufigen Nutzern der Konsumräume ab - seltene Nutzer sind hingegen in dieser Befragung unterrepräsentiert. Diese Tatsache steht wahrscheinlich im Zusammenhang damit, dass Personen, die sich häufig auf der Szene aufhalten, auch häufig die Drogenkonsumräume nutzen. Seltene Nutzer hingegen halten sich wahrscheinlich auch seltener im Umfeld der Drogenszene auf – sie hatten daher eine geringere Wahrscheinlichkeit, von den Interviewerinnen angesprochen und befragt zu werden.

Die wenigen Frauen, die zu den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen zählen, weisen eine höhere Nutzungsfrequenz auf als die Männer. Während 29% der Frauen ein- oder mehrmals täglich den Drogenkonsumraum nutzen, beträgt der entsprechende Anteil an sehr häufigen Nutzer und Nutzerinnen bei den Männern nur 22%. Außerdem finden sich vergleichsweise mehr Frauen als Männer in der Gruppe der Nutzer und Nutzerinnen, die angeben, mindestens einmal pro Monat den Konsumraum zu nutzen.

		Frauen	Männer	Gesamt
mehrmals täglich	Anzahl	1	3	4
	% in Geschlecht	7,1%	3,5%	4,0%
einmal am Tag	Anzahl	3	16	19
	% in Geschlecht	21,4%	18,6%	19,0%
mind. 1x pro Woche	Anzahl	2	17	19
	% in Geschlecht	14,3%	19,8%	19,0%
mehrmals pro Woche	Anzahl	1	22	23
	% in Geschlecht	7,1%	25,6%	23,0%
mind. 1x pro Monat	Anzahl	4	5	9
	% in Geschlecht	28,6%	5,8%	9,0%
weniger als 1x pro Monat	Anzahl	0	2	2
	% in Geschlecht	0,0%	2,3%	2,0%
unregelmäßig	Anzahl	3	21	24
	% in Geschlecht	21,4%	24,4%	24,0%
Gesamtsumme	Anzahl	14	86	100
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 119: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Wie oft haben Sie in den letzten sechs Monaten diesen DKR besucht?" nach Geschlecht

2.2.5 Verhaltensänderung durch die Drogenkonsumraumnutzung

Die Befragten wurden außerdem gebeten anzugeben, welche Verhaltensänderungen sie an sich bezüglich ihres Konsumverhaltens beobachten konnten, seit sie den jeweiligen Drogenkonsumraum nutzen. Mehr als die Hälfte aller Befragten (56%) gab diesbezüglich an, weniger in der Öffentlichkeit zu konsumieren. Jeweils 38% der Befragten finden, dass sie durch die Nutzung mehr auf ihre Hygiene achten sowie mehr Zeit zum Ausruhen haben. 18% der Befragten gaben an, weniger Drogen zu konsumieren, seit sie den DKR nutzen. Demgegenüber äußerten 3% der Befragten, dass sie mehr Drogen konsumieren, seit sie den DKR nutzen. Von allen Befragten sind 55% der Meinung, ihr Konsum habe sich seit Nutzung des jeweiligen Drogenkonsumraums nicht verändert.

Zum Applikationsverhalten berichteten insgesamt sechs Befragte (6%) folgendes: Drei von ihnen beobachteten an sich eine Veränderung des Konsumverhaltens vom Spritzen zum Rauchen. Ein/e Befragter/Befragte gab an, das Folienrauchen im DKR kennengelernt zu haben und eine weitere Person hat dort gelernt, Spritzen nur einmal zu benutzen. Eine Person gab an, vom Rauchen zum Spritzen übergegangen zu sein.

Es fällt auf, dass Männer ihr Hygieneverhalten überproportional stark ändern im Vergleich zu Frauen, die ggf. schon vorher häufiger ein bestimmtes Hygieneverhalten aufwiesen.

			Frauen	Männer	Gesamt
Seit ich diesen	konsumiere ich	Anzahl	7	49	56
DKR besuche	weniger in der Öffentlichkeit	% in Geschlecht	50,0%	57,0%	56,0%
	achte ich mehr auf	Anzahl	3	35	38
	meine persönliche Hygiene / Körper	% in Geschlecht	21,4%	40,7%	38,0%
	habe ich mehr Zeit	Anzahl	4	34	38
	auszuruhen	% in Geschlecht	28,6%	39,5%	38,0%
	konsumiere ich	Anzahl	2	16	18
	weniger Drogen	% in Geschlecht	14,3%	18,6%	18,0%
	konsumiere ich mehr	Anzahl	1	2	3
	Drogen	% in Geschlecht	7,1%	2,3%	3,0%
	hat sich mein	Anzahl	6	49	55
	Konsum nicht verändert	% in Geschlecht	42,9%	57,0%	55,0%
	hat sich mein	Anzahl	0	1	1
	Konsum verändert von Rauchen zu Spritzen	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
	hat sich mein	Anzahl	1	2	3
	Konsum verändert von Spritzen zu Rauchen	% in Geschlecht	7,1%	2,3%	3,0%
	habe ich	Anzahl	1	0	1
	Folienrauchen kennengelernt	% in Geschlecht	7,1%	0,0%	1,0%
	benutze ich Spritzen	Anzahl	0	1	1
	nur noch einmal	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
	weiß ich nicht	Anzahl	0	2	2
		% in Geschlecht	0,0%	2,3%	2,0%
	trifft nicht zu	Anzahl	3	13	16
		% in Geschlecht	21,4%	15,1%	16,0%
Gesamtsumme		Anzahl	14	86	100

Tabelle 120: Änderungen im Konsumverhalten durch DKR-Nutzung nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

2.3 Beurteilung der Nutzungsvoraussetzungen (Hausordnung, Nutzungsregeln, Drogenkonsumraumverordnung)

Alle befragten Nutzer und Nutzerinnen wurden gebeten, die entsprechenden Voraussetzungen bzw. Regeln für die Nutzung des Drogenkonsumraums zu beurteilen.

Es sollten die folgenden vier Themen beurteilt werden:

- Das Konsumverbot von Medikamenten im DKR; die vorherrschende Altersbegrenzung (Nutzung des DKR ab 18 J.; mit Einverständniserklärung der Eltern ab 16 J.);
 Ausschluss von Konsumenten mit Substitutionsstatus
- 2. Das Verbot der gegenseitigen Hilfe beim Applizieren im DKR
- 3. Die Pflicht, einen Nutzungsvertrag abzuschließen
- 4. Die Notwendigkeit/das Aussprechen eines Hausverbotes bei Nichtbeachtung der DKR-Regeln

Alle vier Fragen konnten mit "nicht notwendig", "weniger notwendig", "angemessen", "eher notwendig" oder "sehr notwendig" beurteilt werden. Außerdem wurde jeweils die Antwortmöglichkeit "keine Meinung" angeboten.

1. Konsumverbot von Medikamenten, Altersbegrenzung, Ausschluss von Personen mit Substitutionsstatus

Nur 21% der Befragten halten diese Regelungen für "angemessen". Im Gegensatz dazu halten 33% diese Regelung für "eher notwendig" oder "sehr notwendig". 37% der befragten Konsumenten und Konsumentinnen stehen diesen Regeln eher ablehnend gegenüber, haben demnach mit "nicht notwendig" oder "weniger notwendig" geantwortet.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzungsregeln:	nicht notwendig	Anzahl	3	20	23
keine Medikamente,		% in Geschlecht	23,1%	23,5%	23,5%
Substitutionsstatus,	weniger notwendig	Anzahl	0	13	13
Alter		% in Geschlecht	0,0%	15,3%	13,3%
	angemessen	Anzahl	3	18	21
		% in Geschlecht	23,1%	21,2%	21,4%
	eher notwendig	Anzahl	2	8	10
		% in Geschlecht	15,4%	9,4%	10,2%
	sehr notwendig	Anzahl	5	17	22
		% in Geschlecht	38,5%	20,0%	22,4%
	keine Meinung	Anzahl	0	9	9
		% in Geschlecht	0,0%	10,6%	9,2%
Gesamtsumme		Anzahl	13	85	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 121: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Die Voraussetzungen (kein Konsum von Medikamenten, Substitutionsstatus, Alter) zur Nutzung des DKR finde ich…"

2. Verbot der gegenseitigen Hilfe beim Applizieren

In den Drogenkonsumräumen ist die gegenseitige Hilfe beim Applizieren der Substanz verboten.

26% der befragten Klienten und Klientinnen lehnen diese Regel ab und finden diese "nicht notwendig" oder "weniger notwendig". Dagegen stimmen 67% der Konsumenten dem Verbot gegenseitiger Hilfe im DKR tendenziell zu und bewerteten diese Regelung als "angemessen", "eher notwendig" oder "sehr notwendig" – davon entfallen 24% auf "angemessen".

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzungsregeln: kein	nicht notwendig	Anzahl	1	15	16
gegenseitiges Helfen		% in Geschlecht	7,1%	17,9%	16,3%
	weniger notwendig	Anzahl	0	9	9
		% in Geschlecht	0,0%	10,7%	9,2%
	angemessen	Anzahl	6	18	24
		% in Geschlecht	42,9%	21,4%	24,5%
	eher notwendig	Anzahl	0	9	9
		% in Geschlecht	0,0%	10,7%	9,2%
	sehr notwendig	Anzahl	7	26	33
		% in Geschlecht	50,0%	31,0%	33,7%
	keine Meinung	Anzahl	0	7	7
		% in Geschlecht	0,0%	8,3%	7,1%
Gesamtsumme		Anzahl	14	84	98
		% in Geschlecht	100,0 %	100,0%	100,0%

Tabelle 122: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Gegenseitige Hilfe ist im DKR nicht erlaubt, das finde ich…"

3. Abschluss eines Nutzungsvertrags

Beim Erstbesuch eines Drogenkonsumraums wird ein Nutzungsvertrag mit den Konsumenten und Konsumentinnen abgeschlossen, bei dem Personalien und weitere Angaben zur Person dokumentiert werden.

Diese Voraussetzung zur Nutzung von DKRs stößt weitestgehend auf Akzeptanz, denn 81% der Befragten stimmen dieser tendenziell zu. Dabei halten 31% den Nutzungsvertrag für angemessen, weitere 51% für eher notwendig oder sehr notwendig.

Nur 11% antworteten mit ablehnender Haltung auf diese Frage und bewerteten das Abschließen eines Nutzungsvertrages mit "nicht notwendig" oder "weniger notwendig".

Konsumenten und Konsumentinnen, die mit einem Vertragsabschluss Probleme haben, nutzen möglicherweise auch deshalb den Drogenkonsumraum nicht.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzungsregeln:	nicht notwendig	Anzahl	2	6	8
Vertragsabschluss		% in Geschlecht	14,3%	7,2%	8,2%
	weniger notwendig	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,6%	3,1%
	angemessen	Anzahl	3	27	30
		% in Geschlecht	21,4%	32,5%	30,9%
	eher notwendig Anzahl		3	20	23
		% in Geschlecht	21,4%	24,1%	23,7%
	sehr notwendig	Anzahl	5	21	26
		% in Geschlecht	35,7%	25,3%	26,8%
	keine Meinung	Anzahl	1	6	7
		% in Geschlecht	7,1%	7,2%	7,2%
Gesamtsumme		Anzahl	14	83	97
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 123: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Den Abschluss eines Nutzungsvertrages finde ich…"

4. Hausverbot bei Nichteinhaltung der Regeln

Auch bezüglich des Hausverbotes bei Nichteinhaltung der Regeln zeigt sich eine sehr breite Akzeptanz. Ganze 92% halten die Tatsache, dass ein Hausverbot verhängt werden kann, für "angemessen", "eher notwendig" oder "sehr notwendig". Nur 5% lehnen das Verhängen eines Hausverbotes ab und antworten auf diese Frage mit "nicht notwendig" oder "weniger notwendig".

Unter den Frauen ist die Akzeptanz des Hausverbotes mit 93% etwa genauso hoch wie bei den Männern mit 92%.

			Frauen	Männer	Gesamt
Nutzungsregeln:	nicht notwendig	Anzahl	1	1	2
Hausverbot		% in Geschlecht	7,1%	1,2%	2,1%
	weniger notwendig	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,6%	3,1%
	angemessen	Anzahl	4	23	27
		% in Geschlecht	28,6%	27,7%	27,8%
	eher notwendig Anzahl		4	19	23
		% in Geschlecht 2		22,9%	23,7%
	sehr notwendig Anzahl		5	34	39
		% in Geschlecht	35,7%	41,0%	40,2%
	keine Meinung	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,6%	3,1%
Gesamtsumme		Anzahl	14	83	97
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 124: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Hausverbot bei Nichteinhaltung der Regeln finde ich…"

Vergleich der Ergebnisse zu den vier Beurteilungen

In den Themenbereichen 1 und 2 stoßen die Voraussetzungen/Regeln eher auf Ablehnung als in den Bereichen 3 und 4.

Der Vergleich der vier Tabellen ergibt, dass die Regelung "Hausverbot bei Nichteinhaltung der Regeln" die höchste Akzeptanz erfährt. Die hingegen niedrigste Akzeptanz unter den Befragten ergibt sich bezüglich der Nutzungsregeln, die den Konsum von Medikamenten untersagen und Substituierten sowie Minderjährigen keinen Zutritt zu den Drogenkonsumräumen gewähren.

2.4 Lage und Erreichbarkeit der Drogenkonsumräume

2.4.1 Konsumorte

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden dazu befragt, ob sie häufiger im öffentlichen Raum als im DKR konsumieren. Darauf gaben 34% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen an, häufiger in der Öffentlichkeit als im Drogenkonsumraum zu konsumieren. Diese Aussage machten 21% der Frauen und 37% der Männer. Im Gegensatz dazu verneinten 60% die Frage. Folglich konsumieren 79% der Frauen und 57% der Männer nicht häufiger in der Öffentlichkeit als im Drogenkonsumraum. 6% antworten mit "gleich oft".

			Frauen	Männer	Gesamt
Konsumieren Sie häufiger	ja	Anzahl	3	31	34
im öffentlichen Raum als		% in Geschlecht	21,4%	36,5%	34,3%
im DKR?	nein	Anzahl	11	48	59
		% in Geschlecht	78,6%	56,5%	59,6%
	gleich	Anzahl	0	6	6
		% in Geschlecht	0,0%	7,1%	6,1%
Gesamtsumme		Anzahl	14	85	99
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 125: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Konsum im öffentlichen Raum nach Geschlecht

2.4.1.1 Primärer Konsumort, falls nicht im Drogenkonsumraum

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden außerdem gebeten, ihren primären Konsumort anzugeben, wenn sie außerhalb des Drogenkonsumraums Drogen gebrauchen. Über ein Drittel der Befragten, entsprechend 35%, gab dabei prekäre Konsumorte an, wie öffentliche Toiletten, die Straße, den Park oder den U-Bahnhof.

Lediglich 3% der Befragten gaben an, ausschließlich im Drogenkonsumraum zu konsumieren.

61% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen konsumieren, wenn nicht im Drogenkonsumraum, häufig privat zu Hause oder bei Freunden. Es fällt auf, dass Frauen signifikant häufiger als Männer "zu Hause" konsumieren: Demnach konsumieren 79% der Frauen und 49% der Männer zu Hause. (p < 0,05).

			Frauen	Männer	Gesamt
	zu Hause	Anzahl	11	41	52
		% in Geschlecht	78,6%	48,8%	53,1%
	bei Freunden	Anzahl	0	8	8
		% in Geschlecht	0,0%	9,5%	8,2%
	öffentliche Toilette	Anzahl	1	25	26
		% in Geschlecht	7,1%	29,8%	26,5%
	Straße	Anzahl	0	1	1
		% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
	Park	Anzahl	0	4	4
		% in Geschlecht	0,0%	4,8%	4,1%
	U-Bahnhof	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,6%	3,1%
	nur im DKR	Anzahl	1	2	3
		% in Geschlecht	7,1%	2,4%	3,1%
	anders	Anzahl	1	0	1
		% in Geschlecht	7,1%	0,0%	1,0%
Gesamts	summe	Anzahl	14	84	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 126: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Falls nicht Konsumraum - Primärer Konsumort nach Geschlecht

2.4.2 Lage und Erreichbarkeit

64% der Befragten beurteilten die *örtliche Lage* des jeweiligen Drogenkonsumraums (Nähe zur Szene oder Wohnort) als gut. Nur 11% gaben an, der Drogenkonsumraum sei zu weit von der Szene / dem Wohnort entfernt und daher schwer erreichbar.

Die Öffnungszeiten beurteilten hingegen 65% der Befragten als negativ.

Darüber hinaus gaben 79% der Befragten an, dass der Drogenkonsumraum *mit öffentlichen Verkehrsmitteln* gut erreichbar sei.

Insgesamt bewerteten 29% der Befragten die *Lage und Erreichbarkeit des Drogenkonsumraums* mit "okay".

	Antworten	Prozent
nah an Szene / Wohnort, gut erreichbar	63	63,6%
Öffnungszeiten, gut erreichbar	23	23,2%
ÖNV, gut erreichbar	78	78,8%
weit weg, schwer erreichbar	11	11,1%
Öffnungszeiten unpassend, daher schwer erreichbar	64	64,6%
Lage und Erreichbarkeit okay	29	29,3%
Gesamtsumme	268	270,7%

Tabelle 127: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie bewerten Sie die Lage und Erreichbarkeit des DKR? (Mehrfachantworten)

Frauen bewerteten die Nähe zur Szene und die Erreichbarkeit des DKR mit den öffentlichen Verkehrsmitteln etwas kritischer als die Männer. Auch die Antwort "Lage und Erreichbarkeit sind okay" wurde seltener von Frauen als von Männern gewählt.

		Frauen	Männer	Gesamt
DKR gut erreichbar, Nähe	Anzahl	6	57	63
zur Szene	% in Geschlecht	42,9%	67,1%	63,6%
DKR gut erreichbar,	Anzahl	4	19	23
Öffnungszeiten	% in Geschlecht	28,6%	22,4%	23,2%
DKR gut erreichbar,	Anzahl	9	69	78
öffentl. Verkehrsmittel	% in Geschlecht	64,3%	81,2%	78,8%
DKR schwer erreichbar,	Anzahl	4	7	11
weit weg von Szene	% in Geschlecht	28,6%	8,2%	11,1%
DKR schwer erreichbar,	Anzahl	9	55	64
Öffnungszeiten	% in Geschlecht	64,3%	64,7%	64,6%
Lage und Erreichbarkeit	Anzahl	2	27	29
okay	% in Geschlecht	14,3%	31,8%	29,3%
Gesamtsumme	Anzahl	14	85	99

Tabelle 128: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Bewertung der Lage und Erreichbarkeit des DKR nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

2.4.3 Verlängerung der Öffnungszeiten

Auf die Frage, ob die Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume die Einrichtungen noch häufiger nutzen würden, wenn sie länger geöffnet hätten, antworteten 81% der Befragten mit "ja" und nur 13% mit "nein". Demnach würde durch die Finanzierung längerer Öffnungszeiten die Nutzung der DKRs wahrscheinlich stark ansteigen.

			Frauen	Männer	Gesamt
Wenn der DKR länger	ja	Anzahl	11	68	79
geöffnet hätte, würden		% in Geschlecht	78,6%	81,0%	80,6%
Sie das Angebot häufiger	nein	Anzahl	2	11	13
nutzen?		% in Geschlecht	14,3%	13,1%	13,3%
	weiß nicht	Anzahl	1	5	6
		% in Geschlecht	7,1%	6,0%	6,1%
Gesamtsumme		Anzahl	14	84	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 129: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzung bei längeren Öffnungszeiten nach Geschlecht

			Drogenko nsummob	CIVA	Digleonatuba	Cocomt
			II	SKA	Birkenstube	Gesamt
Wenn der DKR länger	ja	Anzahl	7	25	47	79
geöffnet hätte, würden		% in Ort	100,0%	86,2%	77,0%	81,4%
Sie das Angebot häufiger	nein	Anzahl	0	3	9	12
nutzen?		% in Ort	0,0%	10,3%	14,8%	12,4%
	weiß nicht	Anzahl	0	1	5	6
		% in Ort	0,0%	3,4%	8,2%	6,2%
Gesamtsumme		Anzahl	7	29	61	97
		% in Ort	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 130: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzung bei längeren Öffnungszeiten nach Einrichtung

2.5 Harm Reduction

2.5.1 Minimierung von gesundheitlichen Problemen

Unter anderem ist das Ziel von Drogenkonsumräumen, für die Nutzer und Nutzerinnen eine Schadensminimierung hinsichtlich des Drogengebrauchs (Harm Reduction) zu erreichen. Hierzu gehören neben der Konsumutensilienvergabe beispielsweise Informationen über safer use und safer sex sowie darüber hinaus, in Drogennotfällen richtig zu reagieren.

2.5.2 Verhalten bei Überdosis

Die Konsumenten und Konsumentinnen wurden gefragt, ob sie selber schon einmal Hilfe bei einem Drogennotfall im DKR erhalten haben. 17% aller Konsumraumnutzer und - nutzerinnen haben diese Frage bejaht, 83% verneinten sie.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	3	13	16
		% in Geschlecht	23,1%	15,7%	16,7%
	nein	Anzahl	10	70	80
		% in Geschlecht	76,9%	84,3%	83,3%
Gesamtsumme		Anzahl	13	83	96
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 131: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Drogennotfall-Hilfe im DKR erhalten? nach Geschlecht

Weiterhin wurden die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen dazu befragt, ob sie durch die Nutzung eines DKR gelernt haben, im Drogennotfall besser auf eine Überdosis reagieren zu können. Mehr als ein Drittel der Klienten und Klientinnen von Drogenkonsumräumen gaben an, sie haben dazu Verhaltensregeln im DKR erlernt. Mindestens rund 18% aller Befragten (Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zusammen) wissen dank der Drogenkonsumräume und ihren MitarbeiterInnen darüber Bescheid, wie sie im Notfall reagieren müssen²².

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	6	29	35
		% in Geschlecht	42,9%	35,4%	36,5%
	nein	Anzahl	8	50	58
		% in Geschlecht	57,1%	61,0%	60,4%
	weiß nicht	Anzahl	0	3	3
		% in Geschlecht	0,0%	3,7%	3,1%
Gesamtsumme		Anzahl	14	82	96
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 132: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Im Drogenkonsumraum gelernt, wie auf eine Überdosierung zu reagieren ist? nach Geschlecht

Weiter wurden die Nutzer und Nutzerinnen gefragt, wie sie gelernt haben, besser auf eine Überdosierung reagieren zu können. Dabei zeigte sich, dass die meisten von ihnen (25

²² Dieser Wert (18%) geht nicht unmittelbar aus der beistehenden Tabelle hervor. 35 Personen geben an, im DKR gelernt zu haben, besser auf eine Überdosis reagieren zu können. Damit machen diese Personen rund 18% aller zweihundert Befragten aus.

Personen) bereits selber schon einmal Zeuge einer Überdosis waren und daher wissen, was zu tun ist. 15 Personen in der Befragung haben sich hierzu mit MitarbeiterInnen der Einrichtungen unterhalten. Weitere 12 Personen haben bereits ein Drogennotfalltraining absolviert.

Sieben Personen beziehen ihr Wissen aus einer safer use-Beratung. Jeweils sechs Personen haben mit anderen UserInnen gesprochen und sich über Poster/Flyer/Broschüren informiert. Fünf Personen gaben an, mit anderen Fachkräften gesprochen zu haben. (Mehrfachantworten).

	Antworten	Prozent
Zeuge einer Überdosis	25	29,4%
mit MitarbeiterInnen im DKR gesprochen	15	17,6%
mit anderen Fachkräften gesprochen	5	5,9%
mit anderen UserInnen im DKR gesprochen	6	7,1%
Drogennotfalltraining	12	14,1%
Safe use Beratung	7	8,2%
Poster / Flyer / Broschüren	6	7,1%
nicht zutreffend	48	56,5%
Gesamtsumme	124	145,9%

Tabelle 133: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie haben Sie es gelernt? (Mehrfachantworten)

Außerdem gab eine weitere Person an, ihr Wissen bezüglich des Verhaltens bei einer Überdosis aus Büchern gelernt zu haben. Zwei weitere Personen teilten mit, ihr Wissen daher zu beziehen, dass sie bereits selber schon einmal eine Überdosis erfahren haben. Diese beiden Antworten waren nicht im Fragebogen vorgegeben.

Offenbar beziehen insbesondere die Männer ihr Wissen aus der Zeugenschaft einer Überdosis. Diese Antwort gaben 32% der Männer, aber nur 17% der Frauen. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied besteht hinsichtlich der Absolvierung eines Drogennotfalltrainings. Hier gaben 11 Männer, aber nur eine Frau an, bereits ein Drogennotfalltraining absolviert zu haben.

		Frauen	Männer	Gesamt
Zeuge einer Überdosis	Anzahl	2	23	25
	% in Geschlecht	16,7%	31,5%	
mit MitarbeiterInnen im	Anzahl	2	13	15
DKR gesprochen	% in Geschlecht	16,7%	17,8%	
mit anderen Fachkräften	Anzahl	1	4	5
gesprochen	% in Geschlecht	8,3%	5,5%	
mit anderen UserInnen im	Anzahl	1	5	6
DKR gesprochen	% in Geschlecht	8,3%	6,8%	
Drogennotfalltraining	Anzahl	1	11	12
	% in Geschlecht	8,3%	15,1%	
Safe use Beratung	Anzahl	1	6	7
	% in Geschlecht	8,3%	8,2%	
Poster / Flyer /	Anzahl	1	5	6
Broschüren	% in Geschlecht	8,3%	6,8%	
nicht zutreffend	Anzahl	6	42	48
	% in Geschlecht	50,0%	57,5%	
Gesamtsumme	Anzahl	12	73	85

Tabelle 134: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie haben Sie es gelernt? nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

2.6 Sonstige Angebote der Drogenkonsumräume

Die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen wurden darüber hinaus gefragt, von welchen Angeboten des DKR sie neben dem eigentlichen Konsum noch Gebrauch machen. Folgende Ergebnisse ließen sich hierbei feststellen:

Für die Konsumutensilienvergabe von sauberen Spritzen, Folien, Löffeln, Tupfer etc. kommen 84% aller Nutzer und Nutzerinnen in den Drogenkonsumraum. Noch häufiger besuchen die Konsumenten und Konsumentinnen die Einrichtungen, um etwas zu trinken (93%). Zum Essen kommen 80% der befragten Klienten und Klientinnen. Die Einrichtung stellt daher neben dem Angebot des Drogengebrauchs für viele Nutzer und Nutzerinnen auch eine Art Schutzraum dar. 76% der befragten Nutzer und Nutzerinnen besuchen die Einrichtungen zum "persönlichen Gespräch". "Informationen oder konkrete Hilfen" seitens der MitarbeiterInnen wurden von 67% der Personen genannt. Über die Möglichkeit einer Therapie haben sich 39% informiert, über safer use - Regeln 38%, über safer-sex - Regeln 31% der Befragten. Außerdem spielt die medizinische Versorgung eine wesentliche Rolle und wurde von 46% der Befragten genannt. Gut ein Viertel der Nutzer und Nutzerinnen kommt außerdem zum Wäsche waschen oder Duschen in den

Drogenkonsumraum. Das Duschen ist in unserer Befragung insbesondere für die Frauen wichtig, Getränke und Wäsche waschen nennen überwiegend Männer. Die übrigen Werte sind der Tabelle zu entnehmen. Nur eine einzige Person gab an, den Drogenkonsumraum ausschließlich zum Drogengebrauch zu nutzen.

		Frauen	Männer	Gesamt
Getränke	Anzahl	12	79	91
	% in Geschlecht	85,7%	94,0%	92,9%
Essen	Anzahl	11	67	78
	% in Geschlecht	78,6%	79,8%	79,6%
Wäsche waschen	Anzahl	2	25	27
	% in Geschlecht	14,3%	29,8%	27,6%
Duschen	Anzahl	5	23	28
	% in Geschlecht	35,7%	27,4%	28,6%
persönliches Gespräch	Anzahl	11	63	74
	% in Geschlecht	78,6%	75,0%	75,5%
Info oder konkrete Hilfe	Anzahl	11	55	66
	% in Geschlecht	78,6%	65,5%	67,3%
medizinische Versorgung	Anzahl	8	37	45
	% in Geschlecht	57,1%	44,0%	45,9%
Konsumutensilien-	Anzahl	13	69	82
Vergabe	% in Geschlecht	92,9%	82,1%	83,7%
Infos safer use	Anzahl	7	30	37
	% in Geschlecht	50,0%	35,7%	37,8%
Infos safer sex	Anzahl	4	26	30
	% in Geschlecht	28,6%	31,0%	30,6%
Info über Therapie	Anzahl	5	33	38
	% in Geschlecht	35,7%	39,3%	38,8%
ich komme nur, um	Anzahl	0	1	1
Drogen zu gebrauchen	% in Geschlecht	0,0%	1,2%	1,0%
Gesamtsumme	Anzahl	14	84	98

Tabelle 135: Nutzung der verschiedenen DKR-Angebote nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

3 Drogengebraucher und -gebraucherinnen, die keine Drogenkonsumräume (mehr) nutzen

Bekanntheitsgrad der Einrichtungen, Nutzung anderer niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen, Gründe für die Nicht- oder Nicht-mehr-Nutzung, Konsumorte, Drogennotfälle.

Zu den Themen in diesem Kapitel wurden hundert Konsumenten und Konsumentinnen befragt, die keine Drogenkonsumräume (mehr) nutzen. Ein Teil der Fragen in der Befragung wurde nur den Nutzer und Nutzerinnen gestellt (Fragen, die sich auf die Nutzung von Drogenkonsumräumen beziehen), andere Fragen wurden nur den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gestellt. Die Fragen, auf denen die folgende Auswertung beruht, betreffen nur die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen. Unserer Arbeitsdefinition zufolge gelten als Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen diejenigen Konsumenten und Konsumentinnen, die den Drogenkonsumraum innerhalb der letzten zwölf Monate nicht mehr genutzt haben bzw. wenn der letzte Besuch eines DKRs länger als zwölf Monate zurück liegt.

3.1 Bekanntheitsgrad der Einrichtungen

Zunächst stellt sich die Frage, ob den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen die Einrichtungen überhaupt bekannt sind. Hierbei stellt sich heraus, dass die Mehrheit der Befragten die Berliner Drogenkonsumräume kennt. 91% der Befragten wissen von der Existenz der Berliner Drogenkonsumräume. Nur 9% gaben an, nicht über die DKRs in Berlin Bescheid zu wissen.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	17	74	91
		% in Geschlecht	89,5%	91,4%	91,0%
	nein	Anzahl	2	7	9
		% in Geschlecht	10,5%	8,6%	9,0%
Gesamts	summe	Anzahl	19	81	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 136: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Berliner Drogenkonsumräume nach Geschlecht

Die Mehrheit der Personen, welche die Räume nicht nutzen, hat früher einmal das Angebot kennengelernt, nutzt es aber zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr. Dies

äußerten 63% der Männer und 68% der Frauen. 47% dieser Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben an, dass der letzte Besuch in einem Drogenkonsumraum innerhalb der letzten zwölf Monate stattgefunden hat. Bei den übrigen 53% liegt der Besuch länger als zwölf Monate zurück. 30% geben an, dass der letzte Besuch bereits einige Jahre her ist.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	13	51	64
		% in Geschlecht	68,4%	63,0%	64,0%
	nein	Anzahl	6	30	36
		% in Geschlecht	31,6%	37,0%	36,0%
Gesamt	summe	Anzahl	19	81	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 137: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Frühere Nutzung von Drogenkonsumräumen nach Geschlecht

			Frauen	Männer	Gesamt
_	in den letzten 12 Monaten	Anzahl	4	26	30
		% in Geschlecht	30,8%	51,0%	46,9%
	länger her als 12 Monate	Anzahl	3	12	15
		% in Geschlecht	23,1%	23,5%	23,4%
	vor ein paar Jahren	Anzahl	6	13	19
		% in Geschlecht	46,2%	25,5%	29,7%
Gesa	mtsumme	Anzahl	13	51	64
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 138: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Zeitpunkt der letzten Nutzung nach Geschlecht

Abschließend zu diesem Themenblock wurden die Befragten um eine Beurteilung gebeten, wie hoch sie den allgemeinen Bekanntheitsgrad der Drogenkonsumräume unter den DrogenkonsumentInnen in Berlin einschätzen. Weit mehr als die Hälfte der Klienten und Klientinnen (59%) schätzten den Bekanntheitsgrad hoch oder sehr hoch ein. Weitere 22% antworten mit "mittel" und 9% mit "weiß nicht". 10% antworteten mit "gering" oder "sehr gering".

			Frauen	Männer	Gesamt
	sehr hoch	Anzahl	2	23	25
		% in Geschlecht	10,5%	28,4%	25,0%
	hoch	Anzahl	10	24	34
		% in Geschlecht	52,6%	29,6%	34,0%
	mittel	Anzahl	3	19	22
		% in Geschlecht	15,8%	23,5%	22,0%
	gering	Anzahl	1	3	4
		% in Geschlecht	5,3%	3,7%	4,0%
	sehr gering	Anzahl	2	4	6
		% in Geschlecht	10,5%	4,9%	6,0%
	weiß nicht	Anzahl	1	8	9
		% in Geschlecht	5,3%	9,9%	9,0%
Gesamt	summe	Anzahl	19	81	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 139: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Subjektive Einschätzung des Bekanntheitsgrades von Drogenkonsumräumen unter DrogenkonsumentInnen in Berlin nach Geschlecht

3.2 Nutzung weiterer niedrigschwelliger Drogenhilfe-Einrichtungen

45% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen nehmen andere Hilfs-Angebote der Suchthilfe in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Befragten (55%) nutzt keine anderen niedrigschwelligen Einrichtungen in Berlin.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	12	33	45
		% in Geschlecht	63,2%	40,7%	45,0%
	nein	Anzahl	7	48	55
		% in Geschlecht	36,8%	59,3%	55,0%
Gesamt	summe	Anzahl	19	81	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 140: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Nutzung sonstiger niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen nach Geschlecht

Die Mehrheit der Befragten (83%) hat ausreichend Zugang zu schadensminimierenden Angeboten. Eine Minderheit von 16% gab dagegen an, diesbezüglich keinen ausreichenden Zugang zu haben.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	16	65	81
		% in Geschlecht	84,2%	82,3%	82,7%
	nein	Anzahl	2	14	16
		% in Geschlecht	10,5%	17,7%	16,3%
	weiß nicht	Anzahl	1	0	1
		% in Geschlecht	5,3%	0,0%	1,0%
Gesamt	summe	Anzahl	19	79	98
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 141: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Zugang zu schadensminimierenden Angeboten (sauberes Besteck, safer use, Drogennotfalltraining, medizinische Versorgung) nach Geschlecht

3.3 Gründe für die Nicht- oder Nicht-mehr-Nutzung

Alle Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden außerdem gebeten, die entsprechenden Gründe dafür anzugeben, warum sie die Räume nicht/nicht mehr nutzen. Insgesamt lassen sich die Antworten der hundert Befragten auf 26 verschiedene Gründe zurückführen. Dabei sind die vierzehn häufigsten Nennungen der Tabelle zu entnehmen.

Es zeigt sich, dass die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung insgesamt der am häufigsten genannte Grund für die Nicht/Nicht-mehr-Nutzung ist. 37% der Männer und 53% der Frauen gaben die Substitutionsbehandlung als Grund hierfür an. Die Mehrheit aller Personen in Substitutionsbehandlung gab dabei einen Beikonsum von Substanzen an, die im DKR zugelassen sind, was wiederum bedeutet, dass diese den DKR durchaus in Anspruch nehmen würden, wenn es keine Zulassungsbeschränkung gäbe.

Am zweithäufigsten wurde die Antwort "konsumiere lieber zu Hause" genannt. Hier lässt sich ein hoch signifikanter Geschlechtsunterschied feststellen, da 74% aller Frauen, aber nur 28% der Männer angeben, dass sie lieber zu Hause konsumieren und aufgrund dessen die Drogenkonsumräume nicht nutzen (p < 0,001). Außerdem sind die relativ kurzen Öffnungszeiten der Berliner Drogenkonsumräume für 34% der Befragten ein Hinderungsgrund für die Nutzung und wurden daher recht häufig genannt. Schließlich spielt auch die Anonymität bei vielen Befragten eine Rolle, die sie durch das Abschließen eines Nutzungsvertrags im Drogenkonsumraum nicht beibehalten können. 23% der Befragten haben diesen Grund für die Nichtnutzung genannt, da sie lieber anonym bleiben wollen.

22% der Befragten gefällt die Tatsache nicht, unter Aufsicht des Personals im DKR zu konsumieren. Zudem meiden 20% der Befragten die Drogenkonsumräume, weil sie ungern in Anwesenheit anderer DrogenkonsumentInnen konsumieren. Diese zwei Gründe

wurden hauptsächlich von Frauen genannt: 42% konsumieren nicht gerne unter Aufsicht, 37% nicht gerne in Anwesenheit anderer Konsumenten und Konsumentinnen.

Insgesamt 18% aller Befragten ist der Besuch einfach zu umständlich, 19% nannten den Grund "dauert mir zu lang". Die übrigen Werte sind der Tabelle zu entnehmen. Unter "sonstige Gründe" sind die weniger häufig genannten Gründe gelistet, damit die Tabelle übersichtlich bleibt. Dazu gehören "darf nicht rauchen" (3%), "fehlender Ausweis" (2%), "konsumiere sehr spontan" (1%), "kenne ich nicht" (2%, gemeint ist der Konsumraum), "Atmosphäre" (3%), "ich mag keine Ärzte" (1%), "dauert mir zu lange" (1%), "dort wird Alkohol konsumiert" (1%), "Zeitdruck, oft nur 30 Min. Zeit" (2%), "zu eng im Drogenkonsummobil" (1%), "konsumiere Cannabis, nutze den Raum nur zum Wäschewaschen" (1%), sonstige Gründe ohne Angabe (5%).

		Frauen	Männer	Gesamt
konsumiere lieber zu	Anzahl	14	23	37
Hause	% in Geschlecht	73,7%	28,4%	37,0%
dauert mir zu lange	Anzahl	4	15	19
	% in Geschlecht	21,1%	18,5%	19,0%
Öffnungszeiten passen	Anzahl	6	28	34
mir nicht	% in Geschlecht	31,6%	34,6%	34,0%
konsumiere nicht gern	Anzahl	8	14	22
unter Aufsicht	% in Geschlecht	42,1%	17,3%	22,0%
konsumiere nicht gern in	Anzahl	7	13	20
Anwesenheit anderer Drogenkonsumenten	% in Geschlecht	36,8%	16,0%	20,0%
werde substituiert	Anzahl	10	30	40
	% in Geschlecht	52,6%	37,0%	40,0%
ist zu umständlich	Anzahl	9	9	18
	% in Geschlecht	47,4%	11,1%	18,0%
Regeln passen mir nicht	Anzahl	3	6	9
	% in Geschlecht	15,8%	7,4%	9,0%
sehe keinen Vorteil darin	Anzahl	4	6	10
	% in Geschlecht	21,1%	7,4%	10,0%
möchte anonym bleiben	Anzahl	6	17	23
	% in Geschlecht	31,6%	21,0%	23,0%
konsumiere nicht	Anzahl	0	6	6
intravenös / konsumiere nasal	% in Geschlecht	0,0%	7,4%	6,0%
kein Bedarf	Anzahl	0	5	5
	% in Geschlecht	0,0%	6,2%	5,0%
zu weit weg	Anzahl	1	6	7
	% in Geschlecht	5,3%	7,4%	7,0%
Unruhe versaut mir den	Anzahl	4	3	7
Kick / will meine Ruhe haben danach	% in Geschlecht	21,1%	3,7%	7,0%
alle sonstigen Gründe	Anzahl	5	18	23
	% in Geschlecht	26,3%	22,2%	23,0%
Gesamtsumme	Anzahl	19	81	100

Tabelle 142: Gründe für die Nicht-Nutzung oder Nicht-mehr-Nutzung der Berliner Drogenkonsumräume nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

3.4 Konsumorte der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen

Alle Befragten wurden gebeten, ihre primären Konsumorte anzugeben. Folgende Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: "zu Hause", "bei Freunden", "öffentliche Toilette", "Straße", "Park", "U-Bahnhof", "Hausflur", "sonstiges".

Von 23% der Befragten (23 Personen) wurden öffentliche Konsumorte genannt, wie öffentliche Toiletten, Straße, Park, U-Bahnhof und Hausflur, an denen ihr Konsum primär stattfindet. Knapp ein Viertel der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumiert also regelmäßig im öffentlichen Raum und hat damit ggf. einen riskanten Konsum. 72% der Konsumenten und Konsumentinnen (71 Personen) gaben an, im privaten Bereich zu konsumieren, folglich entweder zu Hause oder bei Freunden. Weitere 3% konsumieren durch ihre Substitutionsbehandlung unter ärztlicher Aufsicht. Im Hinblick auf den Genderaspekt fällt hier auf, dass die Mehrheit von 89% der Frauen vorwiegend zu Hause konsumiert. Lediglich eine Frau gibt an, für ihren Drogengebrauch öffentliche Toiletten zu benutzen, eine andere befindet sich in einer Substitutionsbehandlung.

		Frauen	Männer	Gesamt
zu Hause	Anzahl	17	53	70
	% in Geschlecht	89,5%	67,1%	71,4%
bei Freunden	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,3%	1,0%
öffentliche Toilette	Anzahl	1	8	9
	% in Geschlecht	5,3%	10,1%	9,2%
Straße	Anzahl	0	8	8
	% in Geschlecht	0,0%	10,1%	8,2%
Park	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	3,8%	3,1%
U-Bahnhof	Anzahl	0	1	1
	% in Geschlecht	0,0%	1,3%	1,0%
anders (ohne weitere	Anzahl	0	1	1
Angaben)	% in Geschlecht	0,0%	1,3%	1,0%
Hausflur	Anzahl	0	2	2
	% in Geschlecht	0,0%	2,5%	2,0%
Arztpraxis (Substitution)	Anzahl	1	2	3
	% in Geschlecht	5,3%	2,5%	3,1%
Gesamtsumme	Anzahl	19	79	98
	% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 143: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Primärer Konsumort nach Geschlecht

3.4.1 Drogennotfälle

Auch die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden dazu befragt, ob sie schon mal Zeuge eines Drogennotfalls waren und ob sie selbst schon einmal Hilfe in einem Drogennotfall erhalten haben. Die Mehrheit von 73% befragten Personen war bereits Zeuge eines Notfalls und 58% waren bereits selber von einem Notfall betroffen und haben Hilfe erhalten.

			Frauen	Männer	Gesamt
	ja	Anzahl	15	58	73
		% in Geschlecht	78,9%	71,6%	73,0%
	nein	Anzahl	4	23	27
		% in Geschlecht	21,1%	28,4%	27,0%
Gesamts	summe	Anzahl	19	81	100
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 144: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Drogennotfallzeuge nach Geschlecht

			Frauen	Männer	Gesamt
_	ja	Anzahl	12	45	57
		% in Geschlecht	63,2%	56,3%	57,6%
	nein	Anzahl	7	35	42
		% in Geschlecht	36,8%	43,8%	42,4%
Gesamt	summe	Anzahl	19	80	99
		% in Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 145: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Hilfe bei Drogennotfall nach Geschlecht

3.5 Vergleich von Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen

64 Personen geben an, die Drogenkonsumräume nicht mehr zu nutzen. 36 Personen geben an, die Drogenkonsumräume noch nie genutzt zu haben. Erstgenannte Personen werden im Folgenden als "Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen" bezeichnet, zweitgenannte Gruppe als "Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen".

Der Vergleich der Geschlechterverteilung ergibt einen ähnlich hohen Frauenanteil in beiden Gruppen: Die befragten "Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen" weisen einen Frauenanteil von 17% auf, bei den "Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen" beträgt der Frauenanteil 20%.

Die Gruppe der "Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen" ist mit dem Angebot "Drogenkonsumraum" zumindest flüchtig vertraut, da ja alle Personen in der Vergangenheit bereits eine der Einrichtungen aufgesucht haben.

Auch die Mehrheit der Gruppe der "Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen" ist über das Angebot von Drogenkonsumräumen in Berlin informiert: 78% der Befragten geben an, das Angebot zu kennen.

		Frauen	Männer	Gesamt
ja	Anzahl	4	24	28
	%	66,7%	80,0%	77,8%
nein	Anzahl	2	6	8
	%	33,3%	20,0%	22,2%
Gesamtsumme	Anzahl	6	30	36
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 146: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Berliner Drogenkonsumräume nach Geschlecht

Vertieft man die Frage nach der Bekanntheit der Drogenkonsumräume und bittet um eine subjektive Einschätzung des Bekanntheitsgrades, so ergibt sich, dass 64% der Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen den Bekanntheitsgrad als hoch oder sehr hoch beurteilen. Unter den Personen, die noch nie einen Drogenkonsumraum genutzt haben, liegt der Wert niedriger: auch hier zeigt sich aber, dass 50% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen von einem hohen Bekanntheitsgrad ausgehen.

In beiden Gruppen ist die SKA der bekannteste Drogenkonsumraum in Berlin, am zweithäufigsten wird die Birkenstube genannt.

			Frauen	Männer	Gesamt
	SKA	Anzahl	13	45	58
		%	100,0%	90,0%	92,1%
	Birkenstube	Anzahl	8	32	40
		%	61,5%	64,0%	63,5%
	Bus	Anzahl	5	20	25
		%	38,5%	40,0%	39,7%
Gesam	tsumme	Anzahl	13	50	63

Tabelle 147: Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Einrichtungen nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

			Frauen	Männer	Gesamt
	SKA	Anzahl	1	15	16
		%	50,0%	71,4%	69,6%
	Birkenstube	Anzahl	2	13	15
		%	100,0%	61,9%	65,2%
	Bus	Anzahl	1	8	9
		%	50,0%	38,1%	39,1%
Gesam	tsumme	Anzahl	2	21	23

Tabelle 148: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Einrichtungen nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

Es zeigt sich in der folgenden Tabelle, dass die Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen sehr häufig zu Hause konsumieren. 81% aller Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen nennen "zu Hause" als primären Konsumort. DrogenkonsumentInnen aus Berlin, die über privaten Wohnraum verfügen, nutzen diesen häufig.

Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen konsumieren vergleichsweise etwas häufiger in Verstecken in der Öffentlichkeit (öffentliche Toilette, Straße, Park, U-Bahnhof oder Hausflur) – auch in dieser Gruppe findet sich aber ein hoher Anteil an Konsumenten und Konsumentinnen (66%), die "zu Hause" als primären Konsumort angeben.

			Frauen	Männer	Gesamt
	zu Hause	Anzahl	6	23	29
		%	100,0%	76,7%	80,6%
	bei Freunden	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	3,3%	2,8%
	öffentliche Toilette	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	3,3%	2,8%
	Straße	Anzahl	0	3	3
		%	0,0%	10,0%	8,3%
	anders	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	3,3%	2,8%
	Arztpraxis	Anzahl	0	1	1
	(Substitution)	%	0,0%	3,3%	2,8%
Gesam	tsumme	Anzahl	6	30	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 149: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Primärer Konsumort nach Geschlecht

			Frauen	Männer	Gesamt
	zu Hause	Anzahl	11	30	41
		%	84,6%	61,2%	66,1%
	öffentliche Toilette	Anzahl	1	7	8
		%	7,7%	14,3%	12,9%
	Straße	Anzahl	0	5	5
		%	0,0%	10,2%	8,1%
	Park	Anzahl	0	3	3
		%	0,0%	6,1%	4,8%
	U-Bahn- Hof	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	2,0%	1,6%
	Wohnungsflur	Anzahl	0	2	2
		%	0,0%	4,1%	3,2%
	Arztpraxis	Anzahl	1	1	2
	(Substitution)	%	7,7%	2,0%	3,2%
Gesam	tsumme	Anzahl	13	49	62
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 150: Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Primärer Konsumort nach Geschlecht

Vergleicht man die Gründe, die die Befragten zur Nicht-Nutzung von Drogenkonsumräumen angeben, so ergibt sich, dass die Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen vergleichsweise häufig zeitliche Gründe ("dauert mir zu lange", "Öffnungszeiten passen mir nicht") angeben. Die Anwesenheit anderer Klienten und Klientinnen beziehungsweise die Anwesenheit von Personal spielt vergleichsweise häufiger bei den Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen eine Rolle. Auch die Pflicht, sich beim Besuch des Drogenkonsumraums ausweisen zu müssen, führt offenbar bei vielen Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen dazu, keine Drogenkonsumräume aufzusuchen. 36% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen geben an, sie wollen anonym bleiben. Bei den Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen liegt dieser Wert viel tiefer (16%). Die übrigen Nennungen sind der Tabelle zu entnehmen.

			Nutzung		
			der		
			DKR:	Nutzung	
			nicht	der DKR:	
			mehr	noch nie	Gesamt
k	konsumiere lieber zu Hause	Anzahl	23	14	37
_		%	35,9%	38,9%	37,0%
c	dauert mir zu lange	Anzahl	16	3	19
_		%	25,0%	8,3%	19,0%
Ċ	Öffnungszeiten passen mir nicht	Anzahl	31	3	34
_		%	48,4%	8,3%	34,0%
k	konsumiere nicht gern unter	Anzahl	13	9	22
	Aufsicht	%	20,3%	25,0%	22,0%
k	konsumiere nicht gern unter	Anzahl	11	9	20
	Anwesenheit anderer Klienten	%	17,2%	25,0%	20,0%
٧	werde substituiert	Anzahl	24	16	40
_		%	37,5%	44,4%	40,0%
į:	st zu umständlich	Anzahl	10	8	18
_		%	15,6%	22,2%	18,0%
F	Regeln passen mir nicht	Anzahl	6	3	9
		%	9,4%	8,3%	9,0%
s	sehe keinen Vorteil darin	Anzahl	4	6	10
_		%	6,3%	16,7%	10,0%
r	möchte anonym bleiben	Anzahl	10	13	23
_		%	15,6%	36,1%	23,0%
k	cein Bedarf	Anzahl	3	2	5
_		%	4,7%	5,6%	5,0%
a	alle sonstigen Gründe	Anzahl	27	13	40
		%	42,2%	36,1%	40,0%
Gesamts	summe	Anzahl	64	36	100

Tabelle 151: Gründe für die Nicht-Nutzung der Berliner Drogenkonsumräume nach beiden Gruppen der Nicht-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)

84% der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 80% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen haben ausreichend Zugang zu schadensminimierenden Angeboten (sauberes Besteck etc.). 16% der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 17% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen geben an, nicht ausreichend versorgt zu sein.

			Nutzung der DKR: nicht mehr	Nutzung der DKR: noch nie	Gesamt
	Ja	Anzahl	53	28	81
		%	84,1%	80,0%	82,7%
	Nein	Anzahl	10	6	16
		%	15,9%	17,1%	16,3%
	weiß nicht	Anzahl	0	1	1
		%	0,0%	2,9%	1,0%
Gesan	ntsumme	Anzahl	63	35	98
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 152: Noch-nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Zugang zu schadensminimierenden Angeboten (sauberes Besteck, safer use, Drogennotfalltraining, medizinische Versorgung) nach Geschlecht

Es zeigt sich für beide Vergleichsgruppen der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, dass ein großer Teil der Befragten auch keine sonstigen niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen aufsucht. 59% der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 47% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen geben an, keinerlei niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen aufzusuchen.

			nicht mehr	noch nie	Gesamt
-	Ja	Anzahl	26	19	45
		%	40,6%	52,8%	45,0%
	nein	Anzahl	38	17	55
		%	59,4%	47,2%	55,0%
Gesam	tsumme	Anzahl	64	36	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 153: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Nutzung sonstiger niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen nach Geschlecht

In beiden Gruppen kam es bereits häufig zu Drogennotfällen. 62% der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 50% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen waren bereits selber von einem Drogennotfall betroffen. 77% der Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen und 67% der Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen waren bereits Zeuge eines Notfalls.

			Nutzung der DKR: nicht mehr	Nutzung der DKR: noch nie	Gesamt
_	ja	Anzahl	39	18	57
		%	61,9%	50,0%	57,6%
	nein	Anzahl	24	18	42
		%	38,1%	50,0%	42,4%
Gesam	tsumme	Anzahl	63	36	99
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 154: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Hilfe bei Drogennotfall nach Geschlecht

			Nutzung der DKR: nicht mehr	Nutzung der DKR: noch nie	Gesamt
_	ja	Anzahl	49	24	73
		%	76,6%	66,7%	73,0%
	nein	Anzahl	15	12	27
		%	23,4%	33,3%	27,0%
Gesa	amtsumme	Anzahl	64	36	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 155: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Drogennotfallzeuge nach Geschlecht

4 Verbesserungsvorschläge für DKRs der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen

Die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen wurden abschließend zur Befragung gebeten, Verbesserungsvorschläge für die Drogenkonsumräume zu machen. Diese lassen sich in sieben Kategorien zusammenfassen. Es folgt zunächst eine Übersicht über die Ergebnisse und dann eine Vertiefung, bezogen auf die einzelnen Drogenkonsumräume. Es zeigt sich, dass am häufigsten der Wunsch nach längeren Öffnungszeiten genannt wurde. 44% der Befragten wünschen sich längere Öffnungszeiten (morgens bzw. vormittags, abends oder am Wochenende). Ebenfalls recht häufig wurde die Raumgestaltung bzw. Umgestaltung der Räume genannt (15%), an dritter Stelle folgen Wünsche, die die Beratung und Unterstützung durch die MitarbeiterInnen betreffen (10%). Eher selten wurden Verbesserungsvorschläge bezüglich der Regeln zur Konsumraumnutzung gemacht (6%). Nur selten wurde der Wunsch nach mehr

Freizeitangeboten in den Einrichtungen (3%) und der Wunsch nach Änderungen im Café-/ Essensbereich der Drogenkonsumräume genannt (3%).

Die Gesamtsumme der Antworten überschreitet 100%, da einige der 100 befragten Klienten und Klientinnen mehrere Antworten gegeben haben.

	Antworten	Prozent der Fälle
Öffnungszeiten	44	44,0%
Raumgestaltung	15	15,0%
Regeln zur DKR- Nutzung	6	6,0%
Beratung / Unterstützung	10	10,0%
Freizeitangebote	3	3,0%
Cafébereich / Essen	3	3,0%
sonstiges	7	7,0%
keine Angaben	33	33,0%
Gesamtsumme	121	121,0%

Tabelle 156: Verbesserungsvorschläge der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen (Mehrfachantworten)

Der geschlechtsspezifische Vergleich ergibt: Die Frauen haben prozentual häufiger als die Männer Verbesserungsvorschläge gemacht, die die Erweiterung der Öffnungszeiten, die Erweiterung des Freizeitangebotes, die Umgestaltung der Räume und die Unterstützung durch MitarbeiterInnen betreffen.

Verbesserungsvorschläge hingegen, die die Nutzungsregeln der DKRs betreffen, werden in dieser Befragung ausschließlich von Männern genannt, ebenso die Vorschläge, die den Cafébereich / das Essen betreffen. Auch alle Nennungen, die unter "Sonstiges" gegliedert sind, entfallen auf Männer. Auch hier gilt, dass einige Personen in mehrere Kategorien in der Tabelle eingehen, weil sie mehrere Antworten gegeben haben.

		Frauen	Männer	Gesamt
Öffnungszeiten	Anzahl	7	37	44
	% in Geschlecht	50,0%	43,0%	44,0%
Raumgestaltung	Anzahl	3	12	15
	% in Geschlecht	21,4%	14,0%	15,0%
Regeln zur DKR-	Anzahl	0	6	6
Nutzung	% in Geschlecht	0,0%	7,0%	6,0%
Beratung / Unterstützung	Anzahl	2	8	10
	% in Geschlecht	14,3%	9,3%	10,0%
Freizeitangebote	Anzahl	2	1	3
	% in Geschlecht	14,3%	1,2%	3,0%
Cafébereich / Essen	Anzahl	0	3	3
	% in Geschlecht	0,0%	3,5%	3,0%
sonstiges	Anzahl	0	7	7
	% in Geschlecht	0,0%	8,1%	7,0%
keine Angaben	Anzahl	2	31	33
	% in Geschlecht	14,3%	36,0%	33,0%
Gesamtsumme der Personen	Anzahl	14	86	100

Tabelle 157: Verbesserungsvorschläge der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nach Geschlecht (Mehrfachantworten)

4.1 Einrichtungsspezifische Verbesserungsvorschläge

Es folgt eine einrichtungsspezifische Vertiefung. Folgende Verbesserungsvorschläge wurden für die einzelnen Einrichtungen genannt.

4.1.1 Verbesserungsvorschläge für das Drogenkonsummobil

Hier wurde keine Frau befragt, alle vier Vorschläge gehen auf drei Männer zurück (Mehrfachantworten).

4.1.1.1 Öffnungszeiten

Zwei Männer (29% der Antworten) geben als Verbesserungsvorschlag eine Ausweitung der Öffnungszeiten an: Einer der beiden schlägt vor, die Öffnungszeiten zu verlängern, der andere schlägt zudem auch eine Verlängerung der Öffnungszeiten am Wochenende vor.

4.1.1.2 Regeln zur DKR-Nutzung

Eine(r) der beiden Befragten macht zudem den Vorschlag, es sollte auch gegenseitige Hilfe beim Applizieren von Drogen im Drogenkonsummobil erlaubt werden (14%).

4.1.1.3 Beratung/Unterstützung

Ein weiterer/weitere Nutzer/Nutzerin schlägt vor, das Beratungsangebot zu erweitern. Der Vorschlag zielt darauf ab, dass jeder Neuzugang eines Drogenkonsumraums ein Drogennotfalltraining absolvieren sollte. Dieser/diese Nutzer/Nutzerin wünscht sich auch mehr Angebote seitens der Träger der Drogenkonsumräume, bezüglich Entgiftung und Therapie (ebenfalls 14%).

4.1.2 Verbesserungsvorschläge für die SKA

4.1.2.1 Öffnungszeiten

Bei der SKA hat knapp die Hälfte aller Befragten vorgeschlagen, die Öffnungszeiten auszudehnen. Dies sind 14 Personen, also 48% aller Personen, die in der SKA befragt wurden.

Vier der vierzehn Befragten schlugen hierbei vor, auch am Wochenende zu öffnen – das sind 14% der Klienten und Klientinnen der SKA. Zwei andere Personen (7% der SKA-Klienten und Klientinnen) wünschen sich diesbezüglich, dass der Drogenkonsumraum morgens/vormittags früher öffnet. Eine weitere Person wünscht sich abends längere Öffnungszeiten (3%), und zwei weitere Personen (7%) nennen frühere Öffnungszeiten sowohl morgens als auch abends. Die übrigen Personen geben eine Erweiterung der Öffnungszeiten an, ohne genauer zu benennen, wann die Erweiterung sein sollte.

4.1.2.2 Raumgestaltung in der SKA

Hier gibt eine Person (3%) "größere Räume" als Verbesserungsvorschlag an, und eine Person (3%) wünscht sich die Möglichkeit des rektalen Konsums ("UYB"), also offenbar Trennwände als Sichtschutz im Drogenkonsumraum. Außerdem wurde hier einmal vorgeschlagen, einen Fernsehraum einzurichten, und ein Befragter schlug vor, den Garten auszubauen (jeweils 3%). Insgesamt 4 Personen, also 14% der Befragten antworten in dieser Kategorie.

4.1.2.3 Nutzungsregeln

Dieser Vorschlag zielt darauf ab, gegenseitige Hilfe beim Applizieren von Drogen im Drogenkonsumraum zuzulassen (3%).

4.1.2.4 Beratung und Unterstützung

Eine Person nennt die Begleitung bei Behördengängen, eine andere Person wünscht sich eine fest etablierte Rechtsberatung und einen/eine Tierarzt/Tierärztin, da viele Nutzer und Nutzerinnen Hunde besitzen (zusammen 7%).

4.1.2.5 Freizeitangebot

Hier nennt eine Person (3%) "mehr Aufenthaltsmöglichkeiten".

4.1.2.6 Cafébereich/Essen

Ein/eine Befragter/Befragte (3%) schlägt vor, ausnahmsweise auch Mittagessen ohne Bezahlung herauszugeben.

4.1.2.7 Sonstiges

Unter "Sonstiges" wurden folgende Verbesserungsvorschläge genannt:

- einen Wegweiser vom Kottbusser Tor zum Drogenkonsumraum (3%)
- mehr Drogenkonsumräume in Berlin sowie mehr Gehalt für die MitarbeiterInnen (3%)
- legale Ausgabe von Drogen im DKR (3%).

Es ist zu berücksichtigen, dass es sich um Mehrfachantworten handelt. Die Gesamtsumme der einzelnen Kategorien übersteigt die Gesamtsumme der 29 Personen. Es wurden 29 Personen in der SKA befragt, aber einige Personen tauchen in mehreren Kategorien auf, da sie verschiedene Antworten gegeben haben.

4.1.3 Verbesserungsvorschläge für die Birkenstube

4.1.3.1 Öffnungszeiten

Wie in der SKA und beim Drogenkonsummobil zielen auch in der Birkenstube die meisten Verbesserungsvorschläge darauf ab, die Öffnungszeiten zu verlängern. Insgesamt haben bei der Befragung zu diesem Drogenkonsumraum 28 Personen als Verbesserungsvorschlag eine Verlängerung der Öffnungszeiten genannt – das sind 44% aller Personen, die in der Birkenstube befragt wurden. Einige der 28 Personen haben mehrere, verschiedene Vorschläge gemacht, was die Öffnungszeiten betrifft: 13 Vorschläge zielen darauf ab, auch am Wochenende zu öffnen; 13 Vorschläge entfallen auf längere Öffnungszeiten am Abend; 5 Antworten entfallen auf längere Öffnungszeiten sowohl am Morgen/Vormittag als auch am Abend; 11 Antworten entfallen allgemein auf längere Öffnungszeiten, ohne zu benennen, wann diese sein sollen.

4.1.3.2 Raumgestaltung

11 Personen (18% der in der Birkenstube Befragten) haben Verbesserungsvorschläge zur Raumgestaltung gemacht. Im Einzelnen wurde genannt: 6x "größere Räume", 2x "gemütlichere Atmosphäre", 1x "Musik im Hintergrund", 2x "buntere Wände"/"verschönern", 1x Ruheraum, 1x Fernsehraum. Außerdem wurden hierunter 1x eine "Lüftung in der Dusche" und 1x "Nutzung der Waschmaschine kurzfristiger klären" genannt. (15 Antworten von 11 Personen in der Kategorie "Raumgestaltung"; Mehrfachnennungen).

4.1.3.3 Regeln zur Nutzung

Dies wurde von vier Personen (6% der Befragten der Birkenstube) thematisiert. Hierunter fällt 1x der Vorschlag, die Klienten und Klientinnen sollten sich "gegenseitig beim Konsum helfen" dürfen, 3x "Zugang auch für Substituierte", 1x "auch den Konsum anderer Substanzen zulassen" (fünf Angaben von vier Personen; Mehrfachnennungen).

4.1.3.4 Beratung und Unterstützung

Dies nannten sieben Befragte (11% der Klienten und Klientinnen der Birkenstube). Eine Person wünscht sich mehr Hilfe bei Behördengängen; eine Person nennt freien Internetzugang im DKR (eigenständige Nutzung), eine Person schlägt vor, das Angebot so zu erweitern, dass auch ärztliche Behandlung und Medikamente immer verfügbar bzw. vorhanden sind. Außerdem wurde einmal der Wunsch nach Hilfe bei der Jobsuche, einmal psychologische Unterstützung durch das Personal und zweimal allgemein mehr Hilfe durch die MitarbeiterInnen genannt.

4.1.3.5 Freizeitangebote

Ein Befragter nannte "Filmnachmittage und Playstation", ein anderer "Tischkicker und Tischtennis". Damit macht diese Kategorie 3% aus.

4.1.3.6 Cafébereich

Zwei Verbesserungsvorschläge zielten auf die Erweiterung der Auswahl an Getränken ab. Somit macht auch diese Kategorie 3% aus.

4.1.3.7 Sonstiges

Drei Personen schlagen vor, noch mehr Drogenkonsumräume einzurichten (z.B. lautet eine Antwort, in jedem Bezirk Berlins einen DKR zu errichten); einer von ihnen hat

außerdem die Idee, ein Fahrticket für Konsumenten und Konsumentinnen oder einen Shuttle-Service mit den Berliner Verkehrsbetrieben auszuhandeln. Eine vierte Person fordert, dass das Antidot gegen Heroin-Überdosen, Naloxon, verboten werden sollte, da nicht immer geschultes Personal vor Ort sei.

Somit haben 4 von 63 in der Birkenstube Befragten in dieser Kategorie Antworten gegeben, das sind 6% der Klienten und Klientinnen der Birkenstube.

Wiederum ist auch hier zu berücksichtigen, dass es sich um Mehrfachantworten handelt. In der Birkenstube wurden 63 Personen befragt. Wenn die einzelnen Kategorien (= Gesamtsumme pro Zeile in der Tabelle) aufsummiert werden, ergibt sich die Summe von 78 Personen. Dies kommt daher, dass einige Personen in mehreren Kategorien geantwortet haben und somit mehrfach gezählt werden.

5 Resultate im Kontext der Entwicklungen der letzten 10 Jahre

Werden die Ergebnisse der quantitativen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehrNutzer und Nutzerinnen-Befragung mit den Ergebnissen der Evaluation der
Drogenkonsumräume in Berlin von 2005 (Schu/Tossmann 2005) und anderen
Studienergebnissen verglichen, lassen sich interessante Entwicklungen verschiedener
Dimensionen feststellen. Es lassen sich sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten
hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Klientel der Drogenkonsumräume erkennen.
Diese bilden sich unter anderem anhand der soziodemografischen Daten, des Konsumssowie Nutzungsverhaltens und des Gesundheitsstatus der Konsumraumnutzer und nutzerinnen ab. Es lassen sich folgende Aspekte beobachten:

5.1 Inanspruchnahme/Nutzung der Drogenkonsumräume

In Bezug auf die Nutzung der DKRs in Berlin wurde bereits im Abschlussbericht von 2005 darauf hingewiesen, dass die Birkenstube im Verlauf des Jahres von 2004 bis 2005 am intensivsten genutzt wurde, mehr als viermal so oft wie die SKA. Diese Entwicklung der Inanspruchnahme wurde auf die umfangreicheren Öffnungszeiten der Birkenstube zurückgeführt (vgl. Schu/Tossmann 2005: 30). Die Klienten und Klientinnen der Birkenstube nutzten die Einrichtung öfter oder beständiger als die Nutzer und Nutzerinnen der SKA, da trotz der vierfachen Anzahl an Konsumvorgängen in der Birkenstube, diese nur 46% mehr Klienten und Klientinnen als die SKA zu verzeichnen hatte (vgl. ebd.: 32). Bezüglich der Nutzung wurden folgende Zahlen erfasst: Im Durchschnitt nutzten von Februar 2004 bis Februar 2005 rund 80 Klienten und Klientinnen pro Monat die

Birkenstube, 30 Klienten und Klientinnen pro Monat die SKA und zwischen 17 und 45 Klienten und Klientinnen das Drogenkonsummobil (vgl. ebd.: 33ff). In der statistischen Analyse der Konsumraumdokumentationen von 2012 bis 2014 ließen sich ebenfalls die meisten Nutzer und Nutzerinnen im Jahr 2014 in der Birkenstube verzeichnen (576). Die SKA hatte 531 Nutzer und Nutzerinnen und das Drogenkonsummobil 294. Auch in unserer Befragung wurde die Birkenstube mit 67% am häufigsten genutzt, gefolgt von der SKA mit 34% und dem Drogenkonsummobil mit 11% (vgl. Kapitel III). Daraus resultiert, dass die Birkenstube nach 10 Jahren immer noch den am häufigsten genutzte DKR in Berlin darstellt.

Ein weiterer Aspekt, der sich aus dem Abschlussbericht 2005 mit den Auswertungen der

Konsumraumdokumentationen von 2012-2014, bezogen auf die Nutzung der drei Einrichtungen ähnelt, ist folgender: Schon im Verlauf des Jahres von 2004 besuchten die weitaus meisten Nutzer und Nutzerinnen nur einen DKR. Lediglich 41 Personen von insgesamt 523 Klienten und Klientinnen suchten zwei Einrichtungen auf und nur eine Person nutzte alle drei Angebote (vgl. Schuh/Tossmann 2005: 38). Bei der Nutzer und Nutzerinnenbefragung (N=79) von 2004 lässt sich ein ähnliches Verhalten erkennen: Ein Drittel (33%) kannte nur einen DKR, knapp die Hälfte gab an, über das gesamte DKR-Angebot in Berlin informiert zu sein. Die tatsächliche Nutzung allerdings unterscheidet sich davon: Zwei Drittel (73%) der Nutzer und Nutzerinnen gab an, bisher nur einen DKR in Anspruch genommen zu haben. In etwa jeder Zehnte gab an, schon alle drei Angebote genutzt zu haben (vgl. ebd. 51). Auch in den Jahren von 2012 bis 2014 suchten 90-92% aller Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nur einen DKR auf. Lediglich 7-9% nutzen zwei Räume und nur 0,6-1,2% der Klientel hat alle drei Angebote genutzt (vgl. Kapitel II). Daraus ergibt sich, dass jede der Einrichtungen offenbar ihre eigene Stammklientel hat, das immer wieder auf das gleiche Angebot im jeweiligen Stadtteil zurückkommt. Die Nutzungshäufigkeit ist relativ ähnlich. 2004 nutzten 19,2% das Angebot täglich oder fast täglich, 36% nutzten es mehrmals pro Woche, 12% einmal pro Woche und 20,5% seltener (vgl. Schu/Tossmann 2005: 51). In der quantitativen Befragung von 2015 gaben 23% an, das Angebot sehr häufig zu nutzen (einmal bis mehrmals täglich), dieser Wert ist also etwas gestiegen. 24% zählen zu den unregelmäßigen Nutzer und Nutzerinnen. 42% jedoch nutzen das DKR-Angebot ein- oder mehrmals pro Woche, auch dieser Wert ist etwas angestiegen. 2004 ließen sich in diesem Zusammenhang altersspezifische

Unterschiede feststellen. Jüngere Nutzer und Nutzerinnen haben demnach die

Befragung von 2015 wieder.

Drogenkonsumraumangebote durchschnittlich häufiger in Anspruch genommen als ältere Nutzer und Nutzerinnen (vgl. ebd. 51). Diese Beobachtung findet sich ebenfalls in unserer

Auch in der vorliegenden Untersuchung lässt sich erkennen, dass unter Konsumraumnutzer und -nutzerinnen eher die Kurzzeit- sowie jüngeren Konsumenten und Konsumentinnen wiederzufinden sind, die häufig erst seit sieben Jahren oder kürzer konsumieren. Langzeit- und damit auch die älteren Konsumenten und Konsumentinnen fanden sich dagegen häufiger unter den Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen wieder. Mit Blick auf besondere Vorfälle innerhalb eines Jahres von 2004 bis 2005 ließen sich insgesamt 25 *Drogennotfälle* vermerken, wobei in der SKA mit 19 Notfällen, die meisten zu verzeichnen waren. Dies wurde damit begründet, dass die Klientel in der SKA vergleichsweise älter und stärker verelendet war als diejenigen der anderen Einrichtungen (vgl. Schu/Tossmann 2005: 36f). Im Vergleich mit der Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentationen der Jahre 2012 bis 2014 ergibt sich, dass die Zahl der Drogennotfälle zugenommen hat. Im Jahr 2014 ließen sich insgesamt 53 Notfälle vermerken, die meisten davon gab es ebenfalls in der SKA (25). In der Birkenstube fanden 19, im Drogenkonsummobil 9 Drogennotfälle statt (vgl. Kapitel II).

Es wurden außerdem bis zum Jahr 2005 insgesamt 77-mal Besucher und Besucherinnen abgewiesen, davon 51-mal in der SKA. Vorrangiger Abweisungsgrund stellte zumeist eine zu starke Intoxikation dar (vgl. Schuh/Tossmann 2005: 37). Diesbezüglich lässt sich ebenfalls eine fortlaufende Entwicklung festmachen: Im Jahr 2014 gab es insgesamt ganze 312 Besucher und Besucherinnenabweisungen. Allerdings fanden die meisten Abweisungen in den Jahren 2013 und 2014 im Drogenkonsummobil statt. Im Jahr 2014 wurden dort im Monat von durchschnittlich 77 gezählten Besucher und Besucherinnen, 24 abgewiesen. Insgesamt wurden 260 von 290 Besucher und Besucherinnen 2014 aus Zeitsowie Platzgründen im Drogenkonsummobil abgewiesenen. Demnach lässt sich feststellen, dass die Zahl der Abweisungen im Gesamten zwar steigt, die Gründe hierfür aber andere sind als vor 10 Jahren: Die Abweisungen fanden in Verbindung mit Kapazitätsproblemen seitens des Drogenkonsummobils statt und hatten weniger mit dem Verhalten der Klientel zu tun (vgl. Kapitel II). Zudem würde auch dieser Aspekt für eine Ausweitung des Angebots der DKRs sprechen.

5.2 Soziodemografische Daten der Konsumraumnutzer und - nutzerinnen

Unter Betrachtung der soziodemografischen Daten der Konsumraumnutzer und nutzerinnen lassen sich ebenfalls einige Entwicklungen beobachten.

5.2.1 Verteilung nach Geschlecht

Zunächst einmal ist jedoch die Verteilung von Männern und Frauen unter Konsumraumnutzer und -nutzerinnen weitestgehend gleich geblieben. Die dokumentierten Daten der Drogenkonsumräume geben für das Jahr 2004 einen Männeranteil von 80,6% und einen Frauenanteil von 19,4% wieder (vgl. Schu/Tossmann 2005: 38). In der vorliegenden quantitativen Befragung von 2015 ließen sich ebenfalls ein überdurchschnittlich hoher Männeranteil von 83,5% und ein sehr geringer Frauenanteil von 16,5% verzeichnen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Hemmschwelle für Frauen hinsichtlich der Nutzung von DKRs immer noch sehr hoch ist. Allerdings wohnen die Frauen auch häufiger in gesicherten Wohnverhältnissen und haben somit die Möglichkeit in einem geschützten Rahmen zu Hause zu konsumieren. Bei der Befragung der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zu Gründen der Nichtnutzung der DKRs, gaben dementsprechend 74% der Frauen als Grund hierfür an: "konsumiere lieber zu Hause". Als primären Konsumort gaben sogar 90% der Frauen "zu Hause" an (vgl. Kapitel III).

5.2.2 Alter

Das Durchschnittsalter der Nutzer und Nutzerinnen ist, wie zu erwarten gewesen, gestiegen. Im Jahr 2004 waren die Männer durchschnittlich 32,3 Jahre, die Frauen mit 29,7 Jahren vergleichsweise etwas jünger (vgl. Schu/Tossmann 2005: 39). In unserer Befragung ergibt sich ein Gesamt-Durchschnittsalter von 38,5 Jahren.

Die Frankfurter Konsumraumdokumentation zeigt ein sehr ähnliches Durchschnittsalter der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen von 37,1 Jahren. Die Frauen sind hier ebenfalls durchschnittlich mit 35,4 Jahren etwas jünger im Vergleich zu den Männern mit 37,4 Jahren (vgl. Förster/Stöver 2014).

5.2.3 Herkunft und Nationalität

Die Angaben zur Staatsangehörigkeit zeigen Unterschiede beider Gruppen auf. Im Jahr 2004 besitzt der überwiegende Teil der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen mit 83,7% die deutsche Staatsangehörigkeit. Die restlichen 16,3% setzen sich aus EU-AusländerInnen, türkischen Staatsangehörigen und Staatsangehörigen anderer Länder zusammen (vgl. Schu/Tossmann 2005: 39). In der vorliegenden Befragung (2015) geben 69% der Nutzer und Nutzerinnen an, deutscher Herkunft zu sein. 31% geben ein anderes Herkunftsland an (vgl. Kapitel III). Es lässt sich daraus ablesen, dass eine Entwicklung hinsichtlich der Klientel mit Migrationshintergrund stattfand. Der Anteil von

Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nicht-deutscher Herkunft stieg in den letzten 10 Jahren.

5.2.4 Wohnsituation und Obdachlosigkeit

Im Jahr 2004 wohnten mehr als die Hälfte (53%) selbstständig, ohne festen Wohnsitz waren 16%. Diesbezüglich gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (vgl. Schu/Tossmann 2005: 39).

In der vorliegenden Befragung befanden sich Frauen häufiger in gesicherten Wohnverhältnissen. Zudem stieg der Anteil der Nutzer und Nutzerinnen, die sich in prekären Wohnverhältnissen (obdachlos, Notschlafstelle) befinden auf 29%. Weiterhin wohnen aber trotz allem 54 % in gesicherten Verhältnissen, (ähnlich wie 2004) und weitere 16% in Wohnheimen bzw. im betreuten Wohnen.

5.2.5 Schulabschluss

Bezüglich des Bildungsniveaus der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen. 2004 verfügten 77,2% über einen Schulabschluss, 17,7% besaßen keinen (vgl. Schu/Tossmann 2005: 41). Im Jahr 2015 verfügen unter den Nutzer und Nutzerinnen sowie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen 85% über einen Schulabschluss. Diese Zahl ist somit etwas gestiegen. Der Anteil, derer die keinen Schulabschluss aufweisen kann, liegt bei 15% (vgl. Kapitel III).

5.2.6 Arbeits- und Einkommenssituation

Bezüglich der derzeitigen Arbeits- sowie Einkommenssituation sind in der vorliegenden Befragung von 2015 74% aller Befragten arbeitslos, die anderen 26% gehen einer Beschäftigung nach oder beziehen Frührente (vgl. Kapitel III).

In der Berliner Suchthilfestatistik ist ebenfalls die große Mehrheit der betreuten OpioidkonsumentInnen arbeitslos. Dieser Statistik zufolge sind 66% der untersuchten Personen von Erwerbslosigkeit betroffen. 11% hingegen bilden den Anteil erwerbstätiger Personen unter dieser Gruppe. Weitere 22% gehören zu den Nichterwerbspersonen und sind demnach SchülerInnen/StudentInnen, Hausfrauen/-männer, RentnerInnen oder LeistungsempfängerInnen nach dem SGB XII (vgl. Berliner Suchthilfestatistik (SHS) 2013, Jahresbericht zur aktuellen Situation in der Suchthilfe in Berlin: 22f).

Demnach erhält ein großer Teil der Befragten (insgesamt 81%) staatliche Hilfen. 2% beziehen ALG-I, 63% erhalten ALG-II-Leistungen und 11% beziehen Sozialhilfe (vgl. Kapitel III). Ein identischer Wert lässt sich ebenfalls der Berliner Suchthilfestatistik von

2013 entnehmen: Hier sind auch 63% der OpioidkonsumentInnen arbeitslos nach dem SGB II und empfangen ALG-II-Leistungen (vgl. Berliner SHS 2013: 24).

5.2.7 Familienstand

Der Vergleich hinsichtlich des Familienstands zeigt, dass dort die Verteilung innerhalb der 10 Jahre relativ gleich geblieben ist. 2004 waren 84% ledig, 14% waren verheiratet, aber getrennt lebend, geschieden oder verwitwet. Lediglich zwei Personen waren verheiratet und lebten mit ihrem/ihrer Partner/Partnerin zusammen (vgl. Schu/Tossmann 2005: 42). In unserer Befragung leben 94% alleinstehend, verwitwet oder geschieden und nur 6% befinden sich in einer Partnerschaft oder Ehe (vgl. Kapitel III).

Hinsichtlich dieses Aspektes kommt die Berliner Suchthilfestatistik 2013 zu einem deutlich höheren prozentualen Anteil an Personen, die in einer zeitweiligen oder festen Beziehung leben. Bei den Personen mit opioidbezogenen Störungen sind mit 58% über die Hälfte alleinstehend, 36,2% befinden sich in einer festen Beziehung und 5,6% führen eine zeitweilige Beziehung. Es zeigen sich deutliche Unterschiede im Beziehungsstatus von Frauen und Männern. Der Anteil an Alleinstehenden ist unter Männern deutlich höher als bei Frauen (vgl. Berliner SHS 2013: 20f).

5.3 Drogenkonsum der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen

Die Substanzen Heroin, Kokain, Alkohol und Cannabis hatten 2004 unter den Nutzer und Nutzerinnen die größte Bedeutung, sowie der Methadongebrauch, der bei jedem/jeder zweiten Nutzer/Nutzerin der DKRs vorkam. Heroin wies zudem mit einem durchschnittlichen Konsum an knapp 25 Tagen im Monat eine hohe Relevanz auf. Zudem stellte Heroin für 86% die erste Präferenzdroge dar, wobei Männer die Substanz signifikant häufiger präferierten als Frauen (vgl. Schu/Tossmann 2005: 42f). In unserer Befragung weist Heroin einen niedrigeren Wert auf: Hier geben 61% der Nutzer und Nutzerinnen die Substanz als Hauptdroge an, gefolgt vom Cocktail aus Heroin und Kokain (vgl. Kapitel III). 2015 entfallen höhere Prozentzahlen auf den Cocktail, Kokain und Cannabis als noch im Jahr 2004.

Die überwiegende Applikationsform im DKR stellte bei den Nutzer und Nutzerinnen im Jahr 2004 der intravenöse Konsum dar (78%). 15,5% gaben das Rauchen an, 6,8% konsumierten ihre Präferenzdroge nasal. Dabei ließ sich ein höherer Anteil von Rauchpräferenzen in der Birkenstube verzeichnen (33%). Dort konsumierte nur jede(r) Zweite (58,7%) intravenös. Zu diesem Zeitpunkt war das Rauchen auch nur in der Birkenstube möglich. Im Gegensatz dazu hatten die SKA und das Drogenkonsummobil

höhere Prozentwerte des intravenösen Konsums zu verzeichnen: 93,5% konsumierten in der SKA und 95,2% im Drogenkonsummobil intravenös. Dort standen allerdings auch keine Rauchmöglichkeiten zur Verfügung (vgl. Schu/Tossmann 2005: 52). Das bedeutet also, wenn die Möglichkeit des Rauchens gegeben ist, wird diese durchaus auch genutzt. Werden die Auswertungen der Berliner Konsumraumdokumentation von 2015 betrachtet, fällt auf, dass der Anteil der Konsumenten und Konsumentinnen, die ihre Hauptdroge rauchen, in der Birkenstube zugenommen hat. 2014 erfolgten hier mehr als die Hälfte (53%) aller Konsumvorgänge inhalativ und nur noch 45% intravenös (vgl. Kapitel II).

5.4 Gesundheitsstatus/Inanspruchnahme von Hilfen

Die Befragung der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen ergab, dass 2004 noch knapp jede(r) Zweite von Infektionskrankheiten betroffen war. Mit HCV waren 40,2% der in der Dokumentation erfassten Klienten und Klientinnen und 46,8% der Befragten infiziert (vgl. Schu/Tossmann 2005: 45).

Unsere Nutzer und Nutzerinnenbefragung von 2015 zeigt diesbezüglich eine positive Entwicklung: Es verfügen weit über die Hälfte (74%) der Nutzer und Nutzerinnen über ein negatives Testergebnis bezüglich HCV. Folglich gibt es 2015 weniger HCV-Infizierte unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen als noch vor 10 Jahren.

Die DRUCK-Studie²³ ermittelt folgende Vergleichswerte für die die Berliner Studienpopulation: Demnach sind 54% anti-HCV-positiv getestet, hatten also bereits Kontakt mit dem Virus und haben daher Antikörper gebildet. 37% der Berliner Studienpopulation weisen eine virämische HCV-Infektion auf.

Weiter war 2004 davon auszugehen, dass mindestens 20-25% der Klientel gegen HAV und HBV geimpft wurden (vgl. Schu/Tossmann 2005: 46). Werden die Ergebnisse beider Befragungen verglichen, ist die Impfquote von 2004 bis 2015 stark angestiegen: 2015 gaben von den Nutzer und Nutzerinnen 61% an, gegen HAV geimpft und 62% gegen HBV geimpft zu sein (vgl. Kapitel III).

Die DRUCK-Studie hat für die Berliner Population eine HBV-Prävalenz von 16% ermittelt; weitere 15% sind gegen HBV geimpft, 69% sind weder geimpft noch infiziert (vgl. RKI 2015, online im Internet).

²³ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/22_15.pdf?__blob=publicationFile

5.5 Nutzung der sonstigen Angebote des DKR und Verhaltensänderung

Schon 2004 war festzustellen, dass die Mehrheit der Nutzer und Nutzerinnen den DKR nicht ausschließlich zum Konsumieren mitgebrachter Substanzen nutzt. Besonders häufig wurden "lebenspraktische Aspekte" wie Getränke mit 92,3% sowie Mahlzeiten mit 79,5% genannt. Auch die bloße Aufenthaltsmöglichkeit wurde von 80,8% angegeben (vgl. Schu/Tossmann 2005: 55). Auch in unserer Befragung kommen 93% für Getränke, 80% zum Essen sowie 84% für die Konsumutensilienvergabe und 76% für die Möglichkeit persönlicher Gespräche in die Einrichtungen. Dies zeigt, dass die DKRs neben der Konsummöglichkeit gleichzeitig für den überwiegenden Teil der Nutzer und Nutzerinnen sowohl Kontakt- als auch Schutzräume darstellen.

Die Nutzer und Nutzerinnen sind zudem größtenteils mit den Angeboten zufrieden und bewerteten viele Aspekte durchaus positiv. Auffallend hierbei ist jedoch, dass schon 2004 die größte Unzufriedenheit hinsichtlich der Öffnungszeiten bestand. Damals wurden diese durchschnittlich mit der Note 4,3 bewertet, alle anderen Angebote befanden sich zwischen einer 1,4 und 2,4 (vgl. Schu/Tossmann 2005: 59). In der quantitativen Befragung von 2015 bewerteten über die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen (65%) die Öffnungszeiten negativ. Außerdem würden 81% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen die DKRs häufiger nutzen, wenn diese länger geöffnet hätten (vgl. Kapitel III).

Bezüglich der Auswirkungen der DKR-Nutzung auf das persönliche Verhalten, gab 2004 jeder/jede fünfte Nutzer/Nutzerin (19,2%) an, neue Erkenntnisse sowie wichtige Informationen zu Hygienefragen als auch zu Infektionsrisiken erhalten zu haben. Außerdem gaben 36% an, zur Aufnahme weiterer Hilfsangebote motiviert worden zu sein (vgl. Schu/Tossmann 2005: 59). In unserer Befragung wurde zunächst als häufigste Verhaltensänderung von 56% der Nutzer und Nutzerinnen genannt, weniger in der Öffentlichkeit zu konsumieren. Jeweils 38% gaben an, seit der Nutzung mehr auf ihre persönliche Hygiene zu achten, sowie mehr Zeit zum Ausruhen zu haben (vgl. Kapitel III).

5.6 Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen-Befragung

Werden die beiden Gruppen der Nicht-Nutzer und Nutzerinnen von 2004 und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von 2015 betrachtet, lassen sich auch hier sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten feststellen. 2004 wurden 57 NichtNutzer und Nutzerinnen befragt, in unserer Befragung 100 Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen. Unter den 57 NichtNutzer und Nutzerinnen befand sich ebenfalls wie auch bei den Nutzer und Nutzerinnen ein hoher Männeranteil (84%) und ein dementsprechend geringer Frauenanteil (16%) (vgl. Schu/Tossmann 2005: 60). Eine ähnliche Verteilung findet sich

ebenso bei den 100 Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von 2015: Es wurden 81% Männer und 19% Frauen befragt. Das Durchschnittsalter 2004 lag bei 32,6 Jahren, also um ein halbes Jahr höher als bei den Nutzer und Nutzerinnen. Im Jahr 2015 sind die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen im Durchschnitt zwei Jahre älter als die Nutzer und Nutzerinnen. Das Durchschnittsalter betrug in unserer Befragung 40 Jahre. Auffallend ist nun aber, dass sich 2004 die Wohnsituation der Nutzer und Nutzerinnen und NichtNutzer und Nutzerinnen nur wenig unterschied und es keine signifikanten Unterschiede gab (vgl. ebd.: 60).

2015 waren allerdings deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wohnsituation von Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zu erkennen. 29% der Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen leben ohne festen Wohnsitz, in Übergangsverhältnissen oder nutzen Notschlafstellen. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist dieser Anteil geringer und beträgt 20% (vgl. Kapitel III). Demzufolge leben die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen 2015 seltener als die Nutzer und Nutzerinnen in prekären Wohnverhältnissen und haben häufiger die Möglichkeit, zu Hause in gesicherten Verhältnissen und somit risikoärmer zu konsumieren, als noch vor 10 Jahren.

Außerdem waren 2004 im Vergleich zu den Nutzer und Nutzerinnen etwa doppelt so viele NichtNutzer und Nutzerinnen mit Hepatitis A oder B infiziert. Die Raten bezüglich HCV und HIV fielen dagegen relativ gleich aus (vgl. Schu/Tossmann 2005: 60). Zehn Jahre später lassen sich hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes beider Gruppen interessante Entwicklungen erkennen: In unserer Befragung ergibt sich, dass von HBV beide Vergleichsgruppen in etwa gleichermaßen betroffen sind. Hier ähneln sich also beide Gruppen bezüglich einem Aspekt, in dem sie sich 2004 noch stark voneinander unterschieden haben. Bei HIV und HCV ist es genau umgekehrt. 2004 fielen die Infektionsraten von HCV und HIV fast gleich aus, wohingegen 2015 ein signifikanter Unterschied beider Gruppen besteht: Die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sind dementsprechend signifikant häufiger von HIV und signifikant häufiger von HCV betroffen als die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen.

Die höhere Rate an HIV-Infektionen könnte damit zusammenhängen, dass die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen älter sind und längere Konsumbiographien
aufweisen. Denn bekanntlich fanden HIV-Infektionen durch Drogengebrauch in
Deutschland vor allen Dingen zu der Zeit statt, als safer use und Harm-Reduction noch
wirkliche Fremdworte waren. Bezüglich HCV lässt sich festhalten, dass die Drogenhilfe
zwar erst spät, aber dennoch darauf reagierte, dass HCV-Prävention nochmals

zusätzliche Maßnahmen erfordert. Somit besteht hier die Hoffnung, dass die HCV-Neuinfektionsrate zukünftig ebenfalls rückläufig sein wird.

In der DRUCK-Studie des Robert-Koch-Instituts (2011 bis 2014) ist dokumentiert, dass unter den 337 Berliner StudienteilnehmerInnen (intravenös Drogen gebrauchende Menschen) 4% HIV-positiv sind. Insgesamt wurden in dieser Studie 2.077 Personen mit Bluttests in acht deutschen Städten untersucht. Die HIV-Prävalenz, die in der DRUCK-Studie ermittelt wurde, schwankt je nach Stadt zwischen 0% in Leipzig und 9% in Hannover und Frankfurt. Demnach bewegt sich der Wert von rund 4% in Berlin im mittleren Bereich, wenn die acht Städte miteinander verglichen werden (vgl. RKI 2015, online im Internet). Während also in der DRUCK-Studie 4% der Berliner StudienteilnehmerInnen HIV-positiv sind, finden sich in der vorliegenden quantitativen Befragung 5% HIV-Positive, also ein vergleichbarer Wert.

Hinsichtlich der angegebenen Hauptdroge lässt sich im Vergleich der NichtNutzer und Nutzerinnen von damals zu den heutigen Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen auch eine Veränderung feststellen. 2004 war für 54,4% Heroin die bevorzugte Hauptdroge und für 15,8% das Substitutionsmedikament Methadon (vgl. Schu/Tossmann 2005: 61). In unserer Befragung von 2015 hat sich dieses Verhältnis ausgeglichen. Hier gaben sowohl 37% der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen Heroin als auch 37% Substitute als sogenannte Hauptdroge an. Daraus lässt sich schließen, dass die Anzahl der Substituierten innerhalb der Gruppe der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen bis 2015 gestiegen ist.

Die PREMOS-Studie hat ergeben, dass ein erheblicher Teil der Personen in Substitutionsbehandlungen unterdosiert ist, also eine zu geringe Menge an Substitutionsmitteln erhält. (vgl. PREMOS-Schlussbericht 2011, S. 90). Dies könnte eine Ursache dafür sein, dass Personen in Substitutionsbehandlung häufig einen zusätzlichen Beigebrauch von Heroin haben.

Aber auch die Nutzer und Nutzerinnen geben 2015 neben dem Heroin vermehrt Substitutionsmedikamente als Hauptdroge an. 2004 nannte keiner der Nutzer und Nutzerinnen Methadon als Hauptdroge, 87,3% nannten Heroin, die übrigen Angaben verteilten sich mit niedrigen Werten auf Cocktail, Kokain und Cannabis auf (vgl. Schu/Tossmann 2005: 61). 2015 dagegen gaben 7% der Nutzer und Nutzerinnen Substitute als Hauptdroge an. Heroin wurde mit 61% seltener genannt, wohingegen höhere Prozentzahlen auf Cocktail, Kokain und Cannabis entfallen als noch im Jahr 2004.

Die Ergebnisse, bezogen auf die Konsumfrequenz des Heroins der Nutzer und Nutzerinnen sowie Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ähneln sich wiederum mit den Ergebnissen der vorliegenden Befragung. Die Nutzer und Nutzerinnen konsumierten

2004 an 24,9 Tagen im Monat Heroin, die NichtNutzer und Nutzerinnen an 18,6 Tagen und damit seltener (vgl. Schu/Tossmann 2005: 61). Auch in unserer Befragung von 2015 weisen die Nutzer und Nutzerinnen eine relativ hohe Konsumfrequenz auf. Es konsumieren 60% ihre Hauptdroge täglich. Von den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumieren 34% ihre Hauptdroge mehrmals täglich.

Daraus könnte geschlossen werden, dass schon 2004 die Konsumraumnutzer und - nutzerinnen die Gruppe der intensiveren DrogengebraucherInnen repräsentierte, wie auch aus der Befragung von 2015 hervorgeht und die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen dagegen die Gruppe der weniger intensiven DrogengebraucherInnen darstellt, die generell seltener konsumieren.

Bei der Befragung hinsichtlich der Gründe der Nichtnutzung der DKRs wurde 2004 von 64,8% der NichtNutzer und Nutzerinnen "konsumiere lieber zu Hause" als häufigsten Grund angegeben. 44,4% gaben an, dass ihnen die Öffnungszeiten nicht passen. An dritter Stelle befanden sich "sonstige Gründe" (vgl. Schu/Tossmann 2005: 62). Diese Reihenfolge änderte sich in unserer Untersuchung in 2015. Und zwar wurde unter den befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung von 40% als vorrangigster Grund angegeben. 37% nannten den Grund "konsumiere lieber zu Hause" und 34% gefallen die Öffnungszeiten nicht (vgl. Kapitel III). Die Clusteranalyse von 2004 ergab, dass zu diesem Zeitpunkt eben nicht die Substitution vorrangig für die Nichtnutzung der DKRs war, sondern vielmehr die mangelnde Nutzer und Nutzerinnenfreundlichkeit und die knapp bemessenen Öffnungszeiten (vgl. Schu/Tossmann 2005: 63). 2015 hingegen spielt der Substitutionsstatus unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen eine große Rolle für die Nichtnutzung und des Weiteren nach wie vor die ungenügend ausgeweiteten Öffnungszeiten.

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus dem Vergleich der Ergebnisse der Evaluation der Drogenkonsumräume in Berlin von 2005, den Konsumraumdokumentationen der Jahre 2012 bis 2014 sowie den quantitativen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen-Befragungen von 2015 und anderen Studien, lassen sich schließlich folgende Ergebnisse zusammenfassen:

Die Birkenstube stellt nach zehn Jahren immer noch den am häufigsten genutzten Drogenkonsumraum in Berlin dar. Ein deutlich positiv zu verzeichnendes Ergebnis, das zudem mit diesem DKR in Verbindung steht, ist der deutlich gestiegene Anteil von Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, die ihre Hauptdroge rauchen. Im Jahr 2014

erfolgten in der Birkenstube mehr als die Hälfte aller Konsumvorgänge inhalativ. Aus dem Vergleich ergibt sich, dass jede Einrichtung ihre eigene Stammklientel hat, die immer wieder dieselbe Einrichtung im jeweiligen Stadtteil nutzt. Bemängelt wurden sowohl damals als auch heute die knapp bemessenen Öffnungszeiten. Ein wichtiges Ergebnis diesbezüglich ist die Aussage von 81% der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen, das Angebot der DKRs häufiger zu nutzen, wenn diese länger geöffnet hätten.

Die Nutzer und Nutzerinnen sowie auch Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen unterschieden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten nicht wesentlich bis auf folgende Aspekte: Der Anteil von DKR-Nutzer und Nutzerinnen nicht-deutscher Herkunft stieg in den letzten zehn Jahren. Die Nutzer und Nutzerinnen als auch die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sind älter geworden. Das war zu erwarten. Außerdem stieg der Anteil der Nutzer und Nutzerinnen, die sich in prekären Wohnverhältnissen befinden, wobei Frauen sich häufiger in gesicherten Wohnverhältnissen befinden als Männer. Hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes ließen sich positive Entwicklungen beobachten. Folglich gibt es 2015 weniger HCV-Infizierte unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen als noch vor 10 Jahren und ein deutlich größerer Teil ist zudem gegen HAV und HBV geimpft.

Unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen sind den Ergebnissen beider Jahre zufolge eher die Kurzzeit- sowie jüngeren Konsumenten und Konsumentinnen wiederzufinden, die häufig erst seit sieben Jahren oder kürzer konsumieren. Gleichzeitig stellen die Nutzer und Nutzerinnen aber auch die Gruppe der intensiveren Konsumenten und Konsumentinnen dar, deren Konsumfrequenz höher ausfällt als bei den Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen. Unter dieser Gruppe fanden sich eher die Langzeit- und damit auch die älteren Konsumenten und Konsumentinnen wieder, die generell weniger häufig konsumieren als die Nutzer und Nutzerinnen. Aus den Angaben der präferierten Hauptdroge lässt sich zudem schlussfolgern, dass der Anteil der Substituierten unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zugenommen hat. Gleichzeitig ist der Substitutionsstatus der am häufigsten genannte Grund dieser Gruppe für die Nichtnutzung der DKR-Angebote.

6 Nutzer und Nutzerinnen-Profile und Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen-Profile

6.1 Soziodemographische Angaben

Die Nutzer und Nutzerinnen sind genauso wie die Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen größtenteils männlichen Geschlechts mit einem Durchschnittsalter von 37

Jahren. Die Gruppe der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren etwas älter als die Konsumraumnutzer und - nutzerinnen. Die große Mehrheit der Befragten lebt alleinstehend. Unter den Nutzer und Nutzerinnen ist ein höherer Anteil nicht-deutscher Konsumenten und Konsumentinnen. 31% der Nutzer und Nutzerinnen sind nicht-deutscher Herkunft. Zum einen könnte das damit zusammenhängen, dass AusländerInnen eventuell auf das Angebot der DKRs angewiesen sind, da sie häufig (noch) keinen eigenen Wohnsitz haben, wenn sie AsylbewerberInnen/Flüchtlinge sind. Zum anderen zeigt dies aber auch den guten Bekanntheitsgrad der DKRs und deren Akzeptanz unter den nicht-deutschen Konsumenten und Konsumentinnen.

Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen stammt im Vergleich dazu nur ein sehr geringer Teil aus einem nicht-deutschen Herkunftsland (14%) und nur 9% besitzen keine deutsche Staatsangehörigkeit. Die große Mehrheit kommt ursprünglich aus Deutschland und hat möglicherweise aufgrund dessen einen besseren Zugang zu gesicherten Wohnverhältnissen.

Die Nutzer und Nutzerinnen leben generell häufiger in prekären Wohnverhältnissen und sind mitunter deshalb auch auf die DKRs angewiesen, da für sie nicht die Möglichkeit besteht, zu Hause in einem geschützten Rahmen zu konsumieren. 32% geben an, derzeit obdachlos zu sein. Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen dagegen leben viel seltener in prekären Wohnverhältnissen und können somit viel häufiger in einem sicheren Umfeld wie zu Hause oder bei Freunden konsumieren, anstatt den DKR aufzusuchen. Hier sind nur 21% von Obdachlosigkeit betroffen.

6.2 Gesundheitsverhalten

Im Hinblick auf den gesundheitlichen Zustand lässt sich festhalten, dass kein/keine Nutzer/Nutzerin seinen Angaben zufolge mit HIV infiziert ist und die Nutzer und Nutzerinnen signifikant seltener von HCV betroffen sind als die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen. Dies könnte den Rückschluss zulassen, dass die DKRs den Zweck der Schadensminimierung erfüllen und es dementsprechend weniger Infektionen mit HIV und HCV unter Konsumraumnutzer und -nutzerinnen gibt. Möglicherweise sind die Nutzer und Nutzerinnen evtl. vorsichtiger beim intravenösen Konsum bzw. achten vermehrt und bewusster auf saubere Konsumutensilien. Diesbezüglich gaben 38% der Nutzer und Nutzerinnen an, mehr auf ihre persönliche Hygiene und ihren Körper zu achten, seit sie den DKR besuchen. Evtl. hängt dieses Ergebnis mit der geringeren Testfrequenz der Nutzer und Nutzerinnen im Vergleich zu den Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zusammen.

Wenn das Gesundheitsverhalten der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen betrachtet wird, fällt auf, dass diese sich so gut wie alle schon einmal auf die drei Virusinfektionen HIV, HBV und HCV testen ließen und zwar häufiger als die Nutzer und Nutzerinnen. Der Signifikanztest bestätigt diesen Zusammenhang bezüglich HCV (p < 0.05) und bezüglich HBV (p < 0.001), jedoch nicht bezüglich HIV (p > 0.05).

Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ließen sich darüber hinaus in etwa genauso häufig wie die Nutzer und Nutzerinnen gegen HBV und HAV impfen und sind gleichermaßen mit HBV chronisch infiziert. Nur bei HIV und HCV lassen sich Unterschiede erkennen: Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sind häufiger chronisch von HCV betroffen und laut ihren Angaben nach sind 10% mit HIV infiziert.

6.3 Konsummuster, Konsumfrequenz und Applikationsform

Hinsichtlich des Konsummusters lässt sich feststellen, dass Nutzer und Nutzerinnen deutlich häufiger Heroin konsumieren im Vergleich zu den Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen. Über die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen geben Heroin als ihre Hauptdroge an. Weitere 14% konsumieren hauptsächlich Cocktails und nur 7% Substitutionsmedikamente. Dies spiegelt auch die Zulassungsbeschränkungen der DKRs für Menschen in Substitutionsbehandlung wider. Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen geben genauso häufig Heroin wie Substitutionsmedikamente als Hauptdroge an (jeweils zu 37%). Das Konsummuster lässt sich damit erklären, dass sich über die Hälfte von ihnen in einer Substitutionsbehandlung befindet (64%). Bei den Nutzer und Nutzerinnen dagegen sind lediglich 24% substituiert.

Zudem lassen sich unterschiedliche Beigebrauchsmuster erkennen: Die Nutzer und Nutzerinnen konsumieren überwiegend Amphetamine neben ihrer bevorzugten Hauptdroge. Zudem konsumieren sie häufiger intravenös (mehr als die Hälfte: 58%) und rauchen häufiger Folie (27%). Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hingegen haben einen häufigeren Beigebrauch von Cannabis und Alkohol.

Zum Thema Alkoholkonsum als Beigebrauchsphänomen unter Personen in Substitutionsbehandlung lässt sich feststellen, dass mindestens 34 Personen (39%) aller 87 substituierten Personen in der Befragung nebenbei Alkohol konsumieren. Außerdem konsumieren die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen im Vergleich zu den Nutzer und Nutzerinnen häufiger nasal. Folglich ist diese Applikationsform auch eine Erklärung dafür, weshalb der Drogenkonsumraum in dieser Gruppe nicht so häufig aufgesucht wird wie von den Nutzer und Nutzerinnen, die vermehrt intravenös konsumieren oder Folie rauchen. Eine häufige Aussage der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen diesbezüglich war, dass sie den DKR für den nasalen Konsum nicht bräuchten.

Allgemein lässt sich aus dem Beigebrauch sowohl der Nutzer und Nutzerinnen als auch der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen schließen, dass die Mehrheit aller Konsumenten und Konsumentinnen ein polyvalentes Konsummuster aufweist. Beide Gruppen haben einen Mischkonsum und sind folglich von mehreren Substanzen abhängig.

Auch die Konsumfrequenz ist bei den Nutzer und Nutzerinnen höher als bei den Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Es konsumieren 60% der Nutzer und Nutzerinnen mehrmals täglich. Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen gleichzeitig die Gruppe der intensiven DrogengebraucherInnen (Schwerstabhängiger) repräsentiert. Vergleichsweise wenig Konsumenten und Konsumentinnen befinden sich unter den Nutzer und Nutzerinnen in Substitutionsbehandlung (24%), was im Übrigen deren Akzeptanz gegenüber den Hausregeln widerspiegelt. Dies stimmt auch mit dem Ergebnis überein, dass unter Konsumraumnutzer und -nutzerinnen eher die KurzzeitkonsumentInnen wiederzufinden sind, die häufig erst seit sieben Jahren oder kürzer konsumieren und daher (noch) nicht substituiert sind und dementsprechend die DKRs häufig nutzen. Neben den sehr intensiven Konsumierenden finden sich auch die sehr regelmäßig Konsumierenden unter den Konsumraumnutzer und -nutzerinnen wieder. Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen weisen eine niedrigere Konsumfrequenz auf. Hier konsumieren 34% mehrmals täglich. Es entsteht der Eindruck, dass die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen generell einen risikoärmeren Konsum haben als die Nutzer und Nutzerinnen: Sie konsumieren häufiger nasal, weisen keine so hohe Konsumfrequenz auf und

konsumieren häufiger in einem geschütztem Rahmen. Bei den Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen handelt es sich zudem überwiegend um LangzeitkonsumentInnen, die eine längere Konsumkarriere aufweisen. Gut die Hälfte konsumiert ihre Hauptdroge schon länger als 15 Jahre. Dieses Ergebnis stimmt auch wiederum damit überein, dass sich unter den Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen vermehrt Substituierte (64%) befinden.

6.4 Inanspruchnahme/Bekanntheit des DKR-Angebots

Der Drogenkonsumraum stellt für die meisten Nutzer und Nutzerinnen nicht nur die bloße Gelegenheit zum Konsumieren dar, sondern ist vielmehr auch eine Art Schutz- und Kontaktraum. Die große Mehrheit kommt neben dem Drogengebrauch auch zum Essen und Trinken sowie zu persönlichen Gesprächen in die Einrichtungen.

Die Gruppe der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist hinsichtlich der Existenz der Drogenkonsumräume definitiv informiert, da 91% das Angebot kennen. Der am häufigsten genannte Grund für die Nichtnutzung der Konsumenten und Konsumentinnen war ihr Substitutionsstatus.

Sie nannten ihren Beigebrauch sowohl von Heroin als auch von Kokain und würden den Raum durchaus in Anspruch nehmen. Am zweit- und dritthäufigsten wurde geäußert, lieber zu Hause zu konsumieren sowie die Öffnungszeiten, die ihnen nicht gefallen. Dass die Gruppe der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen häufig angibt, lieber zu Hause zu konsumieren, deutet erneut darauf hin, dass diese Gruppe durchweg häufiger die Möglichkeit besitzt, in einem geschützten Rahmen zu konsumieren (72%).

6.5 Behandlungswünsche

Auch bei den geäußerten Behandlungswünschen ließen sich Unterschiede erkennen. Die Konsumraumnutzer und -nutzerinnen äußerten vermehrt ausstiegs- oder abstinenzorientierte Wünsche wie beispielsweise eine Entgiftung, med. Reha, Substitution oder Psychotherapie. Dies zeigt, dass viele der Nutzer und Nutzerinnen durchaus den Wunsch verspüren, an ihrer derzeitigen Lebenssituation bzw. ihrem Konsumverhalten etwas zu verändern und die Unterstützung hinsichtlich der Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote gerne annehmen würden, wenn sich ihnen die Möglichkeit bietet. Die Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen dagegen äußerten häufiger den Wunsch nach einer Zahnsanierung (58%), am zweithäufigsten nannten sie die Entgiftung (33%). Insgesamt äußerten die Nutzer und Nutzerinnen mehr Wünsche als die Gruppe der Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen.

IV. Qualitative Analyse: Gruppendiskussionen und Experten- Expertinnengespräche mit Schlüsselakteuren und -akteurinnen im Zusammenhang mit Drogenkonsumräumen in Berlin

1 Arbeitsansatz

Unter der Kategorie "Arbeitsansatz" werden sowohl die "Indikatoren einer erfolgreichen Arbeit" als auch die "Herausforderungen und Schwierigkeiten", die die Arbeit in der Suchthilfe mit sich bringt, diskutiert.

Zum Arbeitsansatz zählt auch, die Szene und die Veränderungen in dieser wahrzunehmen und entsprechend reagieren zu können.

"Also für uns ganz wichtig, einfach nur um zu sehen, was passiert im Bezirk und in welchen Ecken brennt es einfach. Wo sind die Brennpunkte, wo sind die Schwerpunkte? Wo wird konsumiert? Wo ist für uns einfach nochmal ein Schwerpunkt, wo wir verstärkt hingucken müssen. Wir haben einfach bestimmte Ecken, die wir kennen und die wir auch regelmäßig aufsuchen. Darüber hinaus gibt es immer wieder mal einfach neue markante Punkte, die an uns herangetragen werden. So verändert sich das über die Jahre. Es gibt dann mal den Park, der mehr Aufmerksamkeit erregt. Weil dort an dem angrenzenden U-Bahnhof mehr verkauft wird und dann ist im nächsten Jahr dort gar nichts und es ist an einer ganz anderen Ecke. Und für uns einfach wichtig, dort diese Orte aufzusuchen. Möglicherweise mit Drogengebrauchern ins Gespräch zu kommen und denen möglicherweise unsere Angebote auch nahe zu bringen, wenn das noch nicht bekannt ist. Oder einfach mit ihnen in Kontakt zu kommen. Also für uns ist es ganz wichtig, um zu sehen, wie ist da die Bewegung im Bezirk. Und wie sind die Veränderungen. Weil wir auch sehen müssen, ob wir da noch richtig vor Ort sind. An dem Ort mit unseren Drogenkonsummobilen, wo wir stehen. So hat sich das ja dann auch entwickelt, dass wir den Standort am Zoo verlassen haben. Das ist ja ganz viel über die Streetwork eben passiert. Weil wir da ganz viel Informationen darüber bekommen." (G 34)

Ein weiterer wichtiger Ansatz, der sich auch in den Empfehlungen wiederspiegelt, ist die Anwesenheit der MitarbeiterInnen im Drogenkonsumraum.

"In Berlin ist es so, dass immer ein Mitarbeiter mit im Drogenkonsumraum sitzt, in manchen Drogenkonsumräumen ist es ja so, dass man nicht mit drin sitzt, sondern durch eine Glasscheibe guckt und damit vergibt man sich wirklich Chancen. Also dieses Setting Drogenkonsumräume ist natürlich auch etwas ziemlich intimes und da kommen einfach super Gespräche zustande." (G 2)

In den Interviews wird stets der besondere Zugang erwähnt, den die MitarbeiterInnen während des Konsumvorgangs zu den Klienten und Klientinnen erhalten.

"Ich habe es auch anders herum erlebt. Dass die Leute sich drinnen ganz aufmachen, ganz weich sind. Sie haben dich manchmal auch ganz alleine, so als den Mitarbeiter von der SKA und dann kommen sie raus und dann haben sie eine Beziehung zu dir und trauen sich und fragen: "Sag mal, kann man hier auch duschen?" "Ja, komm zeige ich dir." Dass sie Fremde so schwer ansprechen können und diese Geschichten." (G 23)

Es folgt eine sehr klare Positionierung zum Drogenkonsumraum als Beratungsraum.

"Ein Plädoyer für Drogenkonsumräume, was ich auch gerne immer wieder betone, was Teil unserer Arbeit ist und was noch gar nicht zur Sprache kam. Was ich immer gut finde ist, dass wir als Sozialarbeiter auch häufig in diesen Konsumraum gehen und diesen Raum auch als Medium für Beratung nutzen. Wo wir nämlich sozusagen die einmalige Gelegenheit haben einen bestimmten Teil der Zielgruppe zu erreichen. In einem Zeitraum, wo sie erreichbar sind, nämlich dann wenn sie ihre Drogen auf Tasche haben. Wenn sie wissen, gleich geht der Entzug weg, gleich kann ich entspannen. Hier kommt keiner und überrascht mich und schickt mich weg. Und hat dadurch einen unheimlich guten Zugang dieses Zeitfenster zu nutzen. Gerade auch um Beziehungen aufzubauen und auch gerade um mal zu fragen: Wie geht es dir eigentlich? Das geht auch rein über die medizinische Dienstleistung raus, sondern wirklich dies als Beratungssetting zu nutzen." (G 50)

Trotz des rotierenden Systems macht ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin deutlich, dass die Verträge weiterhin über die SozialarbeiterInnen abgeschlossen werden sollten, damit diese einen ersten Kontakt zu den Konsumenten und Konsumentinnen haben.

"Also ich persönlich finde es immer gut, wenn der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin die Verträge macht, weil an den Pflegekräften kommen sie nicht dran vorbei. Die sitzen da im Konsumraum. Während sie an uns noch elegant vorbeilaufen können. Dann heißt es zwar, da draußen sitzt ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin, falls mal irgendwas ist. Wer will das schon am ersten Tag, oder am zweiten oder dritten. Deswegen finde ich es ganz angenehm, dass die Verträge durch uns gemacht werden. Da gibt es schon einmal ein Gesicht, da hat man schon mal miteinander geredet und die Pflegekräfte lernen sie ja sowieso kennen." (G 36)

Eine akzeptanzorientierte Haltung, die keinen defizitären bzw. wertenden Arbeitsansatz zulässt, eint alle Befragten.

"Was mir Spaß macht, hier an der Arbeit, dass ich assistieren kann, ohne gleichzeitig immer mit gerunzelter Stirn dazustehen und zu sagen: Naja, du bist ja selber schuld. Das bringt doch nichts. Wenn man die ganzen hilflos moralistischen Mach-dochwas-Nummern sein lassen kann, sondern gucken kann: Was sind seine Bedürfnisse? Zu sagen jetzt: Ok, dann helfe ich dir. Und dass sich diese ganze: Naja, jetzt muss ich therapeutisch ran. Der muss das jetzt auch mal selber lernen. Und diese ganze Kindergarten-Nummer, wenn man das komplett weglassen kann. Und einfach nur sozialarbeiterisch arbeiten kann. In dem Bewusstsein, da ist jemand der aus Gründen, die nicht wichtig sind, in fast keinen Gesellschaften weltweit, die Arschkarte gezogen hat. Das wir den hier mit ganz wenigen Bedingungen unterstützen können." (G 14)

Es wird darauf hingewiesen, eine bestimmte Haltung für die Arbeit in der Drogenhilfe mitbringen bzw. entwickeln zu müssen. Hierbei wird deutlich gemacht, dass das Einhalten des Nähe-Distanz-Verhältnisses ein ganz wichtiger Aspekt der Arbeit ist.

"Also ich sag das mal jetzt nach 30 Jahren Sozialarbeit. Ich bin immer wieder gerührt und ich bin immer wieder zu Tränen gerührt, aufgrund der Schicksale unserer Kundschaft. Aber (...) das heißt nicht, dass es mich runterzieht. Das sind zwei verschiedene Dinge. Also ich denke die Ungerührtheit ist ein Zeichen von: Da stimmt was nicht. Also wenn man hier ungerührt rausgeht, da stimmt was nicht. Wenn man hier ganz schnell verzweifelt an der bösen Gesellschaft oder an uneinsichtigen Individuen oder an wem auch immer. Dann stimmt auch was nicht. Dann hat man irgendwie den Gong nicht gehört. Wie die Welt halt so tickt. Ich denke, ich gehe zufrieden raus, wenn ich den Eindruck habe, ich konnte ein Angebot machen, was angenommen wurde. Manchmal gehe ich auch zufrieden raus, wenn ich sage, ich konnte das beste Angebot machen, auch wenn es nicht angenommen wurde. Ich gehe zufrieden raus, wenn ich den Eindruck habe, ich habe heute wieder dazu beigetragen, dass ein paar dutzend Leute, ein paar leichtere Stunden hatten." (G 15)

Nicht zu werten und dem/der Klienten/Klientin offen und engagiert zu begegnen, wird von anderen MitarbeiterInnen als relevant erachtet.

"Ich denke, dass man auch gerade in der Pflege lernt nicht zu definieren. Also was ist jetzt schlimmer? Ist eine Krebserkrankung schlimmer als jemand, der Parkinson hat? Oder ist eine Depression schlimmer als eben eine Suchterkrankung? Das machen wir nicht. Wir definieren nicht. Das ist jetzt das Hier und Jetzt und das ist sein Problem, seine Erkrankung und wir helfen im Prinzip, ihn so gesund wie möglich zu halten. Aufzuklären und mit ihm zu arbeiten. Viele Sachen zu zeigen. Und einfach offen zu sein. Derjenige der einen Schritt auf uns zu macht, oder wir auf ihn, das sei dahingestellt, aber die haben die Möglichkeit. Und sie wissen das. Und das finde ich, ist das Schöne." (G 28)

Positiv hervorgehoben wird die Zeit, die die MitarbeiterInnen haben, um sich um die Klientel zu kümmern. Vor allem das Pflegeteam kennt es aus der Arbeit in Krankenhäusern ganz anders.

"Sich Zeit zu nehmen. In vielerlei Hinsicht. Und das kann man hier eben auch, in dem Beruf. Wir haben ja nicht nur den Abszess oder die Leisteninjektion, sondern da ist eben die ganze Geschichte dahinter." (G 30) Nicht nach dem Warum des Drogenkonsums zu fragen, sondern Unterstützung anzubieten, steht für die Fachkräfte im Vordergrund ihrer Arbeit.

"Der Zustand ist ja schon da. Das ist ja nichts, was man noch vermeiden kann. Und jeder Mensch hat seine Probleme. Und jeder Mensch hat seine Sachen, warum er Dinge einfach tut. Wir fragen, wir hinterfragen das gar nicht. Sondern: Er ist mit dem und dem Problem da, mit der und der Sorge und versuchen ihm dabei zu helfen." (G 32)

Hervorgehoben wird der Aspekt, dass die Arbeit im Drogenkonsumraum ehrlich ist.

"Wenn auch unsere Klienten uns fragen: Warum machst du das hier eigentlich? Warum tust du dir das an? Und ich sage: Weil die Arbeit eben ehrlich ist. Wir verdrehen niemanden. Wenn sie wollen, machen wir und helfen. Wenn nicht dann nicht. Natürlich sprechen wir auch mal an: Wie siehst du denn heute aus? In letzter Zeit beobachten wir halt das und das. Willst du nicht doch mal irgendwie was ändern? Aber ich finde die Ehrlichkeit, das ist für mich sehr, sehr wichtig. Auch weil ich schon andere Erfahrungen in der sozialen Arbeit gemacht habe, wo es pseudoehrlich war. So ungefähr. Und hier ist es eben wirklich ehrlich." (G 40)

Die MitarbeiterInnen sehen das Angebot in seiner Brückenfunktion und als eine Vorstufe zu weitergehenden therapeutischen Maßnahmen.

> "Ein Vorposten der Drogenhilfe. (...) Dass wir dafür sorgen, Schaden von den Leuten abzuwenden nach Möglichkeit, damit ein weiteres Arbeiten, überhaupt an Therapie einmal zu denken, überhaupt möglich ist." (G 42 – G 43)

Als "Anwaltschaft für unsere Klienten und Klientinnen" (G 113) verstehen sich die Interviewten. Sie unterstützen die DrogenkonsumentInnen bei alltäglichen Hürden.

"Und ansonsten, wenn es um so Sachen geht wo Kontakte mit Jobcenter, Weitervermittlung an irgendwelche weiterführende Hilfen, wo die Leute oft nicht von jedem so bedient oder behandelt werden, wie es eigentlich Menschen verdient haben. Nämlich vorbehaltlos als: Du suchst hier Hilfe. Alles klar, du kriegst hier Hilfe. Da wird ganz oft gesagt: Ne, gibt es hier nicht. Weil unsere Zielgruppe sich nicht so wehren kann oder eben nicht so das

Standing hat zu sagen: Hey, das ist aber mein Recht hier irgendwie Leistungen zu bekommen beim Jobcenter. Da ihnen irgendwie zur Seite zu stehen und zu sagen: Ok, dann wollen wir mal kucken, was da noch drin ist und was wir da machen können. Wir sind da an deiner Seite und wir unterstützen dich da. Das ist für mich ein ganz wichtiger Aspekt." (G 46)

Ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin fasst es unter "Menschenrechtsprofession" zusammen.

"(…) und ich glaube ich sehe die Arbeit auch sehr stark ein bisschen als Menschenrechtsprofession." (G 44)

Oftmals kann nach Meinung der Fachkräfte ein ressourcenorientiertes Gespräch den Klienten und Klientinnen helfen, um Aufgaben zu meistern.

"Guck mal, was du alles kannst. Sieh mal da drauf. Es ist oft ein Perspektivwechsel für die Leute auch so zu bewirken. Oder sie darin zu unterstützen. Wo man im Sinne von Krisenarbeit einfach sagen müsste: Die haben sich auf so niedrigem Niveau arrangiert. Mit dem was bei ihnen gerade abgeht, die glauben nicht mehr daran, dass für sie irgendwo nochmal eine andere Perspektive irgendwie machbar wäre." (G 47)

Unter einem niedrigschwelligen Ansatz verstehen die MitarbeiterInnen unter anderem, dass die Klienten und Klientinnen die Möglichkeit haben, ohne Terminabsprache zu kommen.

"Deswegen machen wir auch mit unseren Klienten keine Termine, sondern die kommen, wenn sie wollen. Und spezielle Papiere und so weiter. Die sagen wir nicht wie bei der Beratung: Hier du hast einen Termin um 11 Uhr. Wir wissen, dass sie das vielleicht nicht schaffen. Weil die müssen erst Geld machen. Um dann Stoff zu kaufen. Deswegen ist das eine Sache, wo man wirklich sagt: Auf der anderen Seite spart man es sich, weil sie es wahrscheinlich nicht schaffen, jedes Mal zu kommen. Weil sie gerade unterwegs sind, um Geld zu machen." (G 21)

Das Angebot der Drogenkonsumräume wird als ein integraler Bestandteil der gesamten Suchtkrankenhilfe verstanden.

"Wir sind ein Teil von einem Netzwerk, das gut zusammenarbeiten sollte. Und wir sehen uns nicht als die einzige Lösung. Wir sind

einfach nur in einem gewissen Moment in einem Leben von einem Menschen ist das jetzt gerade das was wichtig ist. Und das wir dann da sind, ich finde vor allem das Vertrauen wichtig." (G 41)

Fachkräfte ziehen vor allem positive Rückschlüsse aus den verschiedenen Handlungsansätzen, die sie für ihre Arbeit zur Verfügung haben.

"Und was ich ganz, ganz toll finde, was in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit nicht so ist, dass man nicht nur ein Mundwerk hat, sondern auch ein Handwerk. Das man wirklich über die Konsumutensilien über Gesundheitsfaktor, das es einfach ein Handwerk ist. Und darüber hinaus passiert manchmal Beziehungsarbeit von ganz alleine. Das finde ich ganz schön." (G 112)

Der Konsens, welches die Indikatoren für eine erfolgreiche Arbeit sind, lautet: Oftmals sind es kleine Veränderungen, die bereits als Erfolg verzeichnet werden.

"Die kleinsten Veränderungen am Verhalten im Prinzip." (G 109)

Detaillierter werden Erfolgserlebnisse geschildert, indem zu bedenken gegeben wird, dass Neuverträge ebenfalls dazu beitragen, da dadurch die Zahl der öffentlichen Konsumvorgänge reduziert wird.

"(…) Wo ich mich freue über jeden Neuvertrag und wo ich mich freue über jeden Konsumvorgang. So komisch es eben auch in den Köppen der anderen klingen mag, aber für mich ist jeder Konsumvorgang hier ein Konsumvorgang weniger in einer riskanten Situation. Und daher, wenn ich sehe, wie wir erneut soundso viel Konsumvorgänge, dann denk ich, super, unser Angebot wird angenommen. Heute wurde wieder das Lebensrisiko für so und so viele Menschen reduziert, heute wurde wieder die Belastung für den öffentlichen Raum soundso viel reduziert und so weiter und so fort." (G 97)

Weiter verweist der/die Mitarbeiter/Mitarbeiterin auf das Willkommen-Sein, welches in den Drogenkonsumräumen herrscht.

"Wenn man den Leuten einen Schlafplatz besorgt, einen Arzt besorgt, den Zugang zu den zustehenden Leistungen verschafft. Wenn es ihnen, nach der Interaktion mit uns, ein Stückchen besser geht. Wenn ich jemandem ein Handtuch geben kann, damit er sich duschen kann. Wenn ich Bedürfnisse erfüllen kann, die die Kundschaft hat und die wo anders nicht erfüllt werden. Wenn ich sehe, dass jemand der sonst immer vertrieben wird, weil er kein Geld hat zu konsumieren und problematisches Äußeres hat. Dass er hier fünf Stunden sitzen kann und sich ausruhen kann. Essen kann, trinken kann. Und dass das hier einer der Orte in der Stadt ist, wo nicht nur geduldet wird, sondern willkommen ist. Wo die Leute sich freuen, wenn er kommt und wir uns freuen, wenn das Angebot angenommen wird. Dann denke ich schon, dass ein Teil meiner sozialpädagogischen Aufgaben erfüllt sind." (G 101)

Immer wieder wird der akzeptanzorientierte Ansatz deutlich, indem deklariert wird, dass Erfolg auch eine Stabilisierung des jetzigen Zustands sein kann.

"Ich denke, Verbesserungen schaffen für die Leute, so langfristig. Aber mindestens so eine Stabilisierung erreichen. Und was für mich persönlich immer schön ist, wenn ich die Leute über einen langen Zeitraum begleite oder kenne. Also es gibt ja selten schnelle Verbesserungen oder Veränderungen. Aber jetzt so über eine Zeitspanne von Jahren, sicher oder letztendlich schon im Rückblick, dass sich bei vielen Leuten auch etwas verändert oder tut. Manchmal ganz erstaunlich. Also nicht innerhalb von einem halben Jahr oder so. Wenn man hier ein paar Jahre ist und die Leute kennt, dann sieht man so langfristige Entwicklungen, die positiv sind. Also nicht jetzt so, ein normales Leben, wie man es sich so vorstellt. Aber für die Verhältnisse aus denen die kommen, da ist es sehr positiv." (G 102)

Selbst kurze Konsumpausen werden wertgeschätzt.

"Für mich beispielsweise ist eine Woche Pause schon ein kleiner Erfolg. Wenn jemand schon eine Woche Pause macht. Oder wenn jemand von der Spritze zum Rauchen geht. Oder Nase zieht. Das ist ein super Erfolg." (G 106)

Als weiterer Indikator wird das Wissen über Harm Reduction, das die Klienten und Klientinnen in die Szene tragen, als Erfolg gewertet.

"Die Leute, die bei uns jetzt was gelernt haben, machen sie ja auch draußen. Nicht die Nadel offen lassen. Alles aufräumen hinter sich. Ich rede viel mit den Leuten und wenn sie es sagen, dann glaube ich es ihnen auch, dass sie es draußen auch so machen. Ein Automatismus ist es schon geworden. Das finde ich positiv." (G 104)

Auch das langsame Herantasten an die Einrichtungen wird positiv wahrgenommen. Solch ein Herantasten nehmen vor allem die MitarbeiterInnen des Drogenkonsummobils wahr.

"Mir ist auch noch was eingefallen. Viele Leute die man so auf der Streetwork trifft und anspricht, die kommen dann zum Drogenkonsummobil. Da gibt es oft so eine ganz häufige Bewegung. Die Leute nähren sich langsam an das Drogenkonsummobil an. Mal vielleicht ein paar Spritzen holt. Mal tauschen und manchmal auch über Monate rumkreisen. Ganz am Rande, wir sehen die oft, die holen sich mal was oder lassen sich was holen. Und dann irgendwie, über lange Zeit, jemand den man schon lange kennt auf einmal heißt es, dass ich einen Vertrag machen kann fürs Drogenkonsummobil. Das sind schon so kleine Erfolge. Langsam, langsam." (G 110)

Neben der wertschätzenden Arbeit mit den Klienten und Klientinnen, steht ebenfalls die Sicherheit der KollegInnen im Fokus. Hierbei haben die MitarbeiterInnen Konzepte entwickelt, um Gefahren physischer sowie psychischer Gefahr abzuwenden.

"Wir haben für uns mal so ein Konzept in der Supervision entwickelt, wo es darum ging zu gucken, wie wir mit verschiedenen Verhaltensweisen umgehen. Wie intervenieren wir da. Auch so, dass wir achtsam dafür sind, wenn es irgendwo laut wird, dass dann der Kollege nicht alleine in der Situation bleiben muss oder sowas. Da haben wir ein gestuftes System uns entwickelt. Neulich gab es eine ganz witzige Situation. Irgendwie wurde es hier vorne mal lauter, aus irgendeinem Grund und sofort gingen überall die Türen auf und alle Kollegen standen im Raum. Das ist so eins von unseren Dingern, wenn es halt irgendwie laut wird und anfängt zu schreien oder mit den Türen knallt. Dann kommen wir zusammen, um präsent zu sein. Und den Kollegen in der jeweiligen Situation nicht alleine zu lassen und das hatte irgendwie sowas. Und der Kollege der hier im Raum war, das war eine Aushilfskraft. Der schaute alle an und sagte: Was ist denn los? (alle lachen) Der war sicherlich sehr erfreut, dass wir auf

einmal alle ankamen und für ihn da waren, aber es gab keinen wirklichen Anlass. Aber der Mechanismus hat total funktioniert. Der war total antrainiert, total reflexhaft abgerufen. Im Druckhaus ging die Tür auf, der Kollege stand in der Tür, und ich kam aus dem Büro raus und wir standen da und haben uns gefragt, was jetzt hier los ist. Bei sowas versuchen wir dann proaktiv zu sein. Und zu schauen, dass wir uns organisieren und die Strukturbedingungen so ein bisschen für uns nutzen. Wenn jetzt irgendwelche Leute sind, wo wir wissen, dass sie gerade in einer schwierigen Situation sind, die machen gerade eine Psychose durch oder sowas." (G 90)

Weiterhin sind Interventionen in einem Handbuch festgehalten, um alle MitarbeiterInnen auf denselben Stand zu bringen.

"Und bei allen Interventionen gibt es auch ein Manual, wo alle Inhalte drin sind. Damit nicht der eine das erzählt und der andere das. Das gibt es ja auch mal. Das ist auch allen Kollegen und Kolleginnen von Fixpunkt zugänglich. Damit jeder denselben Wissensstand hat." (G 39)

Es zeigt sich, dass die Belastungen und Schwierigkeiten weniger in der Arbeit selbst als in den Strukturen liegen. Für ein gutes Miteinander sorgen die MitarbeiterInnen selbst. So sehen sie es als ihre Pflicht, sich regelmäßig untereinander auszutauschen.

"Und wo man hier auch immer wieder überprüfen muss, warum spreche ich das jetzt an, warum spreche ich das jetzt nicht an, warum helfe ich ihm jetzt bei dieser Maßnahme, warum sag ich ihm 'guck jetzt mal selber' – also das man ein paar Mal hingucken muss, aus welchen Gründen mach ich das eigentlich und das man auch immer versuchen muss, ihm die schwierige und gequälte und verfolgte Seelen-Kundschaft reinzugucken, was brauchen die jetzt gerade und nicht, was denk ich jetzt gerade, was das Beste ist. Dann ist es aber auch immer wieder so, wenn jemand durch häufige Besuche hier ein Vertrauen hat und man ihm eventuell schon mal sich schnappen muss, wie ist es denn jetzt eigentlich? Manchmal sind sie froh, aber das ist dann – sag ich mal – die sozialpädagogische Kunst, diesen Moment zu erkennen, den richtigen Ton zu finden, dann auch wieder Stopp zu machen, wenn

man merkt, jetzt kommt Abwehr rein, dann reden wir eben morgen drüber oder nächste Woche. Dass man da eben auch ganz viel Geduld hat und hier weil hier eben keine Termine stattfinden." (G 61)

Bedrohliche Situationen wurden bisher nicht erlebt oder werden in den Interviews nicht thematisiert. Dass es aber immer wieder belastende Erlebnisse gibt, bestätigen alle, sehen es aber durchaus als Normalität. Der kollegiale Austausch untereinander hilft, mit kritischen Situationen umzugehen.

"Wegfahren ist das letzte Mittel. Also wenn wir sagen: Wir fühlen uns so bedroht und angegriffen, dann könnten wir die Schotten dicht machen und abfahren. Das haben wir aber tatsächlich noch nie erlebt. Also auch die ganze Zeit am Bahnhof Zoo mussten wir das nie anwenden. Also Gewaltandrohung gegen uns passiert wirklich äußert selten. Das kommt vor. Aber ganz selten. Untereinander, unter dem Klientel vielleicht häufiger Mal. Aber auch das ist relativ selten. Also so das wir als Berufsgruppe eigentlich sehr wohlwollend aufgenommen werden und als Hilfsangebot betrachtet werden. Das wird eigentlich so angenommen. Und ansonsten Belastungen gibt es ja in ganz verschiedenen Schattierungen. Also einfach was die ganzen Schicksale betrifft. Einzelschicksale. Da ist natürlich ganz wichtig sich untereinander auszutauschen. Was auch regelmäßig stattfindet. Also nicht nur in den Teamsitzungen. Auch in Supervisionen. Oder darüber hinaus in Gesprächen zwischen der Tür. Und das ist ganz wichtig. Also wir haben die Möglichkeit mit den Drogenkonsummobilen, wenn wir vom Stuttgarter Platz vor Ort stehen und zurückfahren zu unserer Einsatzstelle, zu unserem Lager und Büro und das sind so 20 Minuten und in dieser Zeit kann man den Tag Revue passieren lassen und das ist ganz wichtig. Einfach wenn wir während des Dienstes gar nicht zum Austausch kommen, weil wir eine Flut an Beratungen und viele Aktionen haben, dann ist das irgendwie sehr wichtig, dass man da mal schaut, was ist bei dir passiert und kann dann den Tag wirklich abschließen und das Paket dann auch wirklich da lassen. Also das ist wirklich sehr wichtig. Also das Stichwort Psychohygiene ist

einfach. Wenn es dann Einzelschicksale gibt, die einem sehr nahe gehen." (G 89)

Gewichtiger sind jedoch die Vorgaben in der Drogenkonsumraumverordnung. Das Zutrittsverbot für Substituierte wirkt sich auch auf den entwickelten Arbeitsansatz negativ aus.

"Was ich persönlich absolut bedauere ist, dass was ja sonst so ein Vorteil von so einem niedrigschwelligen Angebot ist, die Leute müssen uns nicht belügen. Es wird so viel gelogen im Suchthilfesystem, weil es Sanktionen gibt, wenn man die Wahrheit sagt und das fand und finde ich bei Fixpunkt als Träger so klasse, dass die Leute uns nicht anlügen müssen, weil sie nichts befürchten müssen. Und das ist nun mal eine Situation wo sie befürchten müssen, dass ihnen etwas vorenthalten würden, also lügen sie. Und dadurch wird ja auch die Chance genommen, das überhaupt mal thematisieren zu können. "Hey, warum bist du hier, du bist in Substitution? Was läuft da schief? Läuft was schief?" (G 51)

Aus fachlicher Sicht erschließen sich die Zugangsbarrieren für Drogenabhängige in Substitutionsbehandlungen nicht.

"Dass es ein Ausschlusskriterium ist, dass Substituierte, weil sie sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, nicht in den Drogenkonsumräumen aufsuchen können, das ist mir aus fachlicher Sicht nicht wirklich nachvollziehbar und es führt einfach zu, dass jemand verschweigt, dass er in Substitution ist." (G 62)

In den Gruppendiskussionen zeichnet sich bereits ein Konsens ab, dass über das Zugangsverbot von Substituierten verhandelt werden sollte.

"Wohingegen ich finde, dass intravenös gebrauchende Menschen, auch, wenn sie substituiert sind, müssen da einen Zugang zu haben. Es wird niemand dadurch motiviert, intravenös oder anders Drogen zu konsumieren, nur, weil er den Drogenkonsumraum nutzen kann." (G 63)

Im Zuge dessen werden ebenfalls die anderen Zugangsbarrieren diskutiert, die auf wenig Verständnis stoßen.

"Wie wollt ihr jetzt noch Minderjährige reinlassen? Dann haben wir gesagt: Naja, erstmal dürfen Minderjährige zwischen 16 und 18 rein und außerdem schicken wir doch die Substis schon ins Gebüsch. Da wollen wir wenigstens nicht noch die 17-jährigen ins Gebüsch schicken." (G 71)

Das fehlende Angebot eines Drug-Checkings wird zusätzlich als Schwierigkeit für die Arbeit empfunden.

"(...) Und zwar die Absurdität von Drogenkonsumräumen. Und das ist, je länger man ihn diesem Bereich arbeitet, desto absurder wird die ganze Geschichte ja auch. Was da für unterschiedliche Aufträge sind, dass da einfach ein Raum, wie eine Insel geschaffen wird, wo der Konsum legal ist, alles andere ist verboten. Dass man dabei sitzt, und nicht weiß, was sich da dieser Mensch da reinzieht. Und im Grunde müsste es Drug-Checking geben. Das man wüsste, was die Leute konsumieren. Dass sie selber wissen, was sie konsumieren. Also das hat schon, vielleicht merk ich das jetzt sogar oder empfinde ich es stärker, weil ich jetzt gar nicht so oft dabei bin, daneben zu sitzen und zu denken "Okay, wie geht es dem, geht es dem noch gut?" – also das ist schon eine Absurdität." (G 56)

Als belastend wird zudem empfunden, wenn Hilfe strukturbedingt nur eingeschränkt stattfinden kann.

"Das große Dilemma ist eben die Krankenversicherung oft bei den Leuten. Dass man eben relativ wenig machen kann." (G 53)

2 Barrieren im Zugang

Bei der Codierung "Barrieren im Zugang" wurden verschiedene Gründe deutlich, warum es Konsumenten und Konsumentinnen gibt, die das Angebot nicht nutzen. Ausschlusskriterien, Lage und Öffnungszeiten sind hierbei ausschlaggebend.

Gemäß der Drogenkonsumraumverordnung sind von der Nutzung des Drogenkonsumraums unter anderem Personen ausgeschlossen, die unter 16 Jahren sind und sich nicht ausweisen können sowie Personen, die sich in einer ärztlichen

Substitutionsbehandlung befinden²⁴. Substitution wurde als einer der Hauptgründe für die Nicht-Nutzung genannt.

"Okay, das sind einmal die, die sich davon abschrecken lassen, dass der Zugang für Substituierte offizielle nicht erlaubt ist." (G 4)

Dass der Gruppe der Substituierten mit Beikonsum der Zugang verwehrt wird, wird als verpasste Chance beim Erreichen dieser Zielgruppe empfunden. Unterstützung kann durch den Ausschluss nicht angeboten werden.

"Naja, einmal wäre das tatsächlich ein Zugang zu Substituierten und das andere wäre auch noch, was dann und wann vorkommt, wenn Klienten, die eigentlich Medikamente missbräuchlich konsumieren, dass der Konsum davon da ausgeschlossen ist, also sich, was weiß ich, Diazepam aufzukochen, auch, wenn das jetzt nicht, wenn man das niemanden raten möchte, aber wenn das der momentane Konsum ist, ist es schwierig, wenn das ausgeschlossen ist." (G 9)

Die Befragten sind sich einig, dass die Konsumenten und Konsumentinnen durch diese Ausschlussregelung zum Lügen genötigt werden, wenn sie dennoch den Drogenkonsumraum nutzen möchten.

"Dass es ein Ausschlusskriterium ist, dass Substituierte, weil sie sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, nicht in den Drogenkonsumräumen aufsuchen können, das ist mir aus fachlicher Sicht nicht wirklich nachvollziehbar und es führt einfach dazu, dass jemand verschweigt, dass er in Substitution ist." (G 8)

Viele Konsumenten und Konsumentinnen sehen die Drogenkonsumräume als wertvolles Angebot, von dem sie ausgeschlossen werden.

"Und das ist nun mal eine Situation wo sie befürchten müssen, dass ihnen etwas vorenthalten würde, also lügen sie." (G 7)

MitarbeiterInnen, die von einer Substitution bei einem/einer Klienten/Klientin wissen, sind verpflichtet, dies anzuzeigen.

"Die werden gefragt, warst du substituiert? Dann sagen sie ja oder nein. Und wenn aber ein Mitarbeiter aus der Einrichtung definitiv

²⁴ Vgl. online im Internet: http://www.fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/DKR/rahmenkonzept.pdf [Stand: 27.07.2015]

weiß, weil er vorher im Gespräch war und ihm erzählt. Dann sind die verpflichtet sich darüber zu informieren." (G 14)

Es wird seitens der Fachkräfte für einen Zugang von Substituierten plädiert. Hierfür werden verschiedene Gründe genannt.

"Zu sagen, die Substituierten gehen da nicht hin. Und es sind Hochrisiko-Patienten. Wenn ein Substituierter spritzt, hat er erst recht Hilfe nötig. Der muss rein. Und wenn die nicht kommen, ist es für uns eine Bestärkung, dass man das ändern muss. Also wir gehen davon aus, das war auch Ergebnis der (uvn.), dass 20 % substituiert sind und wir wissen es nicht. Das heißt, wir haben sicher Substituierte drin, aber die Gruppe ist draußen. Die wird auch ins Gebüsch geschickt." (G 15)

Es wurden bereits Versuche unternommen, die Drogenkonsumraumverordnung abändern zu lassen und – wie in Hamburg – den Passus bezüglich des Ausschlusses von Substituierten herauszunehmen.

"Dieser bundesweite Arbeitskreis "Drogenkonsumräume" hat die erarbeitet und gesagt: Jeder Drogenkonsumraumträger soll in seine Region gehen und mit dieser Stellungnahme arbeiten und Veränderungen erwirken. Und das hatte ich gemacht. Bin aber von der Fachverwaltung ausgebremst worden. Auf dieser Fachebene." (G 12)

Ein weiteres Risiko sehen die MitarbeiterInnen im Ausschluss von minderjährigen Konsumenten und Konsumentinnen. Nicht den Auftrag der Suchthilfe bei diesen jungen Menschen erfüllen zu können, belastet.

"Minderjährige Abhängige, also das ist tatsächlich eine Schwierigkeit. Das kommt selten vor. Ist aber auch – diese per se auszuschließen und denen kein Angebot machen zu können, finde ich ein bisschen unglücklich." (G 10)

Zumindest wurde eine Lösung für junge Menschen zwischen 16 und 18 Jahren gefunden, die aber auf Kritik stieß.

"Wie wollt ihr jetzt noch Minderjährige reinlassen? Dann haben wir gesagt: Naja, erstmal dürfen Minderjährige zwischen 16 und 18 rein und außerdem schicken wir doch die Substis schon ins

Gebüsch. Da wollen wir wenigstens nicht noch die 17-jährigen ins Gebüsch schicken." (G 16)

Auch das Thema Vertrag schreckt Konsumenten und Konsumentinnen von der Nutzung ab. Damit bleibt ein weiterer Teil unerreicht.

"Dann gibt es auch immer mal wieder, Interessierte, die aber nicht bereit sind, einen Vertrag zu machen." (G 5)

Doch für die Nicht-Nutzung spielen nicht nur rechtliche Gründe eine Rolle, sondern beispielsweise auch die Entfernung. Aufgrund der Größe von Berlin sind die Anfahrtswege für einen Teil der Zielgruppe lang. Bereits hier klingt eine Forderung nach dezentraleren Angeboten an.

"Das war ja auch immer die Sorge, alle würden kommen und diese Druckräume benutzen. Und wir haben immer gesagt, es fährt keiner eine dreiviertel Stunde U-Bahn nur um zu konsumieren. Das ist Quatsch." (G 22)

"Die Leute kommen einfach nicht, wenn es zu weit ist." (G 23)

Bei den Nutzer und Nutzerinnenbefragungen waren die Öffnungszeiten ein zentrales Thema. Dieses wird auch von den Fachkräften aufgenommen.

"Ich meine 11 bis 16 Uhr ist ja ein bisschen mager, keine Öffnung an den Wochenenden" (G 24)

Es herrscht Unverständnis über das Konzept. Ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin hebt hierbei den Gedanken der Prävention hervor, der mit diesen Restriktionen nicht gegeben ist.

"Bei einer Einrichtung, die dazu beitragen soll, die Sterblichkeitsquote von einem bestimmten Bevölkerungsanteil zu senken und die Leute machen das eben 24/7. Die ballern ja nicht nur Montag bis Freitag von 11-16 Uhr. Und wenn man sich vorstellt, wie albern wenig das kostet, dann kann man nur sagen, das ist wohl politisch nicht gewollt, dass es Einrichtungen gibt, in Berlin, die diese Arbeit so anbieten, dass es einen noch größeren hilfreicheren Effekt für die Individuen und die Gesamtgesellschaft hätte." (G 26)

Allgemein werden die Barrieren im Zugang kritisch gesehen.

"Aber auf der anderen Seite eben auch da Regeln enthalten sind, wo man sich tatsächlich fragt: Wem dienen die eigentlich? Den Betroffenen dienen sie nicht. Und die Arbeit leichter machen tun sie auch nicht." (G 3)

Eine Fachkraft fasst die Problematik, die die Ausschlusskriterien verursachen, zusammen.

"Wobei man natürlich grundsätzlich sagen kann: So eine bestimmte Regel oder bestimmte Teile des Vertrags in Frage stellen können. Und sagen könnte, da baut man eine Hürde auf. Wo man sich fragen kann, wem dient die? Wer hat was davon, dass man diese Hürde einbaut. Dieses Regelwerk aufstellt und das man damit Leute vom Angebot fernhält. Das sind so Sachen. Dass wir hier keine substituierten Personen in den Drogenkonsumraum lassen, lassen darf. Was uns eigentlich ein ziemlicher Dorn im Auge ist, weil es aus fachlicher Sicht für uns keinen Sinn macht, weil eben gerade Substituierte enormes Unfallrisiko haben. Sie werden einfach ausgeschlossen. Es steht da und wir müssen das umsetzen. Wir müssen dasitzen und sagen: Ja, sorry. Ich sehe das, aber ich muss das tun, weil ich sonst meine Arbeit hier gar nicht machen kann. Oder Minderjährigen-Regelung im Vertrag, die ist total in der Rechtsverordnung selber, die ist total schwammig formuliert, total insuffizient. Sie ist ein faktischer Ausschluss, wo wir auch wieder sagen würden: Eigentlich wäre es gut, junge Menschen so früh wie möglich zu fassen zu bekommen. Man schließt sie aber kategorisch aus. Dann kommen sie halt nicht. Dann kommen sie halt erst in drei Jahren, wenn sie volljährig sind. Oder in zweit Jahren, wenn sie volljährig sind. Und dann haben sie ihre Hepatitis C schon. Irgendwie haben sie sich dann von einem Veteranen was eingefangen, der sie eingearbeitet hat sozusagen. Und wir haben die Chance verpasst, ihnen die guten Botschaften und vielleicht auch schon an einem Ausstieg zu arbeiten, der in dem Zeitfenster noch durchaus möglich gewesen wäre oder leichter möglich gewesen wäre." (G 19)

3 Brückenfunktion

Die Studie hat untersucht, ob das Ziel, Nutzer und Nutzerinnen in weiterführende Hilfen zu vermitteln, erreicht wird. Bei dem Aspekt der Brückenfunktion wird zunächst der eigene Wert von Drogenkonsumräumen betont. So ist beispielsweise ein Teil der Befragten der Ansicht, die Wichtigkeit der Drogenkonsumräume nicht zu schwächen.

"Ja, wobei, ganz wichtig ist mir schon, dass ich dem Drogenkonsumraum an sich auch schon einen großen Wert beimesse. Ich finde es immer schwierig, wenn man sagt, dass ist "nur" eine Brücke zu irgendwas, sondern die Situation, dass die Konsumenten in so einem geschützten Raum konsumieren können, finde ich schon einen großen Wert, dass auch die Hilfemaßnahmen geleistet werden können." (G 3)

Es gehört aber dennoch selbstverständlich zu den Zielen, die Klienten und Klientinnen weiterzuvermitteln, wenn dies auch in Teilen schwierig ist.

"(…) dass es größte Mühen gibt, Leute in die Substitution zu bringen." (G 4)

Die Fachkräfte interessiert zudem, ob es auch ein "Reverse'-Funktion gibt: Also dass folglich nicht nur die Klienten und Klientinnen der Drogenkonsumräume in weiterführende Hilfen, sondern auch zurück in die Einrichtungen mit Drogenkonsumraum vermittelt werden.

"Und für mich wäre eigentlich auch spannend herauszufinden, ob das Angebot der Birkenstube bei den Drogenberaterinnen und - beratern der Stadt die Resonanz findet, die ich gerne hätte. Also, dass die Klienten die rückfällig werden, die konsumieren oder weiterhin konsumieren oder noch konsumieren oder wieder konsumieren, dass die schnell auch hier hergeschickt werden. Während der Beratungsprozess wie bislang weiterläuft, aber dass sie dann eben auch hier Unterstützung finden können. Wenn das Klientel in der betroffenen Situation ist. Und dass man eben nicht denkt, der, der in die Birkenstube geht, da ist der Zug schon abgefahren. Und dass man das hier als eventuell notwendige, als eventuell ganz wichtige Zwischenstation sieht und weil, wenn die Leute tot sind, kann ich sie ja nicht mehr in Therapie vermitteln, daher wünsche ich mir auch einen großen Bekanntheitsgrad

unseres Angebots in der Berliner Drogenhilfe und eine hohe Akzeptanz dieser speziellen Form der Drogenarbeit (...)." (G 5)

Um hierbei mitzuwirken, werden die Beratungsstellen über das Angebot der Drogenkonsumräume informiert:

"(…) und da hab ich mir zum Beispiel auch gedacht, ich muss jetzt mal wieder Sachen rumschicken an die Beratungsstellen, ich muss jetzt nochmal Flyer rumschicken und ein Briefchen, wo und so weiter." (G 5)

Zudem findet eine Teilnahme an Sitzungen mit den LeiterInnen von Therapieeinrichtungen und Beratungsstellen statt, um auch dort auf das Angebot der Drogenkonsumräume aufmerksam zu machen und die Wichtigkeit einer solchen Einrichtung zu vermitteln.

"Dann gibt es noch Vernetzungen im Rahmen der Vista-internen Leitungsrunde. Dass ich da mit den Leiterinnen und Leitern der Therapieeinrichtungen und Beratungsstellen so ein bisschen zusammensitze und da dann auch noch was mitbekomme von deren Prozessen und Entwicklungen. Und auch gleichzeitig mein kleines Nischen-Projekt, damit man auch immer wieder mal zeigen kann, was hier so passiert und für wen das ist. Und dass wir uns freuen, wenn sie die Leute die hier gerade verpassen. Das heißt noch Konsumierende oder wieder Konsumierende. Oder die ganze Zeit konsumierendes Klientel immer auch hierher schicken ohne irgendwie dafür ein Gefühl zu haben, jetzt ist der abgeschrieben, jetzt geht er in die Birkenstube. Jetzt muss ich mit dem nichts mehr machen." (G 12)

Im Vordergrund steht die Option, den Konsumenten und Konsumentinnen das gesamte Hilfsangebot anbieten zu können.

"Und von uns aus gibt es dann die Möglichkeit das ganze Angebot der Drogenhilfe auszubreiten und darzustellen. Was gibt es eigentlich? Was für Möglichkeiten hast du? Und das ist ein ganz wichtiger Aspekt und dann kann man auch in dieser Erstanlaufstelle bestimmte Themen platzieren. Es geht oft ganz viel um Gesundheit, Aufklärung, safer-use also diese ganzen Schlagworte kann man bei den ersten Kontakten kann man die unterbringen." (G 16)

Hierbei erweist es sich bereits als zentral wichtig, dass der/die Klient/Klientin stabilisiert werden kann. Denn ansonsten sind weitere Hilfen kaum möglich.

"Das wir dafür sorgen Schaden von den Leuten abzuwenden nach Möglichkeit, damit ein weiteres Arbeiten, überhaupt an Therapie einmal zu denken, überhaupt möglich ist." (G 17)

Eine Brückenfunktion wird auch innerhalb der Teams realisiert. Hierbei spielt wieder eine Rolle, dass die SozialarbeiterInnen mit in die Drogenkonsumräume gehen, und dadurch Zugang zu den Klienten und Klientinnen erhalten.

"In der Kooperation, da kann man erfolgreich sein, wenn ein Klient irgendwelche Probleme hat und du mit ihm direkt zum Sozialpädagogen gehst. Wenn du ihn irgendwo hinschickst und sagst: Geh mal hin. Obwohl es nur drei Meter sind, dann macht er es nicht. Da muss man mit ihm die drei Schritte machen und dahin gehen und sagen: Hier ist das und das, er ist da und solche Probleme. Dann funktioniert es." (G 13)

Auch andere AkteureInnen nehmen eine Brückenfunktion wahr, die jedoch wieder zu den Drogenkonsumräumen führt.

"Der Dienstgruppenleiter, der kriecht dann auch immer im Gebüsch rum und macht Entsorgungsgespräche und vermittelt. Hat mich dann auch gefragt, er hat da einen mit einem großen Abszess, wo er den hinschicken kann. Können sie mal ins Bundeswehrkrankenhaus fahren." (G 7)

Bei den Bemühungen um die Unterstützung des Friedhofsgärtners²⁵ wird wieder deutlich, wie wichtig eine Dezentralisierung der Angebote ist.

"Da ist ein Friedhof nebenan und die Nachbarschaft, wo auch Konsumplätze sind. Wir wollen die Leute nicht zum Friedhof schicken. Der Friedhofsgärtner hat ja schon seinen Eimer und seine Zange und bekommt von uns die Anleitung, aber eigentlich wäre es auch nett, wenn er sie zu uns rüber schickt. Dass man ein lokales problembezogenes Angebot macht und nicht Drogenkonsumraum Berlin." (G 9)

Mehr Unterstützung wünschen sich die MitarbeiterInnen von den Justizvollzugsanstalten.

_

²⁵ Hierbei handelt es sich um einen Friedhof, in dessen Nähe es keinen Drogenkonsumraum gibt.

"Was tatsächlich wünschenswert wäre, eine engere Verknüpfung zu den Justizvollzugsanstalten. Nach Haftentlassung. Wir bemühen uns zwar, regelmäßig dort Flyer abzugeben und auch im Bereich des Übergangsmanagements, Entlassungsmanagement immer wieder darauf hinzuweisen. Ich befürchte aber, dass es sehr an dem Engagement der einzelnen Mitarbeiter hängt und in den JVA und wenn einer da sensibel ist, dann denkt er dran und sagt "Herr X, Sie haben jetzt lange nicht konsumiert. Wenn Sie vorhaben, dann gehen Sie doch in den DKR!". Aber das ist glaube ich eher die Seltenheit. Das wäre tatsächlich eine Baustelle und dann auch noch in einigen Therapieeinrichtungen wird das gemacht nach Abbruch, aber noch weit nicht alle. Ich denke, dass das ein Risikobereich ist, wo es relativ einfach wäre, wenn man nämlich die Fachleute überzeugt kriegen würden, finde ich, könnte man viel vorbeugen. Wäre eigentlich leicht zu machen so." (G 6)

Auch innerhalb der Drogenszene beobachten die Fachkräfte hilfreiche Vermittlungen – wenn diese auch nicht in weiterführende Hilfen führen, dann zumindest in die Drogenkonsumräume, die wiederum intervenieren können. In jedem Fall handelt es sich um Hilfen, die der Lebenswelt der Klienten und Klientinnen entsprechen.

"Es ist ein Ort der Selbsthilfe. Weil dies ein Ort des Zusammentreffens von verschiedenen Betroffenen ist. Und die helfen sich selbst. Zum Beispiel in dem sie sich sagen, wo es gutes Dope gibt. Bei X gibt es gutes Dope, bei Y gibt es schlechtes Dope. Dies ist ein Element der Selbsthilfe und der Schadenminimierung par excellence. Dann helfen die sich untereinander selbst mit Schlafplätzen, mit Hinweisen, wo gibt es was und wo gibt es was nicht. Das ist eine nicht institutionalisierte Selbsthilfe, aber das bekommst du einfach hin, indem du einen ziemlich freiheitlichen sozialen Ort schaffst, an dem Leute ziemlich frei, ziemlich selbstbestimmt sind und unzensiert zusammen sein können. Wenn jetzt jemand sagt: Ich will da noch ein bisschen mehr. Ich will meinen Konsum reduzieren. Oder ich will etwas verändern. Oder ich will machen oder was auch immer. Da wir in einem großen Verbund sind, können wir dahin verweisen und weiterhelfen. Aber ich brauche halt Drogenkonsumräume, niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen sind einfach dadurch,

dass es sie gibt, Orte der Selbsthilfe. Ohne dass sich ein Sozialfritze einmischen muss." (G 11)

4 Harm Reduction und Erwartungen

In der nächsten Kategorie soll verdeutlicht werden, inwieweit Harm Reduction Angebote wahrgenommen werden und welche Erwartungen hiermit verknüpft sind.

Es stellt sich einmal mehr heraus, dass das Angebot am Stuttgarter Platz durch eine feste Einrichtung ergänzt werden sollte. Da im Drogenkonsummobil keine Rauchplätze sind, lässt sich vor Ort auch nur wenig auf das risikoärmere Rauchen hinweisen.

"(…), aber natürlich, wenn du ein Angebot nicht ermöglichst, dann kannst du da beraten "Ach übrigens, man kann auch rauchen" in der und der Situation, vielleicht mal, aber das ist natürlich super, wenn du es gleich anbieten kannst. Es gibt ja auch einige, die wechseln." (G 4)

Als Vorteil sehen die MitarbeiterInnen auf jeden Fall, wenn die Einrichtung sowohl einen Druck- als auch einen Rauchraum hat.

"Gut, dass wir beide Angebote haben können. Weil man damit ein bisschen aktiver arbeiten kann. Und auch das Rauchen als risikoärmere Konsumvariante immer ein bisschen thematisieren kann und gleich auch ein Angebot machen kann." (G 25)

Dabei wird allerdings nicht vergessen, dass das Rauchen zeitaufwendiger ist.

"(…) weil rauchen natürlich auch viel zeitaufwendiger ist. Das macht man nicht mal eben so irgendwie in einer Häuserecke. Vor allem wenn es jetzt windig und zugig ist auf der Straße." (G 25)

Dennoch überwiegen nach Ansicht der Fachkräfte die Vorteile.

"Generell die klassische Konsumform, du brauchst weniger Materialien. Es geht unauffälliger. Es geht schneller. Der Konsumvorgang kann unterbrochen werden. Insofern ist das eine praktikablere Sache. Zum Ballern brauchst du ein halbes Dutzend Utensilien. Und zum Rauchen brauchst du nur Folie und Feuerzeug." (G 13)

Auch der soziale und kommunikative Aspekt ist beim Rauchen im Drogenkonsumraum hoch.

"Die sitzen da immer und quatschen. Die dürfen ja eine halbe Stunde drinnen bleiben. Wenn nicht so viel los ist auch eine Stunde, aber dann müssen sie auch für ein paar Minuten wieder raus. Das ist da auch wirklich eine ganz entspannte Stimmung. Da wird geraucht und gequatscht und Käffchen getrunken und so." (G 26)

Der Konsens lautet, dass der Eindruck besteht, dass mittlerweile mehr geraucht wird und der intravenöse Konsum eingeschränkt wird.

"(…) dass ein wenig gesundheitsorientierter konsumiert wird, es wird weniger gespritzt, mehr geraucht, wobei mir nicht ganz klar ist, die, die wir nicht erreichen, die sehen wir ja auch nicht, kann sein, dass immer noch viel intravenös konsumiert wird, nur halt nicht in den Drogenkonsumräumen." (G 8)

Allgemein lässt sich feststellen, dass immer mehr vom intravenösen Gebrauch zum Rauchen wechseln. Das zeigen auch die Aufzeichnungen in den Sachberichten.

"Änderung des Konsumverhaltens zu mehr Rauchen. Das ist ja schon mehr als 50% der Konsumvorgänge." (G 12)

Das geänderte Konsumverhalten könnte mit den Befindlichkeiten der Konsumenten und Konsumentinnen einhergehen – so die Vermutungen.

"Vielleicht hat es auch was mit Angst zu tun. Also sich selbst mit der Nadel zu verletzen. Rauchen ist ja inhalieren und spritzen ist schon... Und das macht eben auch ganz vielen Leuten Angst. Also das Spritzen." (G 14)

Die Konsumenten und Konsumentinnen werden nicht nur auf die Möglichkeit des Inhalierens, sondern auch auf weitere Harm Reduction - Maßnahmen hingewiesen.

"Es passiert eine konsumbezogene Aufklärungssache. Zum Beispiel zum Thema sauberes Wasser." (G 16)

Auch die Klienten und Klientinnen zeigen Interesse an den Harm Reduction - Maßnahmen.

"(…), dass es doch eine Bereitschaft gibt, zu den safer-use-Geschichten. Also am Anfang, wenn ich denen mit Alkoholtupfern kam, dachten sie immer, das sei zum Aufkochen. Und jetzt ist es schon fast selbstverständlich, dass sie es zum Desinfizieren der Infektionsstelle nehmen. Manchmal auch noch zum Brille putzen und Schuhe sauber machen, aber so in erster Linie werden sie tatsächlich sachgerecht angewandt." (G 37)

Ebenfalls versuchen die MitarbeiterInnen, Legenden zu widerlegen.

"Viele haben Beton gebaut. Also so ganz viele Geschichten. Ich fange einfach mal so an beim Kochsalz. Das ist immer ganz furchtbar. Das geht auch nicht raus. Oder Bein hochlegen nach Koka. Wo ich mir denke: Oh, das arme Herz. Was muss das aushalten? Oder dieses türkisch aufkochen. Man brennt das Heroin auf einem Löffel an, ohne Wasser und dann löscht man ab, wie bei einer Suppe. Und dann hat man so richtig schöne Röststoffe drauf. Ich versuche das über ein Toastbrot zu erklären: Ein verbranntes Brot isst du nicht. Und das ballerst du dir in die Vene. Und selbst die alten Hasen sagen: Das ist Quatsch. Da passiert überhaupt nichts." (G 22 – G 23)

Es werden auch Materialien (Plakate, Flyer, Aushänge) in Eigenregie entwickelt, um die Konsumenten und Konsumentinnen auf mögliche Schwierigkeiten, die durch eine falsche Handhabung entstehen können, hinzuweisen.

"Ein anderer Punkt ist, wenn wir vor Ort merken, dass irgendwas in eine bestimmte Richtung nicht zielführend läuft, kommt jemand und nimmt kein Asco, sondern hat dann nur diesen Zitronentee, diesen Bröseltee. Was machst du denn damit? Ja, ich löse damit mein Heroin auf. Das ist unglaublich, ja. Und dann kommt man so ins Gespräch. Und wenn man so was einfach häufiger beobachtet und man denkt: Das kann und darf eigentlich nicht sein. Da muss man was machen. Und dann passiert so was. Also zum Beispiel dieses Asco-Plakat." (G27)

Als Maßnahme der Harm Reduction wird auch Drug-Checking thematisiert. Den MitarbeiterInnen ist es ein großes Anliegen, den Konsumenten und Konsumentinnen den Service der Substanzanalyse zu bieten, um Drogennotfälle noch weiter minimieren zu können.

"Also da haben wir ja auch diverse Aktivitäten. Das ist ja ausgeschlossen nach 10A, dass es im Drogenkonsumraum stattfindet. Steht aber nichts drinnen, dass es im Beratungszimmer neben dem Drogenkonsumraum stattfindet. Also da haben wir auch dran gearbeitet, dass es eigentlich möglich sein müsste, wenn Leute mit unbekannten Substanzen kommen oder wo sie sich Sorgen machen und sagen: Irgendwas ist da. Es wirkt anders. Dass wir das untersuchen lassen können. Da haben wir ja auch mit dem LKA auch Gespräche gehabt. Die meinten, dass sie das in der Form so nicht machen können. Also die gehen da anders ran. Da bereiten wir einen Projektantrag vor für Vista und Fixpunkt. Also nicht für die Drogenkonsumräume speziell, sondern generell. Also ein stationäres Angebot, wo man Substanzen abliefern kann." (G 11)

Wieder wird die Dringlichkeit, substituierten Personen Zutritt zum Drogenkonsumraum zu gewähren, bewusst. Denn auch das verstehen die Fachkräfte unter Maßnahmen zur Harm Reduction, deren Ausübung jedoch durch gesetzliche Vorschriften verhindert wird.

"Zu sagen, die Substituierten gehen da nicht hin. Und es sind Hochrisiko-Patienten. Wenn ein Substituierter spritzt, hat er erst recht Hilfe nötig. Der muss rein. Und wenn die nicht kommen, ist es für uns eine Bestärkung, dass man das ändern muss. Also wir gehen davon aus, das war auch Ergebnis der FOGS-Studie, dass 20 % substituiert sind und wir wissen es nicht. Das heißt, wir haben sicher Substituierte drin, aber die Gruppe ist draußen. Die wird auch ins Gebüsch geschickt." (G 9)

Ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin stellt im einen positiven Verlauf der erarbeiteten Maßnahmen der letzten Jahre fest, auf die sich aufbauen lässt.

"Ich bin ja auch fast zehn Jahre im Fixpunkt und kann sagen, dass diese ganze Prophylaxegeschichte, dieser Eigenschutz und Fremdschutz ist schon sehr hoch geworden." (G 18)

5 Dimension Gender: Frauen

Die Studie sollte weiterhin der Frage nachgehen, warum der Frauenanteil in den Drogenkonsumräumen nach wie vor so gering ist. Hierbei ist selbstverständlich zu beachten, dass es generell weniger Frauen unter den Drogengebrauchenden in Berlin gibt als Männer.

Über die Gründe, warum weniger Frauen in die Drogenkonsumräume kommen als Männer, können die MitarbeiterInnen nur spekulieren.

"Ich glaube einfach, Frauen konsumieren weitaus weniger öffentlich. Und auch Drogenkonsumraum ist eine gewisse Öffentlichkeit. Also mal ganz ehrlich, ich hab mich auch schon mal gefragt, wenn ich drauf wäre, ich weiß nicht, ob ich in einen Drogenkonsumraum gehen würde." (G 3)

Im Zuge dessen wird auch auf spezielle Angebote für Frauen eingegangen, sie sich aufgrund der geringen Resonanz nicht etabliert haben

"Ja genau. Also für Frauen – das wird jetzt in Berlin keinen Sinn machen, ein extra Frauen-Angebot. Wir haben auch mal in den ersten Jahren versucht, für Frauen Frühstück und man wäre auch bereit gewesen, nur eine Frauenöffnung zu machen, aber da war einfach der Bedarf nicht zu decken." (G 5)

Dennoch besteht nach wie vor bei den Fachkräften der Wunsch nach einem Drogenkonsumraumangebot für Frauen, welches jedoch damals an der Ablehnung eines anderen Trägers gescheitert ist.

"(…) Wo es Sinn gemacht hätte, wäre in der Kurfürstenstraße. Und da ist jetzt ein anderer Träger, der sich damals explizit gegen Drogenkonsumräume ausgesprochen hat. Also da ist eine Kontaktstelle für die Frauen. Und da haben wir gesagt, da hätte ein Drogenkonsumraum hingehört." (G 5)

Nun versuchen die MitarbeiterInnen innerhalb des Gesamtangebotes gendergerecht auf die Bedürfnisse der Frauen einzugehen.

"Spezieller. Also ich denke es ist schon so, dass die Frauen eher mal die Frauen ansprechen, wenn die nicht von sich aus zu einem kommen. Aber eigentlich ist es bei uns auch ganz oft so, wenn jetzt die Leute nicht so ganz verhuscht sind, dass sich die Klienten die Berater selber aussuchen. Also die kommen dann zu jemandem und sagen: Mit dir würde ich jetzt gerne sprechen. Wenn jetzt jemand so gar nicht in Kontakt geht und wenn man denkt: Du musst jetzt eigentlich. Das ist schon so, dass das Frauen erstmal eher vier, fünf Mal ansprechen, weil es vielleicht um ein heikleres Thema geht." (G 9)

Dafür beschreiben vor allem die MitarbeiterInnen, dass die Beziehung zu den Klientinnen häufig enger ist.

"Bei uns haben wir auch ganz wenige Mädels, zu denen ich aber auch eine gute Bindung habe. Ich weiß meistens immer was mit denen los ist, was sie gerade machen. Das kann man bei den Männern, weil es auch so viele sind, nicht immer. Aber bei den paar Mädels die wir haben ist das nochmal eine andere Arbeit. Intensiver. Es sind auch andere Themen wichtig, für Frauen. Aber wie schon gesagt wurde, sie bleiben leider nicht immer so lange. Und man muss immer auf die zugehen und Interesse zeigen und mit ihnen arbeiten, so dass sie dann auch bleiben und sich beraten lassen oder einfach ein Gespräch führen. Sind meistens immer schnell auf Achse, dann wieder. Die gehen gleich wieder los." (G

Dies hängt auch mit den unterschiedlichen Bedürfnissen der Frauen zusammen.

"Die haben einen höheren Assistenzbedarf als der Durchschnitt der Männer. (...) Die Frauen die hierher kommen haben auch noch, wie sowieso in der Gesellschaft, noch ganz andere lebensgeschichtliche Belastungen. Die sind im Allgemeinen härter drauf, kränker, empfindlicher, traumatisierter, als die Männer die hierher kommen. Und sie brauchen oft auch eine besondere Aufmerksamkeit. Manchmal auch eine besondere Toleranz. Und das versuchen wir ihnen auch zu geben." (G 8)

Eine Fachkraft vermutet, dass die Klientinnen häufig auch Missbrauch und Gewalt ausgesetzt sind.

"Und da habe ich oft auch bei den Gesprächen, dann hinterher den Eindruck, da ist ein pathologischer Hintergrund. Also ganz bei Frauen, fast durch die Bank weg, Missbrauchsgeschichten. Ich erlebe auch oft, wenn man mit denen alleine im Drogenkonsumraum ist, dann ist alles entspannt und locker. Dann kommen Männer rein, dann werden die ganz steif. Dann funktioniert das auch nicht mehr. Und von daher, so ein Frauendrogenkonsumraum, ist eine super Idee, wir haben nur zu wenig Klientinnen, als dass das der Senat so was finanzieren würde. Klientinnen. Aber im Grunde genommen ist da oft eine ganz andere Problematik." (G 12)

Dies könnte einer der Gründe für den intensiven Konsum sein.

"Ich möchte auch sagen, dass gehäuft da die Leute einen anderen Rausch anstreben. Also die streben wirklich diesen Wegbeam-Rausch an. Die Frauen. Also häufiger glaube ich. Aber ich weiß es nicht, das ist eher ein Gefühl." (G 13)

Alle sind sich darüber einig, dass sich Frauen oftmals in außerordentlich prekären Lebensverhältnissen befinden und sich dies auch in der Intensität ihres Konsums widerspiegelt.

"Also ich habe immer das Gefühl, so die Frauen hier im Raum, wenn die spritzen, das habe ich oft erlebt. Da gibt es Frauen die sich wirklich so wegballern. Wenn Männer da rausgehen, dann sind sie noch ansprechbar und ich habe so oft Frauen erlebt, die einfach so... Und da ist alles recht. Und ich weiß nicht, ob das wirklich so ist. Aber Frauen sind krasser unterwegs als Männer, aber ich habe das Gefühl bei manchen Männern habe ich das auch gesehen, aber bei wirklich ganz vielen Frauen habe ich erlebt, dass sie einfach nicht mehr ansprechbar sind. Obwohl sie eigentlich nicht mehr können und wollen, weiterballern. Dann verlieren sie alles. Die sind echt krass unterwegs." (G 6)

6 Migration und Interkulturelle Öffnung

Im Zuge der Befragungen fiel auf, dass es viele Aspekte gibt, die sich um Migration und Interkulturelle Öffnung drehten. Aufgrund der EU-Osterweiterung und dem hohen Anteil an nicht-deutschen StaatsbürgerInnen wurde diese Kategorie in der qualitativen Analyse berücksichtigt.

Allgemein lässt sich eine Veränderung der letzten Jahre ableiten.

"Also Migranten-Veränderungen – im letzten Jahr zunehmend Osteuropäer, ganz massiv. Also wir hatten schon jahrelang aus ehemaligen GUS-Staaten, aber jetzt eben Rumänen, Bulgaren, Südosteuropa, baltische Staaten aber auch – also das hat massiv zugenommen." (G 17)

Es wird bestätigt, dass sich der Anteil mit Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund erhöht hat.

"(…)und der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund deutlich größer geworden ist, in den letzten Jahren." (G 23) Dieser hohe Anteil stellt weitere Anforderungen an das Personal. So ist Sprachvielfalt wichtig, um mit dem Klientel in Kontakt zu treten.

"Aber Sprache. Wir brauchen jede Menge Leute die Sprachen können." (G 12)

Vor allem sei Russisch gefragt, stellen die Interviewten fest.

"In einem Drogenkonsumraum hatten wir auch einen russischsprachigen Sozialarbeiter gehabt. X ist seit zwei Jahren weg, und das merke ich. Dass fast 80% russische Klienten weg sind. Russisch-sprachige. (...) der Großteil läuft über die Sozialpädagogen. Sprache spielt eine große Rolle." (G 11)

Leider reichen die Sprachkenntnisse der MitarbeiterInnen nicht immer aus.

"Was uns teilweise die Arbeit schwer macht, ist die teilweise nicht mögliche, sprachliche Kommunikation. Das ist ein großes Problem. Weil so viel Sprachkompetenz kann man ja auch kaum vorhalten und jetzt mit russisch deckt man schon einiges ab, aber längst nicht mehr alles. Das ist ein großes Problem." (G 2)

Die Einrichtungen bemühen sich, Informationsmaterial und Verträge in möglichst vielen Sprachen zur Verfügung zu stellen.

"Wir haben die Verträge ja auch in verschiedenen Sprachen." (G 14)

Um zu überprüfen, ob die fremdsprachigen Konsumenten und Konsumentinnen in den Drogenkonsumraum dürfen, hat sich mittlerweile eine Lösung etabliert.

"Dann machen wir den ultimativen Test mit bestimmten Sachen, die sie verstehen müssen. Wenn sie nicht Muttersprachler sind, oder halt wo es doch ein bisschen schwierig wirkt. Und wenn das aber funktioniert, dann dürfen sie natürlich auch rein." (G 15)

Auch die Konsummuster unterscheiden sich je nach kulturellem Hintergrund. So wird festgestellt, dass je nach Herkunft das Rauchen dem intravenösen Konsum vorgezogen wird.

"Dass also zum Beispiel die arabischen oder türkische Klienten und Klientinnen zum größeren Teil eher inhalieren (…)" (G 23)

"Die Unverletzlichkeit der Haut gehört zum Islam dazu. Auch Tätowierungen." (G 24) Als schwierig werden die Sprachbarrieren von den Fachkräften vor allem dann empfunden, wenn Informationen zu safer use oder Harm Reduction nicht ankommen.

"Ja, es gibt viele Sachen auch. Filter. Unsere grünen Technofilter. Da wird dann diskutiert und die bekommen fast schon Panik, wenn man ihnen das erklären will. Dass sie auch beide Filter von mir aus nehmen können. Aber ja, also da ist eine große Abwehr. Und häufiger finde ich bei Osteuropäern, da ist es nochmal schlimmer. Auch was das Kochsalz angeht. Wenn man da keinen guten Dolmetscher hat oder derjenige sehr schlecht Deutsch versteht, dann geht das auch gar nicht. Dann kann man denen das auch gar nicht ordentlich erklären. Und ihnen die Angst nehmen. Da gibt es schon den einen oder anderen Tag, wo man sagt: Mensch, schade, dass du das nicht verstehst jetzt in dem Moment." (G 7)

Zudem scheinen die Klienten und Klientinnen aus einigen Herkunftsländern durch ihren Konsum sehr verelendet zu sein.

"Aber als ich letztes Mal am Stuttgarter Platz war, fand ich schon die Situation so, dass es bei der Klientel eine sehr starke Verelendung gab, ich würde noch nicht mal sagen, dass es da ein völlig anderes Konsummuster gab. Das Wissen ist schlechter, jetzt kommt zum 100.000 Mal die Geschichte mit dem Kochsalz." (G 19)

Wie unter anderem in der Kategorie Empfehlungen auch nochmals angesprochen wird, hält eine Vielzahl der MitarbeiterInnen ein spezielles Angebot für AsiatInnen für unabdingbar. Um welche Teile Asiens es sich handelt, wird nicht deutlich.

"(...) finde ich, sollte man für asiatische Drogenabhängige was machen. Ich denke diese Menschen brauchen jemanden, der ihnen sehr ähnlich ist. Wenn wir als Europäer dahin kommen und sagen: Komm ich helfe dir. Dann haben sie auch, glaube ich, eine große, große Hürde. Auch sprachlich. Wenn man jemanden hätte, der ihn versteht, dann ist das auch besser. Das ist wie bei anderssprachlichen Menschen auch. Wenn da jemand die Muttersprache spricht, dann hat man ja einfach schon, ja, man kann sich mitteilen." (G 8 – G 9)

Als eine besondere Schwierigkeit wird die oftmals fehlende Krankenversicherung genannt. Das behindert die Fachkräfte in ihrer Arbeit. Ihnen sind dadurch nur wenige Möglichkeiten zu weiteren Hilfsmaßnahmen gegeben.

"Das große Dilemma ist eben die Krankenversicherung oft bei den Leuten. Das man eben relativ wenig machen kann. Das sogar in so einer Stadt wie Berlin, wo ich glaub, dass wir echt noch auf der Insel der Glückseligen wohnen, mit Substitutionsangeboten, dass es größte Mühen gibt, Leute in die Substitution zu bringen. Und dann natürlich wenn keine Krankenversicherung da ist, kann man es eh vergessen. Zum Beispiel, wenn wir testen, und das war auch am Stuttgarter Platz, HIV positiv und das ist eine Gruppe, dann denk ich, dann wäre es eigentlich super, wenn man testen könnte, aber den Leuten müsste man dann eben auch etwas anbieten können." (G 21)

Ein weiteres Thema im Kontext der Migration ist der Datenschutz. (Potenzielle) Klienten und Klientinnen schrecken laut Aussage der MitarbeiterInnen vor einem Vertragsabschluss zurück.

"Und viele bei uns, ganz viele aus dem Osten, da habe ich den Eindruck, die haben Probleme mit dem Datenschutz. Die glauben nicht, dass die Daten nicht an die Polizei weitergegeben werden." (G 27)

Als wichtiger Punkt der Interkulturellen Öffnung wird auch noch die Offenheit gegenüber anderen Ländern genannt. Den SozialarbeiterInnen und Pflegekräften ist es wichtig, dass andere Länder Einblick in das deutsche Suchthilfesystem erhalten, und sehen, welche Vorteile Drogenkonsumräume bringen.

"Vernetzung auch in dem Sinne, dass ich mich freue, wenn internationale Vernetzungen, wenn hier Leute kommen aus aller Herren Länder und sich das mal anschauen. Da sind wir einerseits stolz drauf und andererseits denke ich mir: Das ist ein unheimlich wichtiger gesellschaftlicher Auftrag. Dass wir hier als funktionierendes Projekt, anderen Kommunen, Ländern, Politikern, Fachleuten sagen können, dass geht. Das kann man machen. Das ist gar nicht so schwer. ... Kommt doch her, schaut es euch an. Und schaut euch an, wie leicht es geht. Und das ist auch eine wichtige Vernetzung, dass man mit anderen Ländern da was

macht. Weil ich im letzten Herbst in Prag war. Bei irgendeiner Konferenz da was darüber erzählen durfte. Und halte ich für eine wichtige Sache, weil wir sind ja keine Insel. Je mehr die Drogenprobleme in anderen Ländern zunehmen, eben durch die dort herrschende Repression, wie zum Beispiel in Russland. Die haben eine ganz, ganz, ganz grauenhaft und beschissene Situation für Opiat-Konsumenten. Egal ob die nur Heroiniker sind oder Schmerzpatienten. Ganz, ganz, ganz übel. Und da kann man auch nur verstehen, dass jeder der ein Opiat-Problem hat ganz schnell die Biege macht. Dann setzt er sich in den Zug und kommt her." (G 5)

7 Außenwahrnehmung

In die Analyse fließt die Kategorie "Außenwahrnehmung" mit ein. Dieser Aspekt wird in den Interviews immer wieder thematisiert. Das zeigt, welch hohe Relevanz das Wissen um die Außenwahrnehmung bei den MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume hat. Hierbei geht es nicht nur um die Außenwahrnehmung der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch um die Sicht des Berliner Suchthilfesystems auf die Drogenkonsumräume.

"Was ich mir wünsche, (...) ist, ich wüsste eigentlich ganz gerne wie uns der Rest der Berliner Drogenhilfe als Teil der Drogenhilfe wahrnimmt. Und für mich wäre eigentlich auch spannend herauszufinden, ob das Angebot der DKR bei den Drogenberaterinnen und -beratern der Stadt die Resonanz findet, die ich gerne hätte. Also, dass die Klienten die rückfällig werden, die konsumiere oder weiterhin konsumieren oder noch konsumieren oder wieder konsumieren, dass die schnell auch hier hergeschickt werden. Während der Beratungsprozess wie bislang weiterläuft, aber das sie dann eben auch hier Unterstützung finden können. Wenn das Klientel in der betroffenen Situation ist. Und das man eben nicht denkt, der, der in den DKR geht, da ist der Zug schon abgefahren. Und das man das hier als eventuell notwendige, als eventuell ganz wichtige Zwischenstation sieht und weil, wenn die Leute tot sind, kann ich sie ja nicht mehr in Therapie vermitteln, daher wünsche ich mir auch einen großen Bekanntheitsgrad unseres Angebots in der Berliner Drogenhilfe

und eine hohe Akzeptanz dieser speziellen Form der Drogenarbeit (...)." (G 28)

Die Aussagen der GesprächspartnerInnen zeigen weiterhin, dass die Außenwahrnehmung trotz einiger anfänglicher Schwierigkeiten positiv ist. So wird von allen Beteiligten die Akzeptanz der Bevölkerung bestätigt. Bevor ein Drogenkonsumraum eröffnet wurde, gab es stets Beschwerden und Demonstrationen. Doch war der Drogenkonsumraum erst einmal eröffnet, wurden die Vorteile auch von den Anwohnern geschätzt – sofern sie überhaupt den Drogenkonsumraum wahrgenommen hatten.

"Und dann hat jemand erzählt, er hatte Befürchtungen, weil er Eigentumswohnungen in der Ecke besitzt und hat noch vor 10 Jahren wild demonstriert gegen die Einrichtung und jetzt merken sie gar nicht, dass da ein DKR da ist. Und es ist tatsächlich so, dass es nicht auffällt. Also ab und an stehen Leute davor, aber seit dem Nichtraucherschutzgesetz stehen ja überall mal rauchende Leute vor der Tür. Insofern fällt es überhaupt nicht auf und wir haben gar keine Schwierigkeiten mit Nachbarn." (G 4)

Weiterhin wird auf die Dankbarkeit der Nachbarschaft hingewiesen. Denn mit dem Eröffnen eines Drogenkonsumraums wird in der Regel der eigene Hausflur nur noch selten als Konsumort genutzt.

"Ich mein, insgesamt ist es ja so, dass das Umfeld von den Drogenkonsumräumen, die Befürchtungen immer sehr groß sind, wenn man da einzieht, aber es bewahrheitet sich dann alles nicht und die Nachbarschaft ist ja damit sehr zufrieden, dass nicht mehr in ihren Hauseingängen überwiegend konsumiert wird." (G3)

Passiert dies doch einmal, können sich die Bürger auf die MitarbeiterInnen der Drogenkonsumräume verlassen, die die Konsumutensilien zeitnah entsorgen.

"Und das Ganze mit höchstem Ernst und größter Schnelligkeit. Also wenn irgendjemand anruft, dann bin ich sofort da. Das ist echt Chefsache und Number One und dann nimmt man die Leute ganz ernst." (G 13)

Dass es wichtig ist es, die Ängste der Nachbarn ernst zu nehmen, wird von den Interviewten mehrfach erwähnt. Hier zeigt sich die Verantwortung, die die Beschäftigten auch gegenüber dem Sozialraum haben.

"Und da ist letztendlich das Geheimnis, denke ich mal, dass man akzeptiert, dass die Leute Ängste haben vor Drogenkonsumenten, vor Spritzen, vor Dreck, vor Gefahr. Und das man achtsam mit Ängste, Beschwerden und Anregungen umgeht." (G 14)

Die MitarbeiterInnen sehen in Szenegebieten einen Vorteil für die Nachbarschaft.

"Und dass die Leute auch checken, dass durch unsere Präsenz auch tatsächlich die Sicherheit ein bisschen gestiegen ist. Weil wir haben nun ein scharfes Auge, auf alles was hier im Umkreis geschieht. Und die Leute haben es auch gecheckt, dass wir ansprechbar sind und dass wir reagieren und dass wir uns nicht tot stellen." (G 12)

"Aber die Leute dort brauchen auch eine Beruhigung. Niemand will Spritzen in seinem Treppenhaus. Ist klar. Und wir versuchen dann Methoden und Strategien mit den Leuten zu besprechen, wie kann man vorgehen, dass es nicht in seinem Haus passiert. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt unserer Arbeit." (G 27)

Lediglich am Stuttgarter Platz ist die Situation herausfordernder gewesen, was im Zusammenhang mit der exponierten Lage steht.

"Also am Stutti exemplarisch: Präsentierteller. Da hat man die Kollegen jeden Tag angemacht auf der Arbeit." (G 9)

Um auf die Kritik zu reagieren, und das eigene Angebot der Bevölkerung verständlich zu machen wird auch hier Öffentlichkeitsarbeit betrieben:

"Die haben dann auch den Aufsteller schon stehen, die Anwohnerflyer, wo bestimmte Fragen beantwortet werden. Da es so niedrigschwellig ist für Anwohner, das ist noch der Vorteil beim Drogenkonsummobil, die würden nicht in eine Einrichtung gehen, aber am Drogenkonsummobil kommen sie nochmal, meckern (...)" (G 9)

Doch eben diese exponierte Lage führt wiederum zu überraschenden Ereignissen, wie die Spende eines Hollywoodstars während der Berlinale zeigte.

"(...) oder XY hat ja letztens 100 Euro gespendet." (G 9)

Die Fürsorge, die die Beschäftigten gegenüber dem Sozialraum haben, zeigt sich auch in den Gesprächen mit den Klienten und Klientinnen. Diese werden in den Prozess der

Außenwahrnehmung eingebunden und werden erinnert, dass das Fortbestehen der Drogenkonsumräume auch an ihrem Verhalten hängt.

"Und was auch ein wichtiger Punkt ist, ist dass die Klienten auch immer wieder darauf angesprochen werden, dass die Akzeptanz von der Einrichtung auch ganz entscheidend mit deren Verhalten zu tun hat. Also, dass sie eben nicht in die Hausflure gehen sollen. Dass sie nicht dealen sollen. Oder so. das wird denen auch immer wieder vermittelt, dass die Einrichtung nur bestehen kann, wenn sie sich auch benehmen." (G 15)

Dass dies funktioniert, spiegelt sich in der Akzeptanz der Konsumenten und Konsumentinnen wieder.

"Also, wenn man sich mal anguckt, wie hoch die Akzeptanz bei den Konsumenten ist." (G 6)

Bemängelt wird hingehen die Herangehensweise von der Stadt Berlin bei einer Eröffnung eines Drogenkonsumraums. Hierbei wurde nach Meinung der Befragten zu defensiv agiert, anstatt sich für die Konsumenten und Konsumentinnen einzusetzen.

"Und dann hat man Diskussionsrunden gemacht, aber es war immer so ein: Ja, tut uns ja auch leid, dass wir das machen müssen. Also man hat dieses Angebot gar nicht selbstbewusst als: Das ist jetzt hier ein Angebot für Bürger und Bürgerinnen der Stadt eben für drogenabhängige Bürger und Bürgerinnen der Stadt und es ist Teil der Suchthilfestrategie, von Deutschland und Berlin. Mit solchen Argumentationen ist man gar nicht gekommen, sondern man hat sich sehr, sehr defensiv verhalten. So den Anwohnern, wie ein Bittsteller gegenübergestellt: Tut uns leid, bitte schaut es euch nochmal an, es wird schon nicht so schlimm werden. Und dann hat man das einfach durchgesetzt und dann kam das, was von unserer Seite auch zu erwarten war. Es wurde nicht so schlimm. Es war dann so, dass wir immer noch ein bisschen den Kontakt nach außen gesucht haben." (G 23)

8 Verhältnis zu anderen Trägern und Vernetzung

Um die Arbeit in den Drogenkonsumraumeinrichtungen effizient leisten zu können, sind die MitarbeiterInnen teilweise auch vom Verhältnis zu anderen Trägern abhängig. Zudem

ist es sehr relevant, ein gutes Netzwerk aufzubauen und zu pflegen, um mit anderen AkteureInnen städtischer Einrichtungen, der Nachbarschaft, etc. einen positiven Umgang pflegen zu können. In dieser Kategorie wird auf diese Merkmale eingegangen.

Erst einmal wird deutlich, dass die beiden Träger durchaus ein Alleinstellungsmerkmal in Berlin haben.

"Also es ist schon Fixpunkt, vista, wenn es um dieses Segment geht: Drogenkonsumräume." (G 3)

Andere Träger scheinen auch kein Interesse an diesem speziellen Bereich der Suchthilfe zu zeigen.

"Ich habe noch nichts davon gehört, dass andere Träger gern einen Drogenkonsumraum machen würden." (G 2)

Hervorgehoben wird die trägerübergreifende Arbeit zwischen Fixpunkt und vista.

"Das Trägerübergreifende ist schon etwas Besonderes, wo ich nach wie vor auch dahinterstehe. Ich sehe natürlich auch die Schwierigkeiten, die man immer hat." (G 13)

Anerkennung findet bei einem Teil der Befragten auch die Arbeitsweise in der SKA und im Drogenkonsummobil. Es wird positiv vermerkt, unter dem Dach eines Trägers zu arbeiten.

"Und gerade jetzt hier bei uns, wir sind sehr glücklich, dass bei uns die Bedingungen so sind, dadurch dass wir hier alle aus einem Träger sind. Sozialarbeiter und anders als es in der Birkenstube ist, also wo ja die Sozialarbeiter von Vista sind und die Pflegekräfte von uns, sind wir hier alle von einem Träger. Wir haben räumlich alles nah beieinander liegen von den Arbeitsbereichen. So dass wir mit den Pflegekräften und Sozialarbeitern unheimlich Hand in Hand arbeiten. Also wir machen hier alle Aufgaben. Also sowohl wir gehen selbstverständlich in den Drogenkonsumraum, um da mal die Aufsicht zu übernehmen. Die Pflegekräfte stehen selbstverständlich hier vorne und übernehmen was am Tresen. Oder schmeißen mal eine Waschmaschine an. Es gibt ein sehr gutes Hand und Hand. Das schlägt sich auch auf die inhaltlichen Themen aus. Wo man sich dann in der Teamsitzung austauscht oder zwischen Tür und Angel mal irgendwo auf irgendwas hinweist. Woraus dann so viel wachsen kann. Da ist es für uns sehr gut, dass wir so sehr im Schulterschluss hier arbeiten. Und

auch zwischen unserem, das ist aber bei euch 100%ig genauso, zwischen unseren Berufsgruppen gibt es keine Befindlichkeiten. Im Sinne von, keine Ahnung, und sei es, dass die Sozialarbeiter die Studierten sind und die Pflegekräfte die mit der Ausbildung oder so was. Solche Befindlichkeiten gibt es bei uns nicht. Sondern man akzeptiert und respektiert sich sehr und schätzt sich sehr für das Know-How und die Profession und das befruchtet unheimlich. Das ist sehr produktiv. Gerade für solche Sachen und solche Ideen zu spinnen, weil da hat man sofort eine Krankenschwester da, die man mal fragen kann: Sag mal, wie ist denn eigentlich? Wir hatten gehört so und so. Und dann kann die einem die Info geben und man kann sagen: Ok, wir müssen da mal was machen, etwas verschriftlichen. Das man den Leuten regelmäßig was an die Hand bringen kann, dann kann das sehr schnell wachsen. Man muss da nicht irgendjemanden anrufen oder einen Fachdienst irgendwo sich herholen. Man hat die Leute direkt vor Ort. Das ist total hilfreich." (G 42)

Die Verantwortung sich mit anderen Fachbereichen auszutauschen, spiegelt sich in dem Engagement der Interviewten wider.

"Jetzt gibt es intern verschieden Kreise. Einmal gibt es den Kreis der Kooperation untereinander im Vista-Team, im Fixpunkt-Team, im Gesamtteam. Da haben wir meiner Ansicht nach gute Kooperationen, einfach durch das viele formelle und informelle Aufeinandertreffen und Besprechen." (G 5)

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, würden sich die hier Beteiligten wünschen, zu erfahren, wie die Drogenkonsumräume von anderen Einrichtungen angenommen werden.

"(…) wie uns der Rest der Berliner Drogenhilfe als Teil der Drogenhilfe wahrnimmt." (G 6)

Es wird der Eindruck vermittelt, dass die MitarbeiterInnen der drei Drogenkonsumraumeinrichtungen ein umfangreiches Wissen über die anderen Angebote des Suchthilfesystems haben und sich auf ihren Teil der Arbeit fokussieren.

> "Dann kann man so eine Sache bei der jetzigen Personalsituation neben dem so laufenden Betrieb nicht hinkriegen. Dann gibt es in dieser Stadt zum Glück ein weites Feld von unterschiedlichsten tollen Supportprogrammen, sei es auf einer peer-to-peer-Basis, sei

es auf Basis einer angeleiteten Selbsthilfegruppe oder ambulante Therapien oder whatever. Da gibt es 1001 Sachen." (G 7)

Nichtsdestotrotz wird auch Kritik an den Herausforderungen, die andere Hilfsangebote an die Konsumenten und Konsumentinnen stellen, kritisiert.

"Was ist denn eine Beratungsstelle? Da haste den einen Termin und nächste Woche den nächsten Termin und übernächste Woche den nächsten Termin. Und da ist gefälligst eine Veränderung vorzuweisen. Ansonsten ja "Wat issen jetzt?" wird dann gefragt. Also nicht so wie hier." (G 8)

Zudem wird die Arbeitsweise der Beratungsstellen dahingehend betrachtet, dass diese nicht lebensweltorientiert ist.

""Ich habe nächste Woche einen Termin in der Drogenberatungsstelle, den markiere ich mir mal im Kalender, damit ich den nicht vergesse, um mir dann eine halbe Stunde… Da muss ich vorher mein Geld machen und vorher meine Drogen besorgen. Und alles dafür tun, dass ich dieses Zeitfenster habe, um diesen Beratungsstellentermin wahrzunehmen." Was ja völlig lebensweltfremd ist." (G 45)

Als wichtig erachtet wird von den MitarbeiterInnen die Zusammenarbeit mit der Polizei.

"Ja, das ist, in erster Linie gibt es ja einen Kontakt zu dem Abschnitt, wo die uns tatsächlich auch als Kooperationspartner wahrnehmen, das holperte mal so ein bisschen als der Abschnittsleiter wechselte, aber das ist tatsächlich über das Drogenreferat ganz gut organisiert, dass es regelmäßige Kooperationsrunden gibt, wo Dinge besprochen werden. Naja, meistens streitet man sich ja dann bei der Durchführung polizeilicher Maßnahmen und da, das respektiert der Abschnitt tatsächlich, dass die jetzt nicht vor dem U-Bahnhof oder dem S-Bahnhof auf der Strecke zur Birkenstube da die Konsumenten abfangen und auch das LKA sichert zu, dass sie tatsächlich die Aktivitäten an den S-Bahnhöfen, dass sich das auf die Händler konzentriert." (G 9)

Schwierigkeiten treten in der Regel dann auf, wenn Ausbildungsübungen stattfinden.

"Also wenn es Schwierigkeiten gab, dann häufig in dem Zusammenhang, wenn dann so Ausbildungsübungen, die dann nicht mit dem Abschnitt so gekoppelt waren, stattgefunden haben. Aber auch da haben wir eigentlich ein offenes Ohr, erklären das nochmal, geben dann Hinweise, dass es sich da um einen Drogenkonsumraum handelt und dass man da in dem Umkreis jetzt... Also, jemand, der offensichtlich so aussieht, als wär er opiatabhängig und der bewegt sich vom U-Bahnhof in die Richtung, dass man den nicht abfängt, auch, wenn man sicher sein kann, der hat wahrscheinlich was dabei, aber das wäre... Es ist sinnvoll, dass er den Drogenkonsumraum... also das ist schon anerkannt. So habe ich den Eindruck." (G 9)

Außerdem erinnert sich ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin, dass der Polizeipräsident ein Rundschreiben an die Dienststellen verfasst hat, welche Graubereiche geduldet werden.

"Auch mit der Polizei pflegen wir die Kontakte. Die unterstützen uns auch. Damals hat der Polizeipräsident ein Rundschreiben an die Dienststellen verfasst, bevor er sich verabschiedet hat. Es wurde nochmal aktualisiert, nochmal rumgeschickt. Wo den Beamten erklärt wurde, wie man sozusagen die rechtlichen Graubereiche händeln kann als Beamter. Man hat ja Legalitätsprinzip und dass man aber nicht davon ausgehen muss, dass da einer was auf Tasche hat, wenn er in den Drogenkonsumraum reingeht." (G 19)

Auch zum LKA bestehen Kontakte. Hierbei geht es vor allem um den Wissenstransfer von Substanzen.

"Dass wir nicht wissen, was die Leute konsumieren. LKA hat einen guten Überblick über den Markt, die geben uns mittlerweile auch Informationen rüber." (G 27)

Trotz dieser guten Kooperation ist es den Fachkräften wichtig, klarzustellen, dass sie ein Rollenverständnis bewahren.

"Also das heißt auf der Ebene haben wir gute Kontakte. Aber wir sind auch trainiert. Also es ist jetzt nicht, dass wir uns mit denen verbrüdern. Wir wissen, es gibt bestimmte Rollen, auf die achten wir auch." (G 21)

Durch die gute Öffentlichkeitsarbeit konnte über die Jahre auch das Verhältnis zu der jeweiligen Nachbarschaft stabilisiert werden.

"Und dann hat jemand erzählt, er hatte Befürchtungen, weil er Eigentumswohnungen in der Ecke besitzt und hat noch vor 10 Jahren wild demonstriert gegen die Einrichtung der Birkenstube und jetzt merken sie gar nicht, dass die Birkenstube da ist. Und es ist tatsächlich so, dass es nicht auffällt. Also ab und an stehen Leute davor, aber seit dem Nichtraucherschutzgesetz stehen ja überall mal rauchende Leute vor der Tür. Insofern fällt es überhaupt nicht auf und wir haben gar keine Schwierigkeiten mit Nachbarn." (G 10)

In Rahmen des sozialraumorientierten Arbeitsansatzes der MitarbeiterInnen werden auch weitere AkteureInnen involviert.

"Aber das ist auch in Verbindung mit der engen Zusammenarbeit mit der Kommune und das ist ja auch unser Ansatz, an allen Standorten, also Drogenkonsumraum A, da bin ich nicht so dicht dran, aber Drogenkonsumraum B, dass wir damit der Kommunalverwaltung, also mit den verschiedenen Abteilungen, also Gesundheit, Ordnungsamt, Bauamt. Mit denen auch wirklich zu schauen, was sind die Belange der Bürger." (G 17)

International sehen die Fachkräfte keine gewinnbringenden Vernetzungen. Neben dem Informationsaustausch in deutschen Netzwerken liegt der Fokus jedoch auf der Verankerung im Berliner Gemeinwesen.

"(...) Ich glaube da werden die anderen eher von uns profitieren, als dass wir jetzt profitieren. Für uns sind eher die deutschen Netzwerke, was das fachlich betrifft, also das deutsche Netzwerk und in Berlin ist es einfach die Verankerung im Gemeinwesen. Da geht es um alltägliche Probleme, um Müll, um Spritzen, um Konsumenten die kommen oder auch nicht kommen. Das wir da eine gute Zusammenarbeit haben. Also noch nicht mal drogenhilfespezifisch, weil dafür sind wir schon zu speziell. Also die Zusammenarbeit mit den regionalen Beratungsstellen, also jetzt bei Drogenkonsumraum 1 mit Einrichtung Z, die funktioniert ja sehr gut und in Stadtteil Y ist Einrichtung X mit der Zusammenarbeit. Das ist aber nicht so intensiv wie mit Z." (G 24)

Es gibt auch MitarbeiterInnen, die der überregionalen Vernetzung keine große Bedeutung bemessen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Haltung der anderen MitarbeiterInnen sehr unterschiedlich ist. Dafür wir die Vernetzung und enge Kooperation zwischen vista und Fixpunkt sehr geschätzt.

"Drogenkonsumraumtreffen für die Drogenkonsumraumleiter und leiterinnen – bei schönem Wetter in Hamburg. Ja, aber da merkt man auch, dass sind sehr verschwiegene Leute. Auch mit sehr verschiedenen Einstellungen. Die Einrichtungen haben sehr unterschiedliche Regeln. Die Leute haben sehr unterschiedliche Vorstellungen, wie die Arbeit zu sein hat. Aber da gibt es eine Vernetzung. Da quatscht man miteinander. Das ist schon ganz nett. und dann sind wir natürlich vernetzt, oder ein Teil der großen Träger, weil wir zu zwei großen Trägern, oder zu zwei Trägern zumindest gehören. Also wir sind ja mit allen was Vista heißt und allem was Fixpunkt heißt natürlich wunderbar vernetzt." (G 34)

Ebenfalls kommt zur Sprache, dass eine Kooperation nicht nur von der fachlichen, sondern manchmal auch von der persönlichen Seite passen muss.

"Manchmal läuft es sehr gut und manchmal läuft gar nichts an Kooperation. Das kommt nicht nur vom fachlichen, sondern auch vom persönlichen. Welche Beziehung hat das Pflegepersonal mit Sozialpädagogen? Spielt auch eine große Rolle." (G 36)

Ein MitarbeiterInnen fasst das Verhältnis zu anderen Trägern kurz zusammen und stellt dabei nochmals das Ziel des eigenen Angebots dar.

"Wir sind ein Teil von einem Netzwerk, das gut zusammenarbeiten sollte. Und wir sehen uns nicht als die einzige Lösung. Wir sind einfach nur in einem gewissen Moment in einem Leben von einem Menschen. (…)" (G 43)

9 Entwicklungen

Bevor auf die Kategorie "Weiterentwicklung" und "Empfehlungen" eingegangen wird, soll kurz die Entwicklung der Drogenkonsumräume in Berlin skizziert werden. Dazu wurden die InterviewpartnerInnen zu ihrer Erinnerung an die letzten bis zu 10 Jahre befragt: Was gab es für Veränderungen bezüglich Konsumform, Drogenart, Klientel, was wurde in den Einrichtungen getan?

Die Anfänge schließen auch die enge Kooperation der beiden Träger Fixpunkt und vista ein.

"(...) das war natürlich auch eine politische Geschichte ein Stück weit. Fixpunkt war sicherlich der Träger, der jahrelang schon Drogenkonsumräume gefordert hat und da auch ganz weit vorne stand. Aber dann auch ein Stück weit als kleinerer Verein gesagt hat "Ja okay, wir als kleinerer Verein können und wollen das nicht stemmen." Und vista hat eben in dem Bezirk Tiergarten den Hut auf für die Drogenberatung. Das man dann gesagt hat "Gut, dann machen wir das in Kooperation." Und die SKA war ja damals ein ganz anderer Träger." (G 2)

Es wird auch nochmals darauf zurückgeblickt, dass Berlin erst recht spät ein Drogenkonsumraumangebot für Heroinkonsumenten etablierte.

> "Also Berlin war ja nicht gerade Vorreiter mit Drogenkonsumräumen, sondern es war dann unter damals dann rot-rot möglich, sprich, es wurde eine Rechtsverordnung erlassen, und 2003 startet als erstes das Drogenkonsummobil am Zoo. Dann im Februar/März 2004 kamen die beiden stationären Angebote dazu." (G 3)

Anhand der Entwicklung stellt ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin auch fest, dass die Kapazitäten längst nicht mehr ausreichend sind.

"Insgesamt wird die Einrichtung sehr stark in Anspruch genommen und man muss sagen, es ist so eine stetige Entwicklung und man merkt, dass wir da eigentlich so kapazitätsmäßig herauswachsen müssten." (G 10)

An Veränderungen haben die Fachkräfte beispielsweise beobachtet, dass durch verschiedene Projekte mehr Klienten und Klientinnen Heroin inhalieren.

"Es wird mehr geraucht. Aber schon seit einigen Jahren. Was ja auch ein Thema schon war. Damals das ja Projektthema, wo wir ja auch schon diese Folienpacks entwickelt haben und dann kam ja nochmal Smoke it, was ja vielleicht auch nochmal ein bisschen stärker war. Also da hat sich was geändert." (G 4)

Hier wird besonders hervorgehoben, dass bereits mehr als die Hälfte der Konsumvorgänge im Rauchraum stattfinden. Allerdings hat der/die Mitarbeiter/Mitarbeiterin nicht nur positive Veränderungen anzumerken, sondern weist auch auf die immer prekärer werdenden Lebenswelten der Klienten und Klientinnen hin.

"Eine Entwicklung zum Beispiel zur Änderung des Konsumverhaltens zu mehr Rauchen. Das ist ja schon mehr als 50% der Konsumvorgänge. Veränderungsverhalten. Dann eine Veränderung in der Situation der Klienten, ist, dass für die obdachlose Kundschaft die Unterbringung nach dem allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetz Berlins nicht mehr gewährleistet ist. Immer mehr Leute sind tatsächlich ohne Dach über dem Kopf und haben zwar Zettel in der Hand, dass die Kosten für eine Pension übernommen werden, aber es keine Pensionsplätze mehr gibt. Also sind inzwischen auch Leute die krank verelendet, sagen wir mal dreifach Diagnosen haben, obdachlos. Dann hat sich in der Struktur der Einrichtung verändert, dass wir infolge der höheren Nachfrage nach alternativen Konsumplätzen, den Drogenkonsumraum erweitert haben. Dass es sich in der Art und Weise der Einrichtung ändert und dann hat sich hier noch verändert, dass ein Raum geschaffen wurde, indem man den Datenschutzrichtlinien entsprechend, vertrauliche Gespräche führen kann. Gerade für die Aufnahme von neuen Kunden." (G 13)

Eine Fachkraft konnte in dem vergangenen Jahrzehnt ein starkes Interesse an safer use-Maßnahmen feststellen.

"Ich bin jetzt elf Jahre dabei und es hat sich geändert auf jeden Fall (...) dass es doch eine Bereitschaft gibt, zu den safer use-Geschichten." (G 16)

Um den Bedarf an Rauchutensilien zu decken, stellt das eine Team eigene Informationsmaterialien zusammen, die stets Abnehmer finden.

"Wir haben diese Folienpackungen. Ich glaube diese Folienpackungen, die Blöcke, haben wir nicht mehr aus Kostengründen. Was wir halt machen, aber das ist dann eher als Interventionsmaterial, wir sprechen mit den Leuten übers Rauchen als konsumärmere Variante und geben ihnen dann dafür so ein Pack mit Informationsmaterial und Grundausstattung mit. Genauso haben wir auch Sniefen. Da muss man auch manchmal sagen: Nein, du kannst nicht dreimal die Woche drei solche Packen

abgreifen. Du kriegst einfach nur Folie. Weil du bist jetzt gebrieft und es kostet einen Haufen Arbeit diese Dinger zu packen. Wir können die nicht raushauen wie geschnitten Brot." (G 24)

Woran das veränderte Konsumverhalten letztendlich ausgemacht werden kann, vermag keiner der Befragten zu sagen. Erfreulich wären sicherlich die Interventionsmaßnahmen, die durchgeführt werden, doch die Gründe werden sehr vielschichtig sein.

"Das Konsumverhalten hat sich verändert. Die Gründe könnte man jetzt einmal sozialpädagogisch, optimistisch sagen, dass durch unsere präventiven Botschaften, die Leute denken: Hey, dann rauche ich doch mal lieber. Ich denke aber mal eher, dass durch die gealterte Klientel, einfach die gesundheitlichen Probleme beim intravenösen Konsum immer größer werden. Und wenn es eben nicht mehr geht, eben geraucht wird. Ein Grund kann aber auch sein, dass anderes Klientel kommt, mit anderem Konsum." (G 14)

Positiv wird bewertet, dass der Träger die Kapazität des Raucherraums den Bedarfen angepasst hat.

"Das kann aber auch an 1000 anderen verschiedenen Faktoren liegen. Das kann auch daran liegen, dass andere Kundenströme zu uns kommen. Kann, kann, kann. Auf jeden Fall, finden wir es gut. Und wir finden es gut, dass wir darauf reagieren konnten, indem wir die Kapazitäten von Raucherraum um 50% erhöht haben." (G 15)

Dass andere Substanzen konsumiert werden, kann in Berlin nicht verzeichnet werden.

"Nochmal zu veränderten Drogen, welche Substanzen konsumiert werden. Da hast sich jetzt nicht so viel geändert. Also Crack ist in Berlin nie so richtig angekommen. Das waren Einzelfälle. Was jetzt schon so ein bisschen mehr wird, sind Amphetamine. Und Fentanyl. Also nun kein Massenproblem, aber es kommt schon vor." (G 6-G7)

Erneut werden die mittlerweile sehr guten Kooperationen mit der Polizei gelobt – dies lässt sich bereits in Kategorie 09 einsehen.

"Also ich bin jetzt zu einem Zeitpunkt dazu gestoßen, wo ich relativ gute Kooperationen auch mit der Polizei vorgefunden habe." (G 11) Als negative Entwicklung, neben den schwierigeren Lebensverhältnissen als noch vor 20 Jahren, wird auch das sehr junge Alter einiger Konsumenten und Konsumentinnen wahrgenommen.

"Und ansonsten erschreckt mich doch immer wieder, dass so junge Leute dazukommen, weil ich denke immer so in Kreuzberg mit Prinzip Abschreckung, aber nichts greift. Die sind aufgeklärt worden. In der Schule spricht man drüber. Sie sehen auf der Straße den Verfall (...) Da erschreckt mich immer wieder, dass ja eigentlich diese ganzen Geschichten, von denen man früher immer so viel gesprochen hat, nicht greifen. Auch der Elternhintergrund ist eigentlich völlig unerheblich. Gehäuft sind schon die zerrütteten Familien. Aber da gibt es keine Veränderung." (G 17)

Sorge bereiten auch die immer wieder kehrenden Notfälle, die atypisch verlaufen.

"Es sind auch in letzter Zeit relativ viele atypische Notfälle passiert. Wo wir nicht wussten, wo es hinausläuft. Oder warum und was da ist. Sehr oft war halt das Credo: Ja, Atemdepression bei Heroin. Herz schlägt noch lang, krampfen tun sie nicht. Das kommt schon öfter mal vor. Heroin genommen, Krampfanfall und jetzt? Was machen wir?" (G 25)

10 Weiterentwicklung und Barrieren

Auf die Frage nach der Weiterentwicklung und mögliche Barrieren einer solchen herrscht ein allgemeiner Konsens. Das spiegelt sich in dem zum Teil sich ähnelnden Aussagen wieder. Themen, welche angesprochen wurden, sind:

- 1. Erweiterung des Angebots
 - 1.1 Stationäre Einrichtung am Stuttgarter Platz
 - 1.2 Dezentralisierung
 - 1.3 Angebotsentwicklung für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen
 - 1.4 Drogenkonsumraum für Frauen in der Kurfürstenstraße
- 2. Finanzielle Ressourcen
- 3. Personelle Ressourcen

- 4. Datensammlung und Dokumentation
- 5. Ausstattung
- 6. Öffnungszeiten

10.1 Erweiterung des Angebots

10.1.1 Stationäre Einrichtung am Stuttgarter Platz

Bei dem Punkt "Erweiterung des Angebots" wird rasch klar, dass die momentane Kapazität nicht mehr ausreichend ist. Vor allem betrifft diese Einschätzung die Situation am Stuttgarter Platz, an dem das Drogenkonsummobil montags bis freitags von jeweils 14.00 bis 18.00 Uhr steht.

"Also es gab einen hochgradigen überparteilichen Konsens, dass man uns unterstützen möchte. Von Pirat bis CDU. Für den Stutti. Das war jetzt nochmal für uns eine Absicherung, dass es politisch auch gewünscht ist und unterstützt wird. Konkret auf dem Stutti. Und da sind wir noch weiter dabei, da wir denken, dass muss noch ausgebaut und verstetigt werden." (G 9)

"Ja natürlich immer bei Haushaltsverhandlungen, und auch gerade jetzt laufen wir ja wieder die Haushaltsverhandlungen für einen doppelten Haushalt, da geht es auch darum, dass wir mehr Geld, um zum Beispiel auch am Stuttgarter Platz, wo ja jetzt das Drogenkonsummobil steht, wo die Konsum- und Arbeitsbedingung einfach – ich will jetzt nicht sagen katastrophal – aber es ist, also der Bedarf ist deutlich höher und ich finde die Arbeitsbedingungen auch für die Mitarbeiter auch wirklich grenzwertig da im Drogenkonsummobil, mit dem Wegschicken, mit dem – egal. Auf jeden Fall da wäre jetzt eine stationäre Einrichtung einfach sinnvoll." (G 2)

Die Erweiterung erscheint vor allem vor dem Hintergrund sinnvoll, dass sich oftmals viele Konsumenten und Konsumentinnen vor dem Drogenkonsummobil versammeln, um auf Einlass in das Drogenkonsummobil zu warten. Wird auf das Bedürfnis der Wartenden nicht zeitnah eingegangen, verlieren sich viele Konsumenten und Konsumentinnen in dem angrenzenden Grünstreifen und konsumieren folglich wieder in der Öffentlichkeit, was ganz klar dem Präventionsgedanken widerspricht.

"Jetzt momentan ist es das Wichtigste, dass für den Stuttgarter Platz eine richtige Räumlichkeit gefunden wird. Das Drogenkonsummobil reicht hinten und vorne nicht mehr aus. Gar nicht mehr. Wir haben nur drei Konsumplätze. Ich habe vorgestern dort gearbeitet. Es standen acht Leute vor dem Drogenkonsummobil, die gewartet haben. Acht Leute und das ist kein Einzelfall. Und was passiert, wenn die Leute keine Geduld haben. Die gehen dann auf den Grünstreifen und konsumieren da." (G 17)

Die Folge sind teilweise Notfälle in unmittelbarer Nähe zum Drogenkonsummobil, bei denen die MitarbeiterInnen selbstverständlich Erste Hilfe leisten, dadurch jedoch ihren Arbeitsplatz verlassen müssen. Würden die Konsumenten und Konsumentinnen aufgrund der beschränkten Kapazität nicht abgewiesen, ließen sich solche Vorfälle vermeiden.

"Und das ein oder andere Mal hatten wir dann auf dem Grünstreifen einen Notfall. Die Kollegen mussten eben raussprinten aus dem Drogenkonsummobil und dort eben jemandem helfen. Was sicherlich besser gewesen wäre, wenn einer bei uns umgekippt wäre. Es geht einfach nicht. Ich habe auch unheimlich viele Verbände an dem Tag gemacht. Obwohl überhaupt nicht der Platz dafür da ist. Also kleine Verbände gehen immer, aber dann kamen Leute mit chronischen Wunden. Wo ich weiß, die gehen nie zum Oranienplatz zum Gesundheitsmobil. Oder ähnliches zum Behandeln. Weil sie sind ja jetzt hier. Und das Problem ist hier und jetzt und das Wegschicken bringt nichts. Der Bedarf ist einfach so hoch. Wir brauchen da Räumlichkeiten. So schnell wie möglich. Es ist ganz wichtig." (G 18)

10.1.2 Dezentralisierung

Neben der Thematik um den Stuttgarter Platz wurden in den Interviews sehr detaillierte Überlegungen laut, wie Berlin die Dezentralisierung und die damit einhergehende Erweiterung lösen könnte. So gibt es beispielsweise den Vorschlag zum "Einzelplatzdrogenkonsumraum-Modell", welches unter der Kategorie "Empfehlungen" näher erläutert wird.

"Einzelplatzkonsum. Also das ist jetzt noch nicht ausgereift, aber das man Konsummöglichkeiten/ Also ein einzelner Platz und das nicht als öffentliches Angebot, sondern nur für die Klienten in Einrichtungen. Also ein Club-Karten-Modell. Wo man sagt: Es

wären dann 30 Leute, die in der Beratung sind und denen möchte man mit Einzelfallindikationen die Möglichkeit eröffnen bis sie ihre Substitution oder ihren Entzug antreten." (G 13)

10.1.3 Angebotsentwicklung für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen Ebenfalls wird in den Interviews deutlich, dass Bedarf an einem Angebot für Klienten und Klientinnen aus dem asiatischen Kulturkreis besteht. Hierbei klingt Kritik über den Abbau der Spritzenautomaten an. Denn die MitarbeiterInnen der Suchthilfe beobachten die Nutzung durch Menschen mit asiatischem Hintergrund.

"(…) finde ich, sollte man für asiatische Drogenabhängige was machen. Es ist eine große Menge in Berlin und wir haben fast keine Kunden von denen. Ein, zwei in den zehn Jahren jetzt. Aber wenn man am Automat steht, sieht man, dass zehn, zwanzig Leute in einer halben Stunde kommen. Und nehmen sich Spritzen. In der Region Marzahn oder Osten, da gibt es schon Chinatown. Und da sind viele drogenabhängig." (G22)

10.1.4 Drogenkonsumraum für Frauen in der Kurfürstenstraße

Dass kein spezifisches Frauenangebot stattfindet, wird weiterhin bemängelt. Es ist zwar offensichtlich, dass es sehr wenig Klientel gibt – dies schließt aber keinesfalls einen Bedarf aus. In dem Abschnitt "Dimension Gender: Frauen" wird näher auf die Situation eingegangen.

"Aber ein Drogenkonsumraum von Frauen für Frauen, das sehen Sie, es ist eigentlich geboten, aber da gibt es kein Geld. Und da gibt es auch zu wenig Klientel. Da müsste eine sehr zentrale Stelle sein, wo wirklich viele Frauen reinkommen." (G 46)

Barrieren existieren hierbei durch das ablehnende Verhalten eines anderen Trägers.

"(…)Wo es Sinn gemacht hätte, wäre in der Kurfürstenstraße. Und da ist jetzt ein anderer Träger, der sich damals explizit gegen Drogenkonsumräume ausgesprochen hat. Also da ist eine Kontaktstelle für die Frauen. Und da haben wir gesagt, da hätte ein Drogenkonsumraum hingehört." (G 26)

10.2 Finanzielle Ressourcen

In den durchgeführten Diskussionsrunden wurde immer wieder der Wunsch nach finanziellen Ressourcen laut. Die MitarbeiterInnen sind sich bewusst über die Haushaltslage, wünschen sich aber mehr finanzielle Unterstützung um ein bedarfsgerechtes und zufriedenstellendes Angebot gewährleisten zu können. Hierbei geht es ausschließlich um finanzielle Ressourcen für die Aufrechterhaltung des jeweiligen Betriebs und nicht um die Forderung nach einer höheren Vergütung.

"Viel mehr kann man im Moment nicht machen, außer diese Einrichtung pflegen und das ist eine Sache, die nicht unterschätzt werden darf, dass so eine Einrichtung eine hohe Frequenz an Besuchern und mit einer ich sag mal so intensiven Nutzung, gepflegt werden muss. Da ist mein Wunsch eigentlich, dass wir ein bisschen mehr Geld für Reinigung zur Verfügung haben und wenn ich mir das angucke bei Büros, wo nicht geduscht wird, keine Wäsche gewaschen, nicht gegessen wird jeden Tag eine Putzkraft haben, zwei Mal die Woche zwei Stunden, also da wünsch ich mir ein bisschen mehr, da muss man die Mittel dementsprechend sich angucken. Aber auf jeden Fall ist das eine Sache, die ist notwendig, dass hier mehrere Stunden gereinigt und geputzt wird. Und dann gibt es eben auch immer wieder Renovierungsmöglichkeiten wie im Badezimmer, wo wir Geld reinstecken müssen, damit man die Kacheln, dass es da keinen Wasserschaden gibt und man das alles hygienisch sauber halten kann. Da müssen wir immer neu renovieren. Mit abwaschbarer Farbe. Das ist so was die räumlichen Dinge angeht. Ausstattung mit Materialien wäre die nächste Sache, da denk ich immer so ein bisschen in die Zukunft, wann geht die Waschmaschine kaputt, wann geht der Geschirrspüler kaputt, da denke ich dann manchmal, dass ich gern einen Gewerbegeschirrspüler für die Einrichtung hätte, aber dann kriegen wir das mit unserer Logistik auch so hin, dass wir auch mit unserem Haushaltsgerät hin kommen. Im Grunde genommen funktioniert das hier ja eigentlich sehr gut. Muss ich sagen. (...)" (G 5)

Es zeigt sich bei allen InterviewpartnerInnen, dass die finanziellen Mittel kaum den Bedarf decken. Alle Beteiligten gehen umsichtig mit den vorhandenen Ressourcen um.

"Wir widmen dann und wann Mittel, wenn dann und wann anders Mittel nicht verwendet werden können in die Birkenstube um, was aber mehr dazu dient, den Bedarf zu decken. Also alles auch für die Utensilienvergabe und die Mittel für den Drogenkonsumraum. Das reicht bei Weitem nicht mehr aus an Mitteln, was Fixpunkt zur Verfügung hat und auch wir machen Erneuerungen, also wenn Gebrauchsgegenstände zu stark abgenutzt werden oder der sanitäre Bereich muss jetzt saniert werden, da muss man mal gucken, wie man das Geld woanders zusammenkratzen kann. Also, selbst wenn wir woanders was übrig hätten, ist es nicht so, dass wir dadurch direkt das Angebot erweitern könnte, sondern, man muss einfach gucken, dass man dann die Einrichtung mehr oder weniger in Schuss halten kann." (G 35)

Die finanzielle Knappheit wirkt sich dennoch auch auf die personelle Situation aus. In einem gesonderten Punkt wird auf diese Barriere detaillierter eingegangen.

"Das ist ja die große Klage: Wir haben zu wenig Geld. Das natürlich auch klar ist, dass man mit Mitarbeitern, die verschiedene Standorte abdecken, mobil, flexibel auf Veränderungen reagieren oder auch Ausfälle kompensieren muss. Nur ist das mobile Team so mager ausgestattet. Wenn man die auf drei Einrichtungen aufteilen würde, würde es gar nicht funktionieren. Und es funktioniert jetzt auch nur mit Mühe und Not. Weil wir wirklich auf Verschleiß runtergefahren sind." (G 39)

10.3 Personelle Ressourcen

Neben den als gering empfundenen finanziellen Mitteln, zeigt sich auch eine Diskrepanz bei den personellen Ressourcen.

"Wir haben zu wenig Mittel, um konsequent Streetwork zu machen. Wir haben zu wenig Personal. Kriegen das leider so nicht realisiert. Wir versuchen immer mal ein bisschen was abzuknapsen. Irgendwo während den Öffnungszeiten vor an den Kotti zu gehen oder so was. Jetzt gerade haben wir eine ehrenamtliche Unterstützungskraft und das entlastet uns ein bisschen im Dienstplan. Aber das ist eher so ein temporäres Ding." (G 49)

Bei diesem Punkt wird besonders die Situation der MitarbeiterInnen in den DKR deutlich, die keine Vollzeitstelle besetzen können, da dies die Öffnungszeiten nicht zulassen.

"Ja, es braucht in Berlin noch einen dritten Drogenkonsumraum. Die Einrichtungen die da sind sollten personell aufgestockt werden, dass es den Leuten mehr Zeit gibt. Indem man mehr Stunden bezahlt, dann kann man auch davon leben." (G 16)

10.4 Datensammlung und Dokumentation

Die Dokumentationsmöglichkeiten werden allgemein als nicht zufriedenstellend empfunden, da die Software den Anforderungen nicht gerecht und in einigen Fällen sogar mit Strichlisten in Papierform gearbeitet wird. Um den Klienten und Klientinnen jederzeit und jederorts behilflich zu sein, werden auch hier Weiterentwicklungen gern gesehen.

"Wir hätten aber auch gerne eine Lösung oder Ideen, weil unsere ist installiert worden, der Programmierer ist tot. Über Hamburg, Herrn X, das ist auch nicht wirklich komfortabel. Und wir sammeln viele Daten, die man mal entrümpeln müsste. Entweder weglassen oder auswerten. Also das was wir an Dokumentation machen, werdet ihr ja auch festgestellt haben, die Fleißarbeit. Also entweder arbeitet man mit den Daten oder man lässt es sein. Aber das ganze Thema Datensammlung finde ich sollte man sich auch nochmal anschauen." (G 14)

10.5 Ausstattung

Die Punkte finanzielle Ressourcen und Ausstattung überschneiden sich an der einen oder anderen Stelle. Festzuhalten ist der Wunsch nach Verbesserung wie bereits in G 5 ausgeführt. Ebenfalls werden die Räumlichkeiten als beengend empfunden und schneiden im Vergleich zu Drogenkonsumräumen in anderen Bundesländern nicht positiv ab.

"Ansonsten find ich, sind die Einrichtungen in Berlin sehr – na gut, ich kenn auch andere Druckräume – also das ist klein, eng, suboptimal. Auch wenn die wirklich gut ausgelastet sind, für alle Beteiligten auch schon eine ganz schöne Belastung. Also wenn ich mir jetzt vorstelle, die Einrichtung mit der Frequenz jetzt wie die SKA im Moment, die läuft ja jetzt auch gut, oder die Birkenstube,

wenn die jetzt acht oder zehn Stunden am Tag offen hätte, das wäre kaum zu managen, in den Räumen." (G 27)

"(…) von der Ausstattung aufgrund der starken Nutzung müsste man da viel häufiger Dinge ersetzen." (G 34)

10.6 Öffnungszeiten

Nicht nur bei den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume waren die Öffnungszeiten ein großes Thema, sondern auch bei den MitarbeiterInnen von Fixpunkt und vista. Dass die knappen Öffnungszeiten der finanziellen Lage geschuldet sind, lässt sich den vorangegangenen Aussagen entnehmen. Doch die Öffnungszeiten werden als wichtiges Mittel wahrgenommen, um den Auftrag einer funktionierenden Suchthilfe gewährleisten zu können. Deshalb stoßen die vorhandenen Öffnungszeiten auf Unverständnis.

"Bei einer Einrichtung, die dazu beitragen soll, die Sterblichkeitsquote von einem bestimmten Bevölkerungsanteil zu senken und die Leute machen das eben 24/7. Die ballern ja nicht nur Montag bis Freitag von 11 bis 16 Uhr. Und wenn man sich vorstellt, wie albern wenig das kostet, dann kann man nur sagen, das ist wohl politisch nicht gewollt, dass es Einrichtungen gibt, in Berlin, die diese Arbeit so anbieten, dass es einen noch größeren hilfreicheren Effekt für die Individuen und die Gesamtgesellschaft hätte." (G 44)

11 Empfehlungen

Jedes der geführten Interviews erhält eine Fülle an Informationen und zeigt das Interesse der beteiligten MitarbeiterInnen der Drogenkonsumraumeinrichtungen sowie die Ernsthaftigkeit, die Bedürfnisse der Klientel wahrzunehmen. Die ausgesprochenen Empfehlungen unterstreichen die Haltung noch einmal.

Wie sich bereits anhand der Kategorie "Weiterentwicklung" absehen lässt, gibt es vor allem einen Wunsch nach mehr Kapazität durch Dezentralisierung sowie die Erhöhung der finanziellen und personellen Ressourcen, um die Ausstattung zu verbessern, das sozialarbeiterische Angebot zu erweitern und die Öffnungszeiten zu verlängern. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen der Befragten wieder.

- "(…) ein bisschen mehr Geld für Reinigung zur Verfügung (…)" (G 9)
- "(...) auch immer wieder Renovierungsmöglichkeiten (...)" (G 10)
- "(...) Ausstattung mit Materialien (...)" (G 11)

Allgemein lässt sich festhalten, dass die MitarbeiterInnen viele Ideen haben, die sich bei stärkeren personellen Kapazitäten und die Anhebung finanzieller Ressourcen durchführen ließen.

"Das könnte man hier machen. Aber wenn wir hier alle volle Stellen hätten. Ja dann AUF. Dann können wir hier einmal die Woche KISS, zweimal die Woche Ohrakupunktur und den Rest ins kreative Schreiben und Makramee nach Zahlen oder sowas anbieten. Oder Meditation und frag mich nicht. Das könnte man alles machen. Das Klientel wäre da. Sicher auch das Interesse des Klientels. Wenn wir hier Ohrakupunktur anbieten würden, für umme, für vier Leute. Die Sessel habe ich im Grunde genommen schon. Die würden kommen. Da würden auch mehr kommen. Das wäre mit Sicherheit eine Sache, die richtig fein wäre. (...)" (G 16)

Das SKA-System wird besonders hervorgehoben. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass immer ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin – unabhängig ob Pflegekraft oder SozialarbeiterIn – mit im Drogenkonsumraum ist. Die dadurch intensive Beziehungsarbeit wird von allen Seiten positiv gelobt. Hier besteht die Anregung, dass dies auch in der Birkenstube umgesetzt wird.

"Das gibt es soweit ich es kennengelernt habe, eigentlich nur in der SKA. Dass da die Sozialarbeiter rotieren und das die auch ganz gezielt mit reingehen. Dass wir schon, wenn wir in einer Dienstbesprechung so einen Prozess vorbereitet haben: Hier da ist ein Klient und der geht eigentlich nur ballern und ist dann wieder draußen und das man sagt, gut dann versucht man die Beziehung zum Sozialarbeiter im Drogenkonsumraum anzufangen, zu beginnen. Und damit haben wir eigentlich gute Erfahrungen gemacht und das war auch jahrelang ein Bemühen von mir, das so zu machen, weil ich denke, dieses Rotieren, dass wir auch draußen mehr im Gespräch mit den Klienten sind, schafft da auch wieder andere Beziehungen." (G 20)

Zudem betätigen sich in der SKA auch die PflegemitarbeiterInnen durchaus bei der Konsumutensilienausgabe. Dies ermöglicht dieser Personengruppe einen weiteren Zugang zum Klientel. Bei diesem rotierenden System entstehen wertvolle Synergieeffekte – so der Konsens.

"Das sollte auch in allen drei Drogenkonsumräumen gemacht werden. Gerade auch wir Pflegeleute, dann können wir am Tresen stehen oder am Spritzentausch und manche kommen ja nur zum Spritzentausch und trauen sich gar nicht bei uns eventuell zu konsumieren. Und dass man da sagt: Ok, ich erkläre dir das mal. Ich biete es dir an. Vielleicht auch die Angst nehmen, oder die Bedenken einfach nehmen und der ein oder andere verläuft sich dann mal bei uns im Drogenkonsumraum und ja das ist immer ganz schön." (G 21)

Konkret werden nachfolgende Empfehlungen eingebracht, die wiederum in die bereits oben benannten Themen unterteilt sind. Als neue Punkte finden sich abschließend die Kategorie "Zugangsvoraussetzungen der Drogenkonsumräume", die gemäß der Empfehlungen einer Anpassung bedürfen, sowie "Drug-Checking".

11.1 Erweiterung des Angebots

Allgemein gibt es die Empfehlung, ein Pendant zum Hamburger Drop Inn zu schaffen:

"Ich verstehe nicht diese Gerhard-Hauptmann-Schule, die ist ja praktisch wie ein Bonbon, das man uns vor die Tür gelegt hat. Das man das nutzt als großes Suchthilfezentrum. In dem Sinne wie in Hamburg das Drop Inn. Mit Schlafbetten, mit Tagesbetten. Also das man auch mal auf die Lebenswirklichkeit der Klienten eingeht, die zu uns kommen. Nicht vom Drogenkonsumenten, sondern von den Klienten die zu uns kommen wie viele laufen krank draußen rum?" (G 25)

11.1.1 Stationäre Einrichtung am Stuttgarter Platz

Bei dem Stichwort Empfehlung wird nochmals deutlich, wie essentiell eine Einrichtung unmittelbar am Stuttgarter Platz ist.

"Je weiter wir vom Stutti weggehen, mit einer Räumlichkeit, umso mehr Leute werden wir unterwegs im Gebüsch verlieren. Also die Leute gehen dann noch nicht mal ins Gebüsch. Also 100 Meter weiter. Insofern kommt man nicht umhin, ob es einem gefällt oder nicht, in diesem sensiblen Bereich eine Lösung zu finden." (G 13)

11.1.2 Dezentralisierung

Beim Punkt Dezentralisierung lässt sich erkennen, dass mehr Konsumenten und Konsumentinnen erreicht werden würden, wenn es Angebote auch in anderen Stadtteilen gäbe.

"Berlin hat ja nie so wie Frankfurt oder Hamburg so eine große öffentliche Szene, was für Berlin gut wäre, wären z. B, wenn wir im Druckausgleich in Neukölln, wenn da einfach noch für die Nutzer des Druckausgleiches eine Konsummöglichkeit gäbe." (G 3)

"Ja, genau. Kleine, ohne großes Aufsehen. Wo im Grunde die Nachbarn eigentlich das nicht mitkriegen würden, weil die Leute kommen ja sowieso und ob die dann noch konsumieren oder nicht… Was weiß ich, das eben in Spandau, … Eben flächig, weil Berlin ja eben auch recht großflächig verteilt ist. Um den Ganzen auch so die Dramatik nehmen." (G 4)

"(…) Aber es wäre schon gut, wenn es dezentral und das ausgebaut werden würde. Berlin ist nicht die Stadt für so ein großes Ding wie in Dortmund, in Hamburg oder auch in Frankfurt. So eine Konzentration." (G 5)

"Das ist ganz wichtig. Eine dezentrale Aufstellung der Drogenkonsumräume. Also es braucht einfach mehr und dezentraler und mit einer größeren Verteilung der Öffnungszeiten." (G 32)

Für das Einzelplatzdrogenkonsumraum-Modell, welches schon kurz unter der Kategorie "Weiterentwicklung" Beachtung gefunden hat, gibt es bereits ein Kurzkonzept. Hier bedarf es der Unterstützung durch den Senat.

"Wir würden aber auch gerne, das haben wir auch damals schon angeregt, ein Einzelplatzdrogenkonsumraum-Modell entwickeln. Das heißt für Einrichtungen, man will nicht 100.000 ausgeben oder 150.000. Wir haben in Neukölln was, wir haben in Spandau was, in Marzahn. Dass man sagen kann, es gibt Drogenhilfeeinrichtungen, die nach dem Club-Modell ihre Pappenheimer bei sich

konsumieren lassen können, ohne das ganze Brimborium. Also natürlich muss alles rechtens sein und Zulassung und so weiter, aber nicht: Wir haben zehn Plätze und fünf Stunden. Sondern da gibt es die Mädchenkammer und wenn dann einer in die Drogenberatung kommt, hatten wir mit Einrichtungen damals auch schon überlegt, dann mache ich gepflegt meine Drogenberatung und bereite meine Therapie vor und dann sage ich: "So, jetzt hätte ich auch gerne noch meine Spritze und wo ist denn das nächste Gebüsch?" Und dass ich ein so schönes Gespräch hatte mit meinem Berater. Ein therapeutisch sinnvoller Impuls wäre: "Ach komm, setz dich doch hier an den Tisch ich passe auf, ich habe auch eine Erste-Hilfe-Ausbildung. Mache jetzt hier schön deinen Druck und dann kannst du ganz zufrieden den nächsten Schritt gehen." Weil hier in Berlin die (unv.) heimisch sind. Also die Einrichtungen, die es gerne machen möchten, denen eine Option zu eröffnen." (G 12)

Durch das Einzelplatzdrogenkonsumraum-Modell versprechen sich die Beteiligten eine bessere Gewährleistung der Angebote.

"Das kann ich mir sehr gut vorstellen. Und das ist ja seit längerer Zeit schone ein Forderung von uns. Das wäre eine Möglichkeit, um einfach dezentraler operieren zu können. Sich aufzustellen." (G35)

Ebenfalls ist die dadurch entstehende Brückenfunktion nicht zu vernachlässigen.

"Also was Konsumplätze und bestehende Einrichtungen betrifft. Was ich mir gut vorstellen kann, sind niedrigschwellige Einrichtungen. Kontaktläden. Das ausstatten. Also Beratungsstellen." (G 34)

11.1.3 Angebotsentwicklung für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen Ein Angebot für asiatische Konsumenten und Konsumentinnen zu entwickeln, wird bereits bei der Kategorie "Weiterentwicklung" genannt, darf aber bei den Empfehlungen auch nicht fehlen. Hier wäre es wichtig den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln und konkret aufzuzeigen, aus welchen Teilen Asiens die Konsumenten und Konsumentinnen kommen, um eine zielgruppengerechte Ansprache zu ermöglichen.

"(...) finde ich, sollte man für asiatische Drogenabhängige was machen. Es ist eine große Menge in Berlin und wir haben fast keine Kunden von denen. Ein, zwei in den zehn Jahren jetzt. Aber wenn man am Automat steht, sieht man, dass zehn, 20 Leute in einer halben Stunde kommen. Und nehmen sich Spritzen. In der Region Marzahn oder Osten, da gibt es schon Chinatown. Und da sind viele drogenabhängig." (G 28)

11.1.4 Drogenkonsumraum für Frauen in der Kurfürstenstraße

Ebenfalls ist bei den Empfehlungen erneut auf die Bedürfnisse der weiblichen Klientel hingewiesen worden.

"(…)und von daher, so ein Frauendrogenkonsumraum, ist eine super Idee." (G 22)

11.2 Zugangsvoraussetzungen DKR

Bei den Zugangsvoraussetzungen spielen der Substitutionsstatus sowie der abzuschließende Nutzungsvertrag eine zentrale Rolle.

"(…) Minimum diese Substitutionseinschränkung heraus. Im Prinzip finde ich, müsste man auch anonym den Drogenkonsumraum nutzen können, aber ich glaube, das ist was… (…) Oder mit einem Decknamen… (…) Ja, ein Vertrag – ja, das ist eben… Da mache ich mir keine Hoffnung ehrlich gesagt. Aber mit Substitution finde ich, gehört eigentlich nicht so viel dazu, das zu machen." (G 3)

11.3 Öffnungszeiten

Dass es dringend eine Veränderung bei den Öffnungszeiten geben sollte, wird von jedem/jeder Interviewpartner/In als Anregung genannt.

"Fixpunkt kann nicht alles abdecken, mit den Geldern die wir hier haben. Wir haben das mal versucht mit dem Samstag. Kam gut. Aber das ist unmöglich. Öffnungszeiten sind bei uns und ganz Berlin zwischen 11 und 18 Uhr. Und daher ist nicht." (G 30)

11.4 Drug-Checking

Als absurd wird das Nichtdurchführen von Substanzanalysen empfunden. Hierbei gibt es eine deutliche Empfehlung, diese Methode zu erlauben, um Drogennotfälle zu minimieren und Präventionsarbeit leisten zu können.

"Das ist jetzt noch mal eine andere Idee. Und zwar die Absurdität von Drogenkonsumräumen. Und das ist, je länger man ihn diesem Bereich arbeitet, desto absurder wird die ganze Geschichte ja auch. Was da für unterschiedliche Aufträge sind, dass da einfach ein Raum, wie eine Insel geschaffen wird, wo der Konsum legal ist, alles andere ist verboten. Dass man dabei sitzt, und nicht weiß, was sich da dieser Mensch da reinzieht. Und im Grunde müsste es Drug-Checking geben. Dass man wüsste, was die Leute konsumieren. Dass sie selber wissen, was sie konsumieren. Also das hat schon, vielleicht merk ich das jetzt sogar oder empfinde ich es stärker, weil ich jetzt gar nicht so oft dabei bin, daneben zu sitzen und zu denken "Okay, wie geht es dem, geht es dem noch gut?" – also das ist schon eine Absurdität." (G 7)

Angemerkt wird hierbei, dass Mitführen von Alkohol verboten ist, das Konsumieren unbekannter Substanzen jedoch geduldet wird.

"Weil wir machen ja auch keine Substanz-Analyse. Die Leute kommen und behaupten, es ist Heroin. Aber es könnte ja auch was sein, das gar nicht durch die Rechtsverordnung gedeckt ist. Es müsste eigentlich zugelassen werden: Unbekannte Substanzen. Also die Leute dürften nicht kommen mit einer Flasche Wodka, originalverschlossen, wo drauf steht: Das ist drinnen. Aber noch mit Siegel. Aber bei allem anderen, da kommen sie und konsumieren was und wir wissen nicht was es ist. (...) Aber es heißt es zeigt nochmal, wie absurd es ist. Das man nur das und das reinlassen darf." (G 14)

Geschuldet ist der Bedarf möglicherweise den vielen neuen psychoaktiven Substanzen, die auf dem Markt kursieren.

"Also die Drogentodesfälle sind ja nun wieder leicht nach oben gegangen, geht die Vermutung, dass das mit neuen psychoaktiven Substanzen im Zusammenhang steht, hier wäre eigentlich wichtig, dass wir so etwas wie Substanzanalyse ermöglichen könnten, also das fänd ich einen echten Fortschritt (...)" (G 12)

V. Resultate und Empfehlungen

1 Resultate

Im Folgenden werden entlang der Forschungsfragestellungen zentrale Ergebnisse der drei Untersuchungsebenen (statistische Analyse, quantitative und qualitative Befragungen) referiert.

Insgesamt wird deutlich, dass die Drogenkonsumräume die definierten Zielgruppen ganz überwiegend erreichen – Menschen in Substitutionsbehandlung, It.

Drogenkonsumraumverordnung nicht zugelassen im Drogenkonsumraum – bilden nur eine sehr kleine Gruppe von Nutzer und Nutzerinnen. Die soziodemographischen und gesundheitlichen Daten zeigen, dass langjährige DrogenkonsumentInnen angesprochen werden, die oftmals multi-morbid sind (insbesondere Infektionskrankheiten), hohe Drogennotfallerfahrungen aufweisen, zu einem großen Teil MigrantInnen sind und zu einem Viertel in Notschlafstellen oder Übergangsverhältnissen wohnen oder obdachlos sind.

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist in den Berliner Drogenkonsumräumen im Zeitraum 2012 bis 2014 sehr stark angestiegen – sie hat sich innerhalb von drei Jahren (2012 bis 2014) verdoppelt: 2012 wurden 10.566 Konsumvorgänge gezählt, 2013 waren es 13.355 und im Jahr 2014 waren es bereits 21.310. Mit dieser Entwicklung geht die Zunahme an Klienten und Klientinnen einher: 2012 wurden 861 verschiedene Klienten und Klientinnen registriert, 2013 waren es 927 Klienten und Klientinnen, 2014 waren es 1.297. Schließlich stieg auch die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit – von 12,3 Konsumvorgängen pro Person (2012) auf 16,4 Konsumvorgänge pro Person (2014). Das heißt, die Klienten und Klientinnen nutzen die Einrichtungen im Durchschnitt inzwischen häufiger als vor zwei Jahren. Insgesamt belegen die Entwicklungen einen Trend zu mehr Konsumvorgängen, mehr Klienten und Klientinnen und einer intensiveren Anbindung an die Einrichtungen.

1.1 Profile der Nutzer und Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen

Das Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen lag 2012 bei 35,1 Jahren und ist bis 2014 auf 35,7 Jahre gestiegen. Beim Durchschnittsalter ist also im Zeitraum von 2012 bis 2014 ein nur sehr leichter Anstieg zu beobachten. Es ist im Beobachtungszeitraum keine deutliche Alterung unter den Klienten und Klientinnen der drei Drogenkonsumräume zu erkennen. Vergleicht man die drei Drogenkonsumräume, bestehen aber Unterschiede. Die Klienten und Klientinnen im Drogenkonsummobil sind deutlich jünger als der Gesamtdurchschnitt im Jahr 2014.

Jede der drei Drogenkonsumräume hat offenbar ihre eigene Stammklientel, das immer wieder auf das gleiche Angebot im jeweiligen Stadtteil zurückkommt. Die meisten Neuzugänge von SKA und Birkenstube sind in dem Berliner Bezirk gemeldet, in dem auch der Standort des Drogenkonsumraums ist: Die meisten Neuverträge der Birkenstube werden mit Personen aus Berlin-Mitte geschlossen, und die meisten Neuverträge der SKA mit Personen aus Friedrichshain-Kreuzberg.

Beim Drogenkonsummobil zeigt sich, dass zwar der Standort in Charlottenburg-Wilmersdorf liegt, die meisten Klienten und Klientinnen aber eine Adresse in Berlin-Mitte angegeben haben. Auch hier ergibt sich, dass ein großer Teil der Klienten und Klientinnen entweder Charlottenburg oder Mitte als Adresse angab – auch beim Drogenkonsummobil kommt also ein großer Teil der Klienten und Klientinnen aus der näheren Umgebung des Angebots. Nur etwa 13% der Klienten und Klientinnen sind außerhalb Berlins gemeldet - kommen also nicht aus einem der zwölf Berliner Bezirke Berlins.

Wird die Wohnsituation der Klienten und Klientinnen bei Unterzeichnung des Neuvertrags betrachtet, zeigt sich, dass nur 39% der Klienten und Klientinnen eine eigene Wohnung haben – Frauen häufiger als Männer. Weitere 24% leben bei anderen Personen, 3% im Betreuten Wohnen und 8% in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim. 2% der Klienten und Klientinnen geben an, sich in einer Klinik, JVA oder einer sonstigen Wohnsituation zu befinden. Fasst man die Kategorien "Ohne Wohnung" und "Notunterkunft/Übernachtungsstelle" zusammen, leben insgesamt 352 DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen, davon 303 Männer und 49 Frauen, in prekären Wohnverhältnissen.

In der quantitativen Befragung sind 49 der Befragten Nutzer und Nutzerinnen bzw. Nicht/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ohne festen Wohnsitz: d.h. 25% aller interviewten
Personen wohnen in Notschlafstellen oder Übergangsverhältnissen, oder sind obdachlos.
Frauen sind im Vergleich zu Männern von solch prekären Wohnverhältnissen deutlich
seltener betroffen. Sie kommen zudem mit 30% häufiger als Männer (19%) im Betreuten
Wohnen bzw. in gesicherten Wohnverhältnissen unter. Insgesamt leben 41 Personen, das
sind 21% der Befragten, in Wohnheimen oder im Betreuten Wohnen.

Der Vergleich von DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen mit Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, die sich in prekären Wohnverhältnissen befinden, ergibt, dass 29% der Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen ohne festen Wohnsitz, in Übergangsverhältnissen oder in Notschlafstellen leben. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist dieser Anteil geringer und beträgt 20%. Das zeigt, dass die Drogenkonsumräume häufig von Personen besucht werden, die in prekären Wohnverhältnissen leben.

Dies kann sehr deutlich gemacht werden angesichts der akuten Obdachlosigkeit: Werden DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen miteinander verglichen, lassen sich folgende Zahlen nennen: 32% aller Nutzer und Nutzerinnen gaben an, derzeit obdachlos zu sein. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen ist dieser Anteil geringer, hier sind 21% von Obdachlosigkeit betroffen. Drogenkonsumräume werden häufiger von obdachlosen Personen genutzt; Nicht-/Nicht-mehr Nutzer und Nutzerinnen der DKRs konsumieren wesentlich häufiger zu Hause. Eine eher kurze Phase der Obdachlosigkeit haben 52 Personen erlebt, das sind 37% aller jemals obdachlos gewesenen Konsumenten und Konsumentinnen. Laut der Befragung waren oder sind sie maximal seit sechs Monaten obdachlos. Bei den anderen 89 Personen (63%) erstreckte sich die Phase der Obdachlosigkeit über einen längeren Zeitraum von einem Jahr und länger. Länger als vier Jahre obdachlos sind der Befragung zufolge 20 Personen, was einem Wert von 14% der obdachlosen Befragten entspricht. Männer sind von Langzeitobdachlosigkeit wesentlich häufiger betroffen als Frauen.

Von den befragten Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen waren 54% in der Vergangenheit schon einmal obdachlos. Zum Zeitpunkt der Befragung sind 27% der Konsumenten und Konsumentinnen von Obdachlosigkeit betroffen. 29% geben an, noch nie in ihrem Leben obdachlos gewesen zu sein, Frauen wesentlich häufiger als Männer.

In der vorliegenden Befragung sind 10% der Personen teilweise oder vollständig in den Arbeitsmarkt integriert.

Hinsichtlich des momentanen Familienstandes lässt sich festhalten, dass 6% der Befragten eine Partnerschaft oder Ehe führen. Die anderen 94% leben alleinstehend, getrennt, geschieden oder verwitwet. Unter den Frauen befindet sich lediglich eine Befragte in einer Partnerschaft/Ehe. Auffallend ist in Analogie zu anderen empirischen Befunden in der Suchtforschung, dass Männer sehr viel häufiger angeben "alleinstehend/ledig" zu sein als Frauen (81,4% bzw. 69,7%).

Von den Befragten besitzen 85% einen Schulabschluss. Eine abgeschlossene Berufsausbildung, ein abgeschlossenes Studium oder einen sonstigen Bildungsabschluss weisen 49% der Männer und 42% der Frauen auf. Über einen Bildungsabschluss verfügen insgesamt 96 der befragten Konsumenten und Konsumentinnen. Das entspricht einem prozentualen Wert von 48%.

Eine abgeschlossene Lehre besitzen insgesamt 41% der Befragten. Sieben Personen haben ein Studium abgeschlossen. Weitere 3 Personen (2%) sind Meister bzw. Techniker. Männer besitzen sehr viel häufiger keinen Schulabschluss und 15% haben

Fachabitur/Abitur. Frauen verfügen wesentlich häufiger über einen Hauptschul- oder Realschulabschluss

Die Drogenkonsumräume werden häufig von Personen nicht-deutscher Herkunft aufgesucht: 31% der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen in dieser Befragung sind nicht-deutscher Herkunft. Dieser Anteil ist bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen geringer: Hier sind lediglich 14% nicht-deutscher Herkunft. Der Anteil von DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen nicht-deutscher Herkunft ist in den letzten 10 Jahren stetig angestiegen.

Wird die Zahl der Menschen betrachtet, die bei Vertragsabschluss der deutschen Sprache mächtig sind, und der Anteil derer, die es nicht sind, stellt sich heraus, dass 134 der aufgenommenen Personen zwischen 2012 bis 2014 kein oder kaum Deutsch sprechen.

Die statistische Analyse (Sachberichte der drei Drogenkonsumräume im Zeitraum 2012-2014) zeigt, dass von den 1.015 auf HIV getesteten Personen 2,4% HIV-positiv waren. Ebenfalls 2,4% der 942 auf HBV-Getesteten hatten ein positives Testergebnis. Bei den 1.073 auf HCV getesteten Befragten wiesen 1,1% eine akute HCV-Infektion auf, 23,6% eine chronische HCV. Dabei handelt es sich um Angaben von Personen zu ihrem (vermuteten) Infektionsstatus.

In der quantitativen Befragung von 100 Nutzer und Nutzerinnen und 100 Nicht-/Nichtmehr-Nutzer und Nutzerinnen wurden geringere Werte erhoben: Unter den Nutzer und
Nutzerinnen der Drogenkonsumräume gaben 99% an, HIV-negativ zu sein. Eine Person
gab die Antwort, das Ergebnis nicht zu kennen. Keine einzige Person ist ihres Wissens
nach HIV-positiv. Bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hingegen teilten 10%
aller Befragten mit, HIV-positiv zu sein (eine Frau und neun Männer).

Auch bei HCV zeigt sich, dass die Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen zu einem größeren Teil nicht-infiziert sind: Wenn die negativ Getesteten zu den negativ Getesteten nach erfolgreicher Therapie addiert werden, ergibt dies folgende prozentuale Werte: 74% der Nutzer und Nutzerinnen und 66% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen verfügen über ein negatives Testergebnis.

Bei HBV zeigt sich ein ausgeglichenes Bild: 81% der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen sind HBV-negativ.

Beim Impfstatus ergeben sich keine eindeutigen Unterschiede zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, da sich die Impfquote bezüglich HAV und HBV bei beiden Vergleichsgruppen ähnelt.

Die Frage ist, ob sich das Risiko einer Virusinfektion mit der Applikationsform des Injizierens erhöht. Bezüglich der Infektion mit Hepatitis C sind die Ergebnisse eindeutig:

Nur 2% der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen, die noch nie intravenös konsumiert haben, haben eine chronische Hepatitis C. Kein einziger/einzige Drogenkonsumraumnutzer/In dieser Gruppe hat eine akute Hepatitis-C-Infektion. Intravenös konsumierende Klienten und Klientinnen weisen hingegen ein deutlich höheres Risiko auf, sich mit Hepatitis C zu infizieren, als Klienten und Klientinnen, die noch nie oder nicht mehr aktuell iv konsumieren.

Kein so eindeutiger Trend wie bei HCV ergibt sich für HIV. Das Verhältnis von HIV-Negativen zu HIV-Positiven unter den nicht iv konsumierenden Personen mit 96:4 ist gleich verteilt wie bei den Personen, die aktuell iv konsumiert haben (ebenfalls 96:4). Insgesamt konsumieren 81% der Befragten hauptsächlich Opioide. Von den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume konsumieren 61% Heroin. Ein deutlicher Unterschied zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen besteht im kombinierten Konsum von Heroin und Kokain: 14% der Nutzer und Nutzerinnen, aber nur 6% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen gaben diesen Mischkonsum als ihre Hauptdroge an.

Die Mehrheit aller Befragten konsumiert neben ihrer Hauptdroge weitere Substanzen. Am häufigsten wird diesbezüglich Cannabis genannt. Dies geben 115 der befragten 200 Personen an. 79 Personen konsumieren neben ihrer Hauptdroge Alkohol und 61 Personen gaben Benzodiazepine an. Das Konsumverhalten spiegelt bei den meisten Befragten einen Mischkonsum mit möglicher Mehrfachabhängigkeit wieder. Bei mindestens 88% der zweihundert Befragten liegt ein solcher Mischkonsum vor.

Beim Vergleich der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen fällt auf, dass der Konsum von Alkohol und Cannabis neben der Hauptdroge häufiger bei den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen stattfindet. Alkohol und andere Substanzen sind im DKR nicht gestattet. Bei den Nutzer und Nutzerinnen hingegen wurden häufiger Amphetamine genannt.

87 der 200 Befragten geben an, sich derzeit in Substitutionsbehandlung zu befinden. 87% aller befragten Personen in Substitutionsbehandlung konsumieren nebenbei andere Substanzen. Am häufigsten wird Cannabis konsumiert, am zweithäufigsten Alkohol, am dritthäufigsten Benzodiazepine. Fast die Hälfte der substituierten Personen (49%) weist einen zusätzlichen Konsum von Heroin, Kokain, Cocktail oder Amphetaminen auf.

Die Frage nach den Applikationsformen der Hauptdroge liefert folgende Ergebnisse: 45% der Befragten spritzen ihre Hauptdroge, 23% rauchen Folie, 14% sniffen die Substanz, 3% gaben an, sowohl zu spritzen als auch Folie zu rauchen.

Hinsichtlich der Applikationsformen bestehen signifikante Unterschiede zwischen Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen:

DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen konsumieren (58% der Nennungen) viel häufiger intravenös als Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (32%). Auch das Folienrauchen wird von den DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen viel häufiger praktiziert als von den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen, ebenso das Folienrauchen abwechselnd mit dem Injizieren.

Die ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung wird ausschließlich von Nicht-/ Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen genannt, genauso wie der Konsum in Tablettenform und nicht explizit genannte Arten der Applikation. Das Applikationsmuster der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen lässt sich somit auf die Substitutionsbehandlung zurückführen.

Fast die Hälfte aller Befragten, 47% der Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zusammengenommen, konsumieren mehrfach täglich ihre bevorzugte Droge. Weitere 33% konsumieren diese Substanz einmal am Tag. Demnach konsumieren insgesamt 81% der Befragten täglich ihre Hauptdroge.

Unter den Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen ist eine sehr hohe Konsumfrequenz zu beobachten: 60% der befragten Nutzer und Nutzerinnen konsumieren ihre Hauptdroge mehrmals täglich. Unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumieren im Gegensatz dazu nur 34% mehrmals täglich 41% der Befragten geben an, ihre bevorzugte Substanz schon länger als 15 Jahre zu nehmen. Insbesondere die Männer in dieser Befragung weisen eine sehr lange Phase des regelmäßigen Substanzkonsums auf: 44% der befragten Männer und 27% der befragten Frauen konsumieren länger als 15 Jahre regelmäßig Drogen. Lediglich 22% der Interviewten konsumieren ihre Hauptdroge weniger als fünf Jahre, alle anderen länger. Konsumenten und Konsumentinnen, die 11 Jahre und länger ihre Hauptdroge regelmäßig konsumieren, sind in dieser Befragung mehrheitlich unter den Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen zu finden. Hier konsumieren 49% ihre Hauptdroge länger als 15 Jahre,

Über die Hälfte der Befragten, nämlich 57%, hat eine lange Konsumpause gemacht. Werden die Auswertungen der Berliner Drogenkonsumraumdokumentation von 2014 betrachtet, fällt auf, dass der Anteil der Konsumenten, die ihre Hauptdroge rauchen, in der Birkenstube zugenommen hat. 2014 erfolgten hier mehr als die Hälfte (53%) aller Konsumvorgänge inhalativ und nur noch 45% intravenös.

bei den Nutzer und Nutzerinnen sind es 33%, die hinsichtlich dieser Zeitspanne einen

regelmäßigen Konsum angeben.

Die quantitative Befragung zeigt, dass ein hoher Anteil der Berliner Befragten subsituiert wird, und dass substituierte Personen die Drogenkonsumräume vergleichsweise selten

nutzen. Insgesamt 56% der Interviewten sind nicht substituiert, 44% dagegen werden substituiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insgesamt 138 Personen, das entspricht 70% der Befragten, als Hauptdroge eine Substanz angegeben, die in den Drogenkonsumräumen zugelassen ist.

Von diesen 138 Personen nutzen 83 die Drogenkonsumräume, 55 nutzen sie nicht. Insbesondere Personen, die eine sehr hohe Konsumfrequenz dieser Substanzen aufweisen, gehören häufig zu den DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen.

Der allergrößte Teil der Befragten wird von Angeboten des Berliner Suchtkrankenhilfesystems erreicht – der überwiegende Teil (80%) mit einer Substitutionsbehandlung. Derselbe prozentuale Anteil findet sich bei einer früheren stationären Entgiftungsbehandlung. Erfahrungen mit der stationären Rehabilitation haben knapp die Hälfte der Befragten gemacht. Insgesamt haben 184 von 200 befragten Personen bereits eins oder mehrere Angebote des Suchtkrankenhilfesystems in Anspruch genommen.

Bezugnehmend auf das Geschlechterverhältnis zeigt sich, dass fast alle befragten Frauen (97%) eine stationäre Entgiftung durchlaufen haben. Bei den Männern sind es im Vergleich nur 77%. Auch haben mehr Frauen (88%) eine ambulante Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen. Von den befragten Männern befanden sich 78% bisher schon einmal in einer ambulanten Substitutionsbehandlung.

Bei der Frage nach den Gründen des fehlenden Zugangs zu medizinischer Versorgung gaben zwei Personen (8%) als Antwort ihren Migrationsstatus an, weitere 18 Personen (75%) waren nicht krankenversichert und vier Personen (17%) nannten als Grund, es sei schwer, einen/eine Arzt/Ärztin zu finden

Bei der Frage zu den Unterstützungswünschen hinsichtlich der Versorgungs- und Behandlungsangebote in Berlin antworteten 55% aller Befragten, dass sie eine Zahnsanierung bräuchten. Eine Entgiftung würden 40% beginnen, und 30% der Konsumenten und Konsumentinnen haben den Wunsch nach einer medizinischen Rehabilitation geäußert.

Außerdem wünschen sich viele Personen Unterstützung bei der Wohnungssuche: 28% der Befragten würden gerne einen Platz im Betreuten Wohnen oder Wohnheim bzw. Hilfe bei der Suche nach einer eigenen Wohnung in Anspruch nehmen.

1.2 Harm Reduction - Wirkungen bei einmaliger oder unregelmäßiger Nutzung des Drogenkonsumraums

Verhaltensänderungen durch die Drogenkonsumraumnutzung konnten bei der Mehrheit der Befragten festgestellt werden: Mehr als die Hälfte aller Befragten (56%) gab diesbezüglich an, weniger in der Öffentlichkeit zu konsumieren. Jeweils 38% der Befragten finden, dass sie durch die Nutzung mehr auf ihre Hygiene achten sowie mehr Zeit zum Ausruhen haben. 18% der Befragten gaben an, weniger Drogen zu konsumieren, seit sie den DKR nutzen. Es fällt auf, dass Männer ihr Hygieneverhalten überproportional stark verändern im Vergleich zu Frauen, die ggf. schon vorher häufiger ein bestimmtes Hygieneverhalten aufwiesen.

17% aller DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen haben schon einmal Hilfe bei einem Drogennotfall im DKR erhalten. Im Rahmen der Kenntnisse über Drogennotfallprophylaxe wurden die DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen dazu befragt, ob sie durch die Nutzung eines DKR gelernt haben, im Drogennotfall besser auf eine Überdosis reagieren zu können. Mehr als ein Drittel der Klienten und Klientinnen von Drogenkonsumräumen gab an, dazu Verhaltensregeln im DKR erlernt zu haben. Mindestens 18% aller Befragten (Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen) wissen dank der Drogenkonsumräume und ihrer MitarbeiterInnen darüber Bescheid, wie sie im Notfall reagieren müssen.

Offenbar beziehen insbesondere die Männer ihr Wissen aus der Zeugenschaft einer Überdosis. Diese Antwort gaben 32% der Männer, aber nur 17% der Frauen. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied besteht hinsichtlich der Absolvierung eines Drogennotfalltrainings. Hier gaben 11 Männer, aber nur eine Frau an, bereits ein Drogennotfalltraining absolviert zu haben.

Als ein wesentlicher Vorteil im Sinne der Harm Reduction wird von den MitarbeiterInnen die Einrichtung sowohl eines Druck- als auch eines Rauchraums gesehen: Mit dieser Option kann Harm Reduction sehr viel praxisorientierter bearbeitet werden. Der Trend weist eindeutig in die Richtung eines Wechsels vom intravenösen Gebrauch zum Rauchen bei den Nutzer und Nutzerinnen der DKRs.

Allgemein sind Drogenkonsumräume ideale Orte der Ansprachen im Bereich Harm Reduction (zum Beispiel konsumbezogene Aufklärungen, wie u.a. zu den Themen "safer use", "sauberes Wasser" zum Aufkochen, Aufklärung, konkrete Konsumrisiken). Als großes Anliegen wird von den MitarbeiterInnen das Thema "Drugchecking" benannt, d.h. die Prüfmöglichkeit mitgebrachter Substanzen im Drogenkonsumraum.

Die Tatsache, dass Personen in Substitutionsbehandlung abgewiesen werden müssen, wird von den MitarbeiterInnen und ExpertInnen als dringliches Thema, das einer

Veränderung bedarf – auch im Sinne der Harm Reduction –, benannt. Wenn diese Personen trotzdem injizieren, erfolgt dies oft in der Nähe der Einrichtungen sowie oft unter riskanten Bedingungen in der Öffentlichkeit.

1.3 Erwartungen Drogenkonsumierender an und Erfahrungen mit Drogenkonsumräume/n

Die Befragung zeigt, dass am häufigsten der Wunsch der befragten DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen (N=100) nach längeren Öffnungszeiten genannt wurde: 44% der Befragten wünschen sich längere Öffnungszeiten (morgens bzw. vormittags, abends oder am Wochenende). Bei der SKA hat knapp die Hälfte aller Befragten vorgeschlagen, die Öffnungszeiten auszudehnen. Außerdem würden 81% der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen die DKRs häufiger nutzen, wenn diese länger geöffnet hätten.

Ebenfalls recht häufig wurde die Raumgestaltung bzw. Umgestaltung der Räume genannt (15%), an dritter Stelle folgen Wünsche, die die Beratung und Unterstützung durch die MitarbeiterInnen betreffen (10%).

42% der befragten Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen gaben an, im DKR Unterstützung zu bekommen, die sie in ihrer Drogenberatung bisher nicht bekommen haben.

Die Nutzungsdauer der DKRs beträgt bei 29% der Befragten weniger als ein Jahr, bei weiteren 27% der Konsumenten und Konsumentinnen zwischen einem und drei Jahren. 43% aller Befragten nutzen den/die Drogenkonsumraum/räume bereits vier Jahre und länger. Fast die Hälfte der Nutzer und Nutzerinnen besuchen die DKRs also demnach schon über einen längeren Zeitraum.

Etwa zwei Drittel (62%) aller Befragten kennen auch die anderen Berliner Drogenkonsumräume außer jenem, vor bzw. in dem sie befragt wurden. Am häufigsten nannten die Befragten den Drogenkonsumraum Birkenstube mit 67%, die SKA wurde von 34% der Befragten genannt, das Drogenkonsummobil von 11% der Nutzer und Nutzerinnen. Frauen und Männer sind gleichmäßig über die Drogenkonsumräume verteilt. Es zeigt sich, dass etwa ein Viertel der Befragten (23%) zu den sehr häufigen Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume zählt, die einmal oder mehrmals täglich einen solchen aufsuchen. Weitere 24% zählen zu den unregelmäßigen Nutzer und Nutzerinnen. Die meisten Befragten, nämlich 42% entfallen jedoch auf die Gruppe jener Nutzer und Nutzerinnen, die ein- oder mehrmals pro Woche einen Drogenkonsumraum aufsuchen.

Nur 2% gaben an, weniger als einmal pro Monat einen Drogenkonsumraum aufzusuchen, 9% kommen mindestens einmal pro Monat.

Die wenigen Frauen, die zu den DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen zählen, weisen eine höhere Nutzungsfrequenz auf als die Männer.

Bei der Beurteilung der Nutzungsvoraussetzungen (Hausordnung, Nutzungsregeln, Drogenkonsumraumverordnung) ergeben sich zum Themenkomplex "Konsumverbot von Medikamenten, Altersbegrenzung, Ausschluss von Personen mit Substitutionsstatus" folgende Verteilungen: Nur 21% der Befragten halten diese Regelungen für "angemessen". Im Gegensatz dazu halten 33% diese Regelung für "eher notwendig" oder "sehr notwendig". 37% der befragten Konsumenten und Konsumentinnen stehen diesen Regeln eher ablehnend gegenüber, haben demnach mit "nicht notwendig" oder "weniger notwendig" geantwortet.

Bezüglich des Hausverbotes bei Nichteinhaltung der Regeln zeigt sich hingegen eine sehr breite Akzeptanz unter den DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen: 92% halten die Tatsache, dass ein Hausverbot verhängt werden kann, für "angemessen", "eher notwendig" oder "sehr notwendig".

1.4 Wo wird – wenn nicht im Drogenkonsumraum – konsumiert?

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden dazu befragt, ob sie häufiger im öffentlichen Raum als im DKR konsumieren. 60% der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen verneinten und 34% bejahten diese Frage. Diese Aussage machten 21% der Frauen und 37% der Männer. Folglich konsumieren 79% der Frauen und 57% der Männer nicht häufiger in der Öffentlichkeit als im Drogenkonsumraum.

Die Nutzer und Nutzerinnen wurden gebeten, ihren primären Konsumort anzugeben, wenn sie außerhalb des Drogenkonsumraums Drogen gebrauchen. Ein gutes Drittel der Befragten (35%) gab dabei prekäre Konsumorte an, wie öffentliche Toiletten, die Straße, den Park oder den U-Bahnhof.

Lediglich 3% der Befragten gaben an, ausschließlich im Drogenkonsumraum zu konsumieren. 61% der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen konsumieren, wenn nicht im Drogenkonsumraum, häufig privat zu Hause oder bei Freunden. Es fällt auf, dass Frauen signifikant häufiger als Männer "zu Hause" konsumieren: 79% der Frauen und 49% der Männer konsumieren zu Hause.

Knapp ein Viertel der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen konsumiert regelmäßig im öffentlichen Raum und weist damit ggf. einen riskanten Konsum auf. 72% der Konsumenten und Konsumentinnen gaben an, im privaten Bereich zu konsumieren, folglich entweder zu Hause oder bei Freunden.

64% der Befragten beurteilten die örtliche Lage des jeweiligen Drogenkonsumraums (Nähe zu Szene oder Wohnort) als gut. Nur 11% gaben an, der Drogenkonsumraum sei zu weit von der Szene / dem Wohnort entfernt und daher schwer erreichbar.

Die Öffnungszeiten beurteilten hingegen 65% der Befragten als negativ.

Im Hinblick auf den Genderaspekt fällt hier auf, dass die Mehrheit von 89% der Frauen vorwiegend zu Hause konsumiert.

1.5 Zusammenhang zwischen Nutzer und Nutzerinnenprofil und den damit verbunden Risiken

Die Auswertung der Berliner Drogenkonsumraumdokumentationen der Jahre 2012 bis 2014 ergibt, dass die Zahl der Drogennotfälle zugenommen hat. Im Jahr 2014 ließen sich insgesamt 53 Notfälle vermerken, die meisten davon gab es ebenfalls in der SKA (25). In der Birkenstube fanden 19, im Drogenkonsummobil 9 Drogennotfälle statt.

Hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes ließen sich positive Entwicklungen beobachten. Folglich gibt es 2015 weniger HCV-Infizierte unter den DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen als noch vor 10 Jahren und ein deutlich größerer Teil ist zudem gegen HAV und HBV geimpft.

1.6 Reaktionen auf neue Bedürfnisse, Veränderungen der Konsumformen und neue Drogen

Auf den wachsenden Anteil nicht-deutscher DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen haben die Träger mit mehrsprachigen Informationsmaterialien und Verträgen in möglichst vielen Sprachen reagiert.

Zentrale Veränderungen wurden von den Fachkräften beobachtet am Beispiel des Trends vom Injizieren zum Rauchen des Heroins. Dadurch entsteht auch in Zukunft ein höherer Bedarf an Rauchplätzen in den Einrichtungen.

Die Fachkräfte stellen ebenfalls fest, dass es in den letzten Jahren über Veränderungen in der Applikationsform hinaus keine wesentlichen Veränderungen in den präferierten Substanzen gegeben hat.

Die MitarbeiterInnen der DKRs stellen übereinstimmend fest, dass die momentanen Kapazitäten nicht mehr ausreichend sind. Vor allem betrifft diese Einschätzung die Situation am "Stuttgarter Platz", an dem das Drogenkonsummobil gegenwärtig montags bis freitags von jeweils 14.00 bis 18.00 Uhr steht. Die als notwendig benannte Erweiterung der Angebote betrifft auch besondere Zielgruppen, die bisher unterversorgt waren (z.B. asiatische Drogenabhängige), oder weibliche Drogenabhängige.

Die MitarbeiterInnen äußern in den Interviews sehr detaillierte Überlegungen zur Dezentralisierung der Angebote - so gibt es beispielsweise den Vorschlag zum "Einzelplatz-Drogenkonsumraum-Modell".

Schließlich wünschen sich die MitarbeiterInnen auch mehr finanzielle Unterstützung und eine personelle Aufstockung, um ein bedarfsgerechtes und zufriedenstellendes Angebot aufrechterhalten bzw. gewährleisten zu können.

1.7 Auslastung der Angebote, Konsumvorgänge, Nutzungshäufigkeiten, Konsummuster, Neuzugänge

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist in den Berliner Drogenkonsumräumen im Zeitraum 2012 bis 2014 sehr stark angestiegen. Die Entwicklung hin zu mehr Konsumvorgängen, mehr Klienten und Klientinnen und einer intensiveren Anbindung an die Einrichtung ist aus verschiedenen Gründen wünschenswert. Für den Konsum in den Räumen sprechen die hygienischen Bedingungen, das stressarme Klima, die Anwesenheit von medizinisch geschultem Personal, schließlich auch die Verlagerung weg von der Straße und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den MitarbeiterInnen mit der daraus resultierenden Möglichkeit, die Klienten und Klientinnen an andere Hilfeeinrichtungen weiter zu vermitteln.

Die wohl wichtigste Entwicklung seit 2012 ist der starke Zuwachs an Konsumvorgängen. 2012 wurden 10.566 Konsumvorgänge gezählt, 2013 waren es 13.355 Konsumvorgänge (plus 2.789), im Jahr 2014 kam es zu 21.310 Konsumvorgängen. Die Anzahl der Konsumvorgänge hat sich also innerhalb von drei Jahren (2012 bis 2014) verdoppelt. Im Jahr 2014 ergeben sich 58 Konsumvorgänge täglich, 410 Konsumvorgänge wöchentlich, 1.776 Konsumvorgänge monatlich.

Im Zeitverlauf stieg nicht einfach nur die Anzahl an Klienten und Klientinnen und Konsumvorgängen, sondern auch die durchschnittliche Nutzungshäufigkeit – von 12,3 Konsumvorgängen pro Person (2012) auf 16,4 Konsumvorgänge pro Person (2014). Das heißt, die Klienten und Klientinnen nutzen die Einrichtungen im Durchschnitt inzwischen häufiger als vor zwei Jahren.

Wichtige Einflussfaktoren für die Anzahl der Konsumvorgänge sind die Öffnungszeiten, die Anzahl der Konsumplätze und die örtliche Lage des Drogenkonsumraums. Hinzu kommen externe Faktoren, die nicht durch die Einrichtungen gesteuert werden können (z.B. verstärkte Polizeipräsenz/-einsätze etc.).

In den vergangenen drei Jahren stieg nicht nur die Anzahl der Konsumvorgänge. Mit der Zunahme an Konsumvorgängen geht eine Zunahme an Klienten und Klientinnen einher:

2012 wurden 861 verschiedene Klienten und Klientinnen registriert, 2013 waren es 927 Klienten und Klientinnen, 2014 waren es 1.297.

Die Nutzung der Drogenkonsumräume ist unmittelbar von den Öffnungstagen abhängig. Dies kann sehr deutlich am Beispiel der Erweiterung der Öffnungszeiten in den Einrichtungen gezeigt werden.

In den Berliner Drogenkonsumräumen wurde in den Jahren 2012 bis 2014 hauptsächlich – in 76% aller Konsumvorgänge – Heroin konsumiert. In 7% aller Konsumvorgänge wurde Kokain konsumiert, und in 14% aller Fälle wurde eine Mischung aus Kokain und Heroin konsumiert (in der Berliner Szene wird diese Kombination als "Cocktail" bezeichnet). Auf Crack und Amphetamine entfallen jeweils 1%, auf sonstige Substanzen 2%.

Dabei zeigt sich, dass Männer und Frauen sich in ihrem Konsumverhalten deutlich unterscheiden. Bei den Männern ist die Präferenz für den Monokonsum von Heroin mit 76% deutlicher ausgeprägt als bei den Frauen (69%). Demgegenüber konsumieren Frauen häufiger als Männer Kokain, und auch der Mischkonsum von Kokain zusammen mit Heroin ("Cocktail") kommt unter Frauen häufiger vor als unter Männern.

Während beim Heroin keine deutlichen Schwankungen auftreten, hat der Kokainkonsum nach 2012 – insbesondere bei den Frauen, aber auch bei den Männern – an Bedeutung verloren. Demgegenüber hat der Cocktailkonsum nach 2012 bei beiden Geschlechtern an Bedeutung gewonnen; 2013 war der Cocktailkonsum bei den Frauen am verbreitetsten – in mehr als 20% aller Konsumvorgänge der Frauen wurde die Mischung aus Heroin und Kokain eingenommen. 2014 ging der Wert bei den Frauen dann wieder leicht zurück auf 18%.

Der Drogenkonsum im Drogenkonsummobil weist eine grundlegend andere Struktur auf, als der Konsum in den beiden anderen Drogenkonsumräumen: In über der Hälfte aller Konsumvorgänge wird der Cocktail aus Kokain und Heroin konsumiert. Auch der Monokonsum von Kokain kommt im Drogenkonsummobil deutlich häufiger vor, als in den beiden anderen Drogenkonsumräumen. Kokain, sowohl allein als auch gemischt mit Heroin, kann hier viel häufiger beobachtet werden. Demgegenüber weist der Monokonsum von Heroin nur einen Anteil von 31% auf.

Während des Erhebungszeitraums von 2012 bis 2014 entfielen 63% des Konsums (also fast zwei Drittel) auf die intravenöse Applikation. Der inhalative Konsum machte etwas mehr als ein Drittel aus (36%). Nasaler Konsum macht etwas mehr als 1% aus, sonstige Applikationsformen spielen praktisch keine Rolle. Da nicht alle drei Drogenkonsumräume in Berlin über Lüftungsanlagen verfügen, schwankt das Verhältnis intravenöser zu inhalativem Konsum stark: In der Birkenstube hat der intravenöse Konsum nach 2012 prozentual stark abgenommen und der inhalative Konsum deutlich zugenommen. Im

Jahre 2014 erfolgten mehr als die Hälfte (53%) aller Konsumvorgänge inhalativ und nur noch 45% intravenös. Die Nachfrage nach Rauchplätzen ist in der Birkenstube über die Jahre stetig gestiegen: Die Erweiterung des Rauchraums um zwei Plätze Ende 2014 wurde dieser Nachfrage gerecht. Da Rauchen in der Regel vergleichsweise lange dauert, bilden sich häufiger Warteschlangen, was zu einer höheren Auslastung beiträgt. Die Auslastungsquote der Birkenstube ist im Beobachtungszeitraum gestiegen.

Das Drogenkonsummobil wird fast ausschließlich zum intravenösen Konsum genutzt, seltener auch zum nasalen Konsum. Inhalieren ist dort nicht möglich.

Die Berliner Drogenkonsumräume sind geprägt von einem vergleichsweise hohen Anteil an Neuzugängen – es besteht eine relativ hohe Fluktuation in der Klientel. Pro Jahr ergibt sich in der Birkenstube ein Anteil von 33-37% Neuzugängen. Für die SKA liegt dieser Anteil bei 50-69%, für das Drogenkonsummobil bei 39-46%.

Ebenso wie in anderen Städten der Bundesrepublik mit Drogenkonsumräumen zeigt sich, dass über die Hälfte aller Klienten und Klientinnen die Drogenkonsumräume nur selten nutzt. Nur ein kleiner Teil der Klientel (19%) nutzt die Drogenkonsumräume öfter als 20 Mal im Jahr. 47-56%, also rund die Hälfte aller Konsumvorgänge geht jedes Jahr auf häufige Nutzer und Nutzerinnen (52+) zurück (Personen, die im Jahresdurchschnitt einmal pro Woche einen Konsumraum nutzen). Die seltenen Nutzer und Nutzerinnen machen aber nur 6-8% der Konsumvorgänge eines Jahres aus. So gesehen, werden die Drogenkonsumräume überwiegend von einer Stammkundschaft genutzt. Die Anzahl der häufigen Nutzer und Nutzerinnen der DKRs (>51 Mal Nutzung pro Jahr) hat sich seit 2012 fast verdoppelt: 2012 handelt es sich um 49 Personen (6% aller Klienten und Klientinnen), 2013 wurden 57 häufige Nutzer und Nutzerinnen registriert (6% aller Klienten und Klientinnen), im Jahr 2014 stieg ihre Anzahl auf 103 Personen (8% der Klientel). Die Anzahl der häufigen Nutzer und Nutzerinnen ist proportional zur Gesamtzahl aller Klienten und Klientinnen gewachsen.

Die Mehrzahl aller Klienten und Klientinnen nutzt nur einen der drei Drogenkonsumräume. Jedes Jahr suchen 90-92% aller Klienten und Klientinnen nur einen Drogenkonsumraum auf. 7-9% jährlich nutzen zwei der drei Räume, und nur 0,6 bis 1,2% der Klientel hat in den vergangenen drei Jahren alle drei Drogenkonsumräume genutzt.

Bei der Berechnung der Auslastungsquote sind viele Faktoren zu berücksichtigen und Vorannahmen zu tätigen. Es kann nur ein theoretischer Wert ermittelt werden. Eine Auslastung von 100% ist nicht möglich angesichts vieler Unwägbarkeiten und externer Faktoren: Größe, Personalausstattung und Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums; Standort eines Drogenkonsumraums; außergewöhnliche Nutzungszeiten von LangzeitkonsumentInnen (benötigen oft lange, um eine Vene zu finden); unerfahrene

Konsumenten und Konsumentinnen können unter Umständen überdurchschnittlich lange brauchen, um eine Injektion vorzunehmen.

Auch die Auslastungsquote im Drogenkonsummobil ist über die Jahre gestiegen. Maßnahmen wie das gemeinsame Anfahren des Standortes durch DKM und Präventionsmobil (Juli 2013) gehen mit einer verbesserten räumlichen und personellen Ausstattung einher und schlagen sich in einer höheren Auslastungsquote nieder. Auch ein Rückgang der Nutzung wegen deutlich erhöhter Polizeipräsenz (November 2013) schlägt sich in der Auslastungsquote nieder.

In der SKA kam es in den Jahren 2012 und 2013 nur zu einer vergleichsweise geringen Auslastung. Dies hängt vor allem mit der räumlichen Situation bzw. Veränderung zusammen: Die SKA konnte erst am Jahresende 2011 in neuen Räumlichkeiten wiedereröffnen.

1.8 Gründe für Ausschluss bzw. Abweisungen von Besucher und Besucherinnen

Zwischen dem 1.1.2012 und dem 31.12.2014 wurden in den Monatsberichten der drei Berliner DKRs zusammen 456 Besucher und Besucherinnenabweisungen dokumentiert. Davon fallen 17 auf das Jahr 2012, 118 auf das Jahr 2013 und 321 auf das Jahr 2014. Es fällt auf, dass das Drogenkonsummobil im Jahr 2013 und vor allem im Jahr 2014 eine sehr hohe Anzahl an Besucher und Besucherinnenabweisungen aufweist. Im Jahr 2014 wurden dort im Monatsdurchschnitt 77 Personen gezählt, und monatlich mussten 24 Mal Besucher und Besucherinnen abgewiesen werden. 260 der 290 abgewiesenen Besucher und Besucherinnen im Drogenkonsummobil werden im Jahr 2014 aus Zeit- bzw. Platzgründen abgewiesen. Das bedeutet, dass gerade kein Konsumplatz frei war, der Besucher zu spät gekommen ist, oder nicht warten konnte oder wollte. Rund 90% aller abgewiesenen Besucher und Besucherinnen wurden also abgewiesen, weil die Kapazitäten des Drogenkonsummobils zu gering sind, um allen Besucher und Besucherinnen einen zeitnahen Konsum zu ermöglichen.

In allen Monatsberichten von Juli bis Dezember 2014 des DKM beispielsweise ist dokumentiert worden, dass viele DrogenkonsumentInnen gar nicht erst zum Drogenkonsummobil gekommen sind, weil sie schon aus der Ferne gesehen haben, dass sich bereits eine Warteschlange am Einlass gebildet hat.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass am Stuttgarter Platz insbesondere seit 2014 ein deutlich höherer Bedarf an Konsumplätzen besteht, als tatsächlich zur Verfügung stehen. Obwohl seit Mai 2014 die Kapazitäten deutlich erweitert wurden und die Anzahl der

Öffnungstage erhöht wurde, besteht weiterhin Bedarf. Das Angebot deckt die Nachfrage nicht.

Der zweithäufigste Grund für eine Besucher und Besucherinnenabweisung besteht darin, dass Besucher und Besucherinnen für die Nutzung einen Vertrag unterschreiben müssen. Insgesamt 22 Personen wollten im Beobachtungszeitraum anonym bleiben, keinen Nutzungsvertrag unterzeichnen, oder konnten aus sonstigen vertraglichen Problemen das Drogenkonsummobil nicht nutzen.

32 Personen wurden insgesamt 2012 bis 2014 abgewiesen, weil sie sich in Substitutionsbehandlung befanden.

1.9 Geringer Frauenanteil in den Drogenkonsumräumen

Männer und Frauen haben die Drogenkonsumräume in den Jahren 2012 bis 2014 sehr unterschiedlich genutzt. Vergleichsweise wenige Frauen nutzen die Berliner Drogenkonsumräume: Ihr Anteil schwankt in den drei Beobachtungsjahren (2012-2014) zwischen etwa 14% und 16%. Allerdings ist die Verteilung von Männern und Frauen unter DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen weitestgehend gleich geblieben in den letzten 10 Jahren.

Betrachtet man das Geschlechterverhältnis unter den häufigen Nutzer und Nutzerinnen (>51 Mal Nutzung pro Jahr), zeigt sich, dass diese fast ausschließlich männlichen Geschlechts sind. Nur 5 bis 7% der häufigen Nutzer und Nutzerinnen jährlich sind Frauen. Bei den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, die maximal viermal pro Jahr einen Drogenkonsumraum nutzen, sind deutlich mehr Frauen vertreten.

Der intravenöse Konsum ist bei den Konsumvorgängen von Frauen insgesamt etwas verbreiteter als bei Männern. Frauen, die die Drogenkonsumräume 2012 bis 2014 genutzt haben, weisen auch einen häufigeren Mischkonsum von Heroin und Kokain auf. Schließlich konsumieren Frauen vergleichsweise häufiger als Männer ihre mitgebrachten Drogen intravenös.

Das durchschnittliche Lebensalter der DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen ist deutlich jünger (ca. 32 Jahre) als das der männlichen Nutzer (ca. 35 Jahre).

In der qualitativen Untersuchung (Gruppendiskussionen, ExpertInnengespräche) werden Begründungen für den geringen Anteil von Frauen in DKRs gegeben: Eine These ist, die sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie bestätigt, dass Frauen sehr viel häufiger in stabilen Wohnverhältnissen leben, und deshalb eher zu Hause konsumieren als in der Öffentlichkeit, denn der Konsum in einem DKR muss auch als Konsum in der Öffentlichkeit betrachtet werden.

Für die befragten MitarbeiterInnen besteht eine Aufgabe darin, stärker gendersensibel innerhalb des vorhandenen Angebots zu arbeiten.

1.10 Individuelle Risiken der Nutzer und Nutzerinnen für eine mögliche Überdosierung

Allgemein kann festgehalten werden, dass schon 2004 die DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen die Gruppe der intensiveren DrogengebraucherInnen repräsentierte, was auch in der vorliegenden Befragung von 2015 bestätigt wurde. Die erreichten und befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen hingegen befinden sich weitgehend in Substitutionsbehandlungen und repräsentieren die Gruppe der weniger intensiven DrogengebraucherInnen, die generell seltener konsumieren.

In allen drei Drogenkonsumräumen nimmt die Anzahl der Drogennotfälle zu: 2012 wurden die wenigsten (9) und 2014 (53) die meisten Drogennotfälle in den Berliner Drogenkonsumräumen gezählt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Anzahl der Konsumvorgänge in allen drei Drogenkonsumräumen zugenommen hat: Je mehr Konsumvorgänge stattfinden, umso häufiger treten auch Überdosierungen auf.

Setzt man die Anzahl der Konsumvorgänge ins Verhältnis zur Anzahl der Drogennotfälle, so zeigt sich, dass in der Birkenstube die wenigsten Konsumvorgänge vollzogen wurden, die zu einem Drogennotfall führten. Auf insgesamt 26.179 Konsumvorgänge in den Jahren 2012 bis 2014 entfallen dort nur 28 Notfälle – das Verhältnis beträgt also 934 : 1. Dies hängt eventuell damit zusammen, dass in der Birkenstube deutlich seltener intravenös konsumiert wird, stattdessen konsumiert die Klientel dort viel häufiger inhalativ als in den beiden anderen Drogenkonsumräumen. Inhalativer Konsum gilt als weniger riskant, was Überdosierungen betrifft.

In der SKA führt ein Konsumvorgang am häufigsten zu einem Drogennotfall – hier wird deutlich häufiger als in der Birkenstube iv konsumiert. In der SKA endet im Durchschnitt jeder 280. Konsumvorgang mit einem Notfall. Im Drogenkonsummobil endet jeder 471. Konsumvorgang mit einem Notfall.

Wenn man alle drei DKRs zusammen betrachtet, stieg die Anzahl der Drogennotfälle pro Konsumvorgang über die Jahre. 2012 endete jeder 1137. Konsumvorgang im Notfall. Im Jahr 2013 endete jeder 617. Konsumvorgang im Notfall. Im Jahr 2014 endete jeder 394. Konsumvorgang in einem Notfall.

1.11 Gründe für Nicht-Nutzung trotz Bekanntheit

Die große Mehrheit der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen kennt die Berliner Drogenkonsumräume: 91% der Befragten wissen von der Existenz der drei Berliner Drogenkonsumräume.

Weit mehr als die Hälfte dieser Befragtengruppe, 45% der Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen, nehmen andere Hilfeangebote der Suchthilfe in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Befragten (55%) nutzt keine anderen niedrigschwelligen Einrichtungen in Berlin.

59% schätzten den Bekanntheitsgrad hoch oder sehr hoch ein. Weitere 22% antworten mit "mittel" und 9% mit "weiß nicht". 10% antworteten mit "gering" oder "sehr gering".

Die Mehrheit der befragten Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (83%) hat nach eigener Auskunft ausreichend Zugang zu schadensminimierenden Angeboten.

Der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-/Nicht-mehr – Nutzung der DKRs ist die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung: 37% der Männer und 53% der Frauen gaben die Substitutionsbehandlung als Grund hierfür an. Die Mehrheit aller Personen in Substitutionsbehandlung gab dabei einen Beikonsum von Substanzen an, die im DKR zugelassen sind, was wiederum bedeutet, dass diese den DKR durchaus in Anspruch nehmen würden, wenn es keine Zulassungsbeschränkung gäbe.

Am zweithäufigsten wurde die Antwort "konsumiere lieber zu Hause" genannt. Hier lässt sich ein hoch signifikanter Geschlechtsunterschied feststellen, da 74% aller Frauen, aber nur 28% der Männer angeben, dass sie lieber zu Hause konsumieren und aufgrund dessen die Drogenkonsumräume nicht nutzen.

Außerdem sind die relativ kurzen Öffnungszeiten der Berliner Drogenkonsumräume für 34% der Befragten ein Hinderungsgrund für die Nutzung und wurden daher recht häufig genannt.

Schließlich spielt auch die Anonymität bei vielen Befragten eine Rolle, die sie durch das Abschließen eines Nutzungsvertrags im Drogenkonsumraum nicht beibehalten können. 23% der Befragten haben diesen Grund für die Nichtnutzung genannt, da sie lieber anonym bleiben wollen.

22% der Befragten gefällt die Tatsache nicht, unter Aufsicht des Personals im DKR zu konsumieren. Zudem meiden 20% der Befragten die Drogenkonsumräume, weil sie ungern in Anwesenheit anderer DrogenkonsumentInnen konsumieren. Diese zwei Gründe wurden hauptsächlich von Frauen genannt: 42% konsumieren nicht gerne unter Aufsicht, 37% nicht gerne in Anwesenheit anderer Konsumenten und Konsumentinnen. Insgesamt

18% aller Befragten ist der Besuch einfach zu umständlich, 19% nannten den Grund "dauert mir zu lang".

Von den MitarbeiterInnen in den Berliner Drogenkonsumräumen wird als Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme auch stets die Notwendigkeit des Vertragsabschlusses angeführt. Dies wird aufgrund von Ängsten bzgl. des Datenschutzes insbesondere im Kontext der Migration angeführt.

1.12 Erreichung des Ziels, Nutzer und Nutzerinnen in weiterführende Hilfen zu vermitteln

Die DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen wurden darüber hinaus gefragt, von welchen Angeboten des DKR sie neben dem eigentlichen Konsum noch Gebrauch machen. Folgende Ergebnisse ließen sich hierbei feststellen: Für die Konsumutensilienvergabe von sauberen Spritzen, Folien, Löffeln, Tupfer etc. kommen 84% aller Nutzer und Nutzerinnen in den Drogenkonsumraum. Noch häufiger besuchen die Konsumenten und Konsumentinnen die Einrichtungen, um etwas zu trinken (93%). Zum Essen kommen 80% der befragten Klienten und Klientinnen. Die Einrichtung stellt daher neben dem Angebot des Drogengebrauchs für viele Nutzer und Nutzerinnen auch eine Art Schutzraum dar.

76% der befragten Nutzer und Nutzerinnen besuchen die Einrichtungen zum "persönlichen Gespräch". "Informationen oder konkrete Hilfen" seitens der MitarbeiterInnen wurden von 67% der Personen genannt. Über die Möglichkeit einer Therapie haben sich 39% im Drogenkonsumraum informiert, über safer-use-Regeln 38%, über safer-sex-Regeln 31% der Befragten.

Außerdem spielt die medizinische Versorgung eine wesentliche Rolle und wurde von 46% der Befragten genannt. Gut ein Viertel der Nutzer und Nutzerinnen kommt außerdem zum Wäsche waschen oder Duschen in den Drogenkonsumraum. Das Duschen ist in unserer Befragung insbesondere für die Frauen wichtig, Getränke und Wäsche waschen nennen überwiegend Männer. Die übrigen Werte sind der Tabelle zu entnehmen. Nur eine einzige Person gab an, den Drogenkonsumraum ausschließlich zum Drogengebrauch zu nutzen.

Aus der qualitativen Erhebung (Gruppendiskussionen und ExpertInnengespräche) geht hervor, dass es zu den selbstverständlichen Zielen der MitarbeiterInnen gehört, die Klienten und Klientinnen in weiterführende Therapie-/Beratungsangebote weiterzuvermitteln. Allerdings wird dies oft als mühevolles Unterfangen wahrgenommen (z.B. Substitutionsbehandlungen).

Viele DrogenKonsumraumnutzer und -nutzerinnen besitzen zudem keinen Krankenversicherungsschutz (mehr). Dies wird von den MitarbeiterInnen als zentrale Hürde für die weitere Hilfevermittlung betrachtet.

In den Gruppendiskussionen wird aber auch der Anspruch unterstrichen, dass Drogenkonsumräume an sich einen Wert im Spektrum der Suchtkrankenhilfe besitzen, und dass das auch bedeutet, dass Drogenkonsumräume bei den übrigen Trägern von Angeboten Berücksichtigung finden sollten. Der zentrale Anspruch im Arbeitsansatz der MitarbeiterInnen ist jedoch, allen Klienten und Klientinnen Brücken in die übrigen Hilfeangebote zu bauen.

In der Birkenstube werden nahezu alle Beratungsangebote der Drogenberatung sowie der gesamte Beratungsprozess hinsichtlich der Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote wie Therapieeinrichtungen oder Betreutes Wohnen innerhalb der Einrichtung durchgeführt. Die SKA stellt dementsprechende Angebote über die Drogenberatung Misfit vor Ort bereit und versucht die Klienten und Klientinnen bei Bedarf zu Misfit weiterzuleiten. Auf diese Weise können die Klienten und Klientinnen den/die ihnen schon bekannten Berater/bekannte Beraterin in der Drogenberatung aufsuchen. Die Zusammenarbeit der Drogenberatungsstellen und der Drogenkonsumräume bzw. Kontaktstellen werden somit aktiv von der vista gGmbH und Fixpunkt e.V. gefördert. Eine Brückenfunktion ergibt sich jedoch auch innerhalb der Teams in den DKRs: Hierbei ist es von großer Wichtigkeit, dass Pflegekräfte mit in die Drogenkonsumräume gehen, und dadurch Zugang zu den Klienten und Klientinnen erhalten.

2 Empfehlungen zur Erhöhung der Effektivität, Akzeptanz und der Zufriedenheit

2.1 Öffnungszeiten

Sowohl bei den Nutzer und Nutzerinnen der Drogenkonsumräume als auch bei den MitarbeiterInnen waren die Öffnungszeiten ein großes Thema. Die Öffnungszeiten werden als wichtiges Mittel wahrgenommen, um den Auftrag einer funktionierenden Suchthilfe gewährleisten zu können. Deshalb werden die vorhandenen geringen Öffnungszeiten als unzureichend kritisiert. Die Erfahrungen zeigen, dass eine Erhöhung der Öffnungszeiten erheblich zu einer höheren und häufigeren Nutzung beiträgt.

2.2 Zugang für Menschen in Substitutionsbehandlung

Das in der Drogenkonsumraumverordnung verankerte Verbot des Zugangs von Substituierten zu Drogenkonsumräumen sollte aufgehoben werden, vor allem aus zwei Gründen: Zunächst haben auch PatientInnen in Substitutionsbehandlung einen Beigebrauch, der bei Abweisung unter z.T. prekären und riskanten Bedingungen trotzdem realisiert wird. Es geht übergeordnet um einen pragmatischen und realistischen Gesundheitsschutz für alle Drogenabhängigen. Außerdem kann dann offen mit dem Thema "Beikonsum" gearbeitet werden. Zum anderen können die SozialarbeiterInnen und Pflegekräfte vor Ort nicht immer einschätzen oder überprüfen, ob sich InteressentInnen in einer Substitutionsbehandlung befinden und bewegen sich damit in einer rechtlichen Grauzone (Reimann 2011).

2.3 Verbesserung der Angebote mit stärkeren personellen Kapazitäten und finanziellen Ressourcen

Die Kapazitäten von Drogenkonsumräumen in Berlin sollten durch Dezentralisierung, sowie eine Erhöhung der finanziellen und personellen Ressourcen verbessert werden. Neben einer verbesserten Ausstattung könnte auch das sozialarbeiterische Angebot erweitert und schließlich auch die Öffnungszeiten verlängert werden (siehe 7.1.). Zur Verbesserung und Zielgenauigkeit der DKR-Angebote könnten bei stärkeren personellen Kapazitäten und Anhebung finanzieller Ressourcen besondere Angebote und die Durchführung spezieller Programme, wie z.B. "Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum" (KISS), Ohrakupunktur, Meditation, oder die Einrichtung von Schlafund Tagesbetten realisiert werden— analog zu den Einrichtungen in anderen deutschen Städten.

2.4 Rotation und intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegeund Sozialarbeitskräften

Die intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und SozialarbeiterInnen intensiviert die Beziehungsarbeit zwischen den professionellen MitarbeiterInnen und den Klienten und Klientinnen. PflegemitarbeiterInnen arbeiten bei der Konsumutensilienausgabe mit, SozialarbeiterInnen im Drogenkonsumraum. Dies ermöglicht beiden Fachgruppen weitere Zugänge zum Klientel und Einsicht in die Drogenkonsumpraxis. Dieses rotierende System wird von beiden Professionsgruppen als wertvoller Synergieeffekt betrachtet, und sollte ausgebaut werden sowie bei neuen Einrichtungen Berücksichtigung finden.

2.5 Veränderung von mobilen zu stationären DKRs: das Beispiel "Stuttgarter Platz"

Die Situation am Stuttgarter Platz wird von den MitarbeiterInnen der DKRs als problematisch, unzureichend und unwürdig für die Klientel und belastend für die MitarbeiterInnen eingeschätzt. Die hohe Zahl der Besucher und Besucherinnenabweisungen aus Gründen mangelnder Kapazitäten belegt sehr deutlich die Grenzen des mobilen Drogenkonsumraumangebots. Lange Wartezeiten bedeuten für viele potentielle Nutzer und Nutzerinnen außerdem, dass sie sich in die umliegenden Gebüsche zurückziehen und dort ihre Opioide oder andere Drogen konsumieren. Der Situation wird bereits mit aufgestellten Entsorgungsbehältnissen im Gebüsch zu begegnen versucht, um die Gefährdung Dritter zu verhindern.

Diese unhaltbaren Zustände und gesundheitsriskanten Bedingungen sollten dadurch entschärft werden, dass eine stationäre Einrichtung in der Nähe des jetzigen Standortes "Stuttgarter Platz" eingerichtet werden soll.

2.6 Dezentralisierung bzw. Ausdehnung des Angebots Drogenkonsumraum

Eine dezentrale Aufstellung der Drogenkonsumräume - mit einer Ausweitung der Öffnungszeiten wird empfohlen, um Bedarfe nach einem Drogenkonsumraum mit seiner spezifischen Harm-Reduction – Angeboten auch in anderen Stadtteilen zu befriedigen. Wie gezeigt werden die Drogenkonsumräume ganz überwiegend nur von Menschen aus dem jeweiligen Stadtteil genutzt. Das von den MitarbeiterInnen befürwortete, innovative Konzept des Einzelplatzdrogenkonsumraum- bzw. Club-Modells scheint eine vielversprechende Strategie, um in der vorhandenen Drogenhilfeinfrastruktur weitere Kapazitäten aufzubauen. Es sieht vor, in vorhandenen Kontakt-/Beratungs-/Betreuungseinrichtungen Konsumplätze zu schaffen – ohne ausschließlich auf den Drogenkonsum zu fokussieren, sondern die Möglichkeit eines Drogenkonsums unter hygienischen Bedingungen als Anknüpfungspunkt für weitere Präventions-/Prophylaxe und Hilfeangebote zu machen.

Diese Ausdehnung der Angebote von Drogenkonsumräumen würde auch die Brückenfunktion in weiterführende, bereits im Umfeld bestehende Hilfeangebote, verbessern.

2.7 Drogenkonsumraum von Frauen für Frauen

Um eine Erhöhung des Frauenanteils in den Berliner Drogenkonsumräumen anzustreben, sollten frauenspezifische Angebote zumindest geprüft bzw. getestet werden. Ob dies in eigenen Einrichtungen realisiert, oder schon bestehende frauenspezifische Angeboten integriert oder in die vorhandenen Drogenkonsumräume durch besondere Öffnungszeiten etc. eingerichtet wird, muss eingehender diskutiert werden.

Auf jeden Fall sollten Strategien entwickelt werden, um der relativ geringen Inanspruchnahme der vorhandenen, gemischtgeschlechtlichen Drogenkonsumräume durch frauenspezifische Angebote entgegen zu wirken.

Analog des Drogenkonsumraumangebots in Hamburg ("Ragazza") sollten frauenspezifische Angebote von Frauen für Frauen gestaltet werden.

2.8 Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen zum DKR durch anonyme Nutzung

Als eine weitere Strategie für eine Erhöhung und Verbesserung des Zugangs zu und der Nutzung von Drogenkonsumräumen – insbesondere für bestimmte Gruppen (z.B. MigrantInnen) - und um den Ausschluss der in einer Substitutionsbehandlung befindlichen Menschen beenden zu können, wird eine anonyme Nutzbarkeit der DKRs empfohlen.

2.9 Förderung des Konsummusters von intravenös zu inhalativ

Die Entwicklung in den Berliner Drogenkonsumräumen, in denen der inhalative Gerbrauch möglich ist, zeigt, dass immer mehr Nutzer und Nutzerinnen angesprochen werden, die entweder bereits inhalativen Gebrauch pflegen, oder durch die Angebote in den DKRs darauf aufmerksam gemacht werden und ihn einüben. In der Birkenstube ist der Anteil der RaucherInnen höher als der der intravenös Konsumierenden. Da inhalativer Heroingebrauch wesentlich weniger Risiken aufweist (geringes Infektionsrisiko, Vermeidung von Überdosierungsrisiken), sollte bei neuen Einrichtungen auf die technischen Voraussetzungen eines Rauchangebotes beachtet werden.

2.10 Einführung von Drug-Checking – Modellen auch für DKRs

Substanzanalysen können hilfreiche Methoden für eine größere Sicherheit beim Drogengebrauch im illegalisierten Kontext sein. Dadurch könnten Drogennotfälle minimiert und die Präventionsarbeit verbessert werden. Besonders deutlich wird die Problematik

dadurch, dass das Mitführen von Alkohol verboten ist, während das Konsumieren unbekannter Substanzen jedoch geduldet wird.

2.11 Dokumentation

Die Dokumentationsmöglichkeiten werden allgemein als nicht zufriedenstellend empfunden, da die Software den Anforderungen nicht gerecht und in einigen Fällen sogar mit Strichlisten in Papierform gearbeitet wird. Um bessere Übersichten und Auswertungsmöglichkeiten (bei ggf. neuen Trends) zu schaffen, werden auch hier Weiterentwicklungen empfohlen.

Literaturverzeichnis

- BÜHRINGER, G./REHM, J./WITTCHEN, H.-U. (2011): PREMOS. Substitution im Verlauf. Schlussbericht. Technische Universität Dresden: Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, 90.
- DHCF (Deutsches Hepatitis C Forum e.V.): Hepatitis-C-RNA (HCV-RNA). Online im Internet: http://www.hepatitis-c.de/diagnose [Stand: 26.11.2015].
- FÖRSTER, S./STÖVER, H. (2014): Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2013. Dokumentationszeitraum 01.01. 31.12.2013. Frankfurt am Main: ISFF.
- FÖRSTER, S./STÖVER, H. (2015): Auswertung der Berliner Konsumraumdokumentation 2012-2014. Dokumentationszeitraum 01.01.2012. 31.12.2014. Frankfurt am Main: ISFF.
- MAYRING, P. (1993): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken, Weinheim: Beltz.
- REIMANN, V. (2011): Substitutionsbehandlung, Beigebrauch und Drogenkonsumräume: Eine bundesweite ExpertInnenbefragung zum Ausschluss von Substituierten aus Drogenkonsumräumen. Bachelor-Thesis Zur Erlangung des Grades eines Bachelor of Arts an der Fachhochschule Frankfurt am Main.
- RKI Robert-Koch-Institut (Hg.) (2015): HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland – Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI. Epidemiologisches Bulletin 22/2015, 191-200. Online im Internet: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/22_15.pdf?__blob=publicationFile
- SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (Hg.) (2014): Suchthilfestatistik 2013, Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin.
- SCHU, Martina/TOSSMANN, H. Peter (2005): Evaluation der Konsumräume in Berlin. Abschlussbericht. Im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, Köln/Berlin: FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH/delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich Konsumvorgänge 2012 – 2014	25
Abbildung 2: Drogenkonsummobil 2012 – 2014	27
Abbildung 3: SKA 2012 – 2014	29
Abbildung 4: Birkenstube 2012 – 2014	30
Abbildung 5: Konsummuster 2012 – 2014	31
Abbildung 6: Konsummuster Frauen	
Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildung 7: Konsummuster Männer	32
Abbildung 8: Konsummuster Birkenstube 2012 – 2014	35
Abbildung 9: Konsummuster 2012	35
Abbildung 10: Konsummuster 2013	
Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildung 11: Konsummuster 2014	36
Abbildung 12: Konsummuster SKA 2012 – 2014	37
Abbildung 13: Konsummuster 2012	37
Abbildung 14: Konsummuster 2013	38
Abbildung 15: Konsummuster 2014	38
Abbildung 16: Konsummuster Drogenkonsummobil 2012 – 2014	39
Abbildung 17: Konsummuster 2012	40
Abbildung 18: Konsummuster 2013	
Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildung 19: Konsummuster 2014	41
Abbildung 20: Applikationsformen	42
Abbildung 21: Applikationsformen Männer	45
Abbildung 22: Applikationsformen Frauen	46
Abbildung 23: Neuzugänge Birkenstube 2012 – 2014	53
Abbildung 24: Neuzugänge SKA 2012 – 2014	53
Abbildung 25: Neuzugänge DKM 2012 – 2014	54
Abbildung 26: Nutzungshäufigkeit 2014	55
Abbildung 27: Nutzungshäufigkeit 2012	56
Abbildung 28: Nutzungshäufigkeit 2013	56
Abbildung 29: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegu	ng
2012 58	
Abbildung 30: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegu	ng
2013 58	
Abbildung 31: Seltene und häufige Nutzer und Nutzerinnen – Nutzergruppen und Belegu	ng
2014 59	
Abbildung 32: Altersverteilung	64

Abbildung 33: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen bei Neuzugang 2012 – 2014	4
78	
Abbildung 34: Auslastungsquote aller drei DKRs, 2012 – 2014	111
Abbildung 35: Auslastungsquote Birkenstube, 2012 – 2014	112
Abbildung 36: Auslastungsquote SKA, 2012 – 2014	113
Abbildung 37: Auslastungsquote Drogenkonsummobil, 2012 – 2014	114

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsumvorgänge 2012		24
Tabelle 2: Konsumvorgänge 2013		24
Tabelle 3: Konsumvorgänge 2014		24
Tabelle 4: Konsumvorgänge 2012		26
Tabelle 5: Konsumvorgänge 2013		26
Tabelle 6: Konsumvorgänge 2014		26
Tabelle 7: Konsummuster nach Ge	eschlecht 2012	33
Tabelle 8: Konsummuster nach Ge	eschlecht 2013	33
Tabelle 9: Konsummuster nach Ge	eschlecht 2014	34
Tabelle 10: Inhalative Konsumvorg	jänge 2012 – 2014	43
Tabelle 11: Applikation in der SKA	2012 – 2014	43
Tabelle 12: Applikation in der Birke	enstube 2012 – 2014	44
Tabelle 13: Applikation im DKM 20	12 – 2014	45
Tabelle 14: Angaben der Neuaufna	hmen zur intravenösen Applikation	46
Tabelle 15: Drogenkonsummobil: A	Angaben der Neuaufnahmen zur intravenösen Applika	ation
		47
Tabelle 16: SKA: Angaben der Neu	ıaufnahmen zur intravenösen Applikation	47
Tabelle 17: Birkenstube: Angaben	der Neuaufnahmen zur intravenösen Applikation	47
Tabelle 18: Konsumdaten nach Eir	nrichtung und Erhebungsjahr	49
Tabelle 19: Anzahl der Klienten un	d Klientinnen nach Einrichtungen und Jahren –	
Mehrfachantworten 50		
Tabelle 20: Übersichtstabelle Entw	ricklung Drogenkonsummobil 2012-2014	51
Tabelle 21: Übersichtstabelle Entw	ricklung SKA 2012-2014	51
Tabelle 22: Übersichtstabelle Entw	ricklung Birkenstube 2012-2014	52
Tabelle 23: Anzahl der Neuzugäng	e in den drei Einrichtungen, 2012 – 2014	54
Tabelle 24: IntensivNutzer und Nut	tzerinnen und häufige Nutzer und Nutzerinnen im Jah	r
2014 60		
Tabelle 25: Nutzungsgruppen nach	n Monaten im Jahr 2014	61
Tabelle 26: Durchschnittliches Leb	oensalter der Klientel	63
Tabelle 27: Erhebungsjahr 2012 – I	Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und	
Männern, häufigen Nutzer und Nut	zerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen	
65		
Tabelle 28: Erhebungsjahr 2013 – I	Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und	
Männern, häufigen Nutzer und Nut	zerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen	
65		
Tabelle 29: Erhebungsjahr 2014 – I	Durchschnittsalter und Altersmedian bei Frauen und	
Männern, häufigen Nutzer und Nut	zerinnen und seltenen Nutzer und Nutzerinnen	
66		

Tabelle 31: Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nach Drogenkonsumraum, Geschleck	ht
und Erhebungsjahr	67
Tabelle 32: Durchschnittliches Alter von Frauen und von Männern	67
Tabelle 33: Durchschnittliche Nutzungshäufigkeiten von Frauen und von Männern	68
Tabelle 34: Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nu	ıtzer
und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2012	
68	
Tabelle 35: Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nu	ıtzer
und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2013	
69	
Tabelle 36 Geschlechtsverhältnis unter den Klienten und Klientinnen, den häufigen Nu	tzer
und Nutzerinnen (52+) und den seltenen Nutzer und Nutzerinnen, 2014	
69	
Tabelle 37: HIV-Infektionsstatus	70
Tabelle 38: Hepatitis-B-Infektionsstatus	70
Tabelle 39: Hepatitis-C-Infektionsstatus	71
Tabelle 40: Hepatitis-C-Infektionsstatus nach Art der Applikation	72
Tabelle 41: HIV-Infektionsstatus nach Art der Applikation	73
Tabelle 42: Hepatitis-B-Infektionsstatus nach Art der Applikation	<i>7</i> 3
Tabelle 43: Drogennotfälle 2012	<i>7</i> 5
Tabelle 44: Drogennotfälle 2013	<i>7</i> 5
Tabelle 45: Drogennotfälle 2014	<i>7</i> 5
Tabelle 46: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Bezirken und	
Drogenkonsumraum 77	
Tabelle 47: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Berlin West/Ost und	
Geschlecht 78	
Tabelle 48: Meldeadresse der Klienten und Klientinnen nach Berlin West / Ost und	
Drogenkonsumraum 79	
Tabelle 49: Wohnsituation nach Geschlecht	80
Tabelle 50: Wohnsituation (letzte 6 Monate) nach aktuell prekären Wohnverhältnissen u	ınd
Geschlecht	82
Tabelle 51: Deutsche Sprache nach Geschlecht	83
Tabelle 52: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht im DKM	84
Tabelle 53: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht in der SKA	84
Tabelle 54: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht in der Birkenstube	85
Tabelle 55: Staatsangehörigkeit Neuzugänge 2012 – 2014	87
Tabelle 56: Besucher und Besucherinnenabweisungen in den drei DKRs, 2012 – 2014	
88	
Tabelle 57: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen im Drogenkonsumm	obil,

2012 - 2014 94

Tabelle 58: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in der	r SKA, 2012 – 2014
96	
Tabelle 59: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in der	r Birkenstube, 2012
- 2014 97	
Tabelle 60: Gründe für Besucher und Besucherinnenabweisungen in alle	en drei DKRs, 2012 -
2014 98	
Tabelle 61: Hausverbote im Drogenkonsummobil, 2012 – 2014	
103	
Tabelle 62: Hausverbote in der SKA, 2012 – 2014	
104	
Tabelle 63: Hausverbote in der Birkenstube, 2012 – 2014	
105	
Tabelle 64: Hausverbote in allen drei DKRs, 2012 – 2014	
106	
Tabelle 65: Auslastungsquote 2012	109
Tabelle 66: Auslastungsquote 2013	110
Tabelle 67: Auslastungsquote 2014	110
Tabelle 68: Familienstand nach Geschlecht	116
Tabelle 69: Wohnsituation nach Geschlecht	117
Tabelle 70: Wohnsituation nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nich	t-mehr-Nutzer und
Nutzerinnen 118	
Tabelle 71: Höchster Schulabschluss nach Geschlecht	119
Tabelle 72: Höchster Ausbildungsabschluss nach Geschlecht	120
Tabelle 73: Obdachlosigkeit nach Geschlecht (Mehrfachantworten)	120
Tabelle 74: Obdachlosigkeit nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nic	cht-mehr-Nutzer und
Nutzerinnen (Mehrfachantworten)	121
Tabelle 75: Dauer der Obdachlosigkeit nach Geschlecht	122
Tabelle 76: Einkommenssituation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)) 123
Tabelle 77: Arbeitssituation nach Geschlecht (Mehrfachantworten)	124
Tabelle 78: Ergebnis des HIV-Tests nach Geschlecht und Nutzer und Nu	tzerinnen/Nicht-
/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	125
Tabelle 79: HIV-Therapie nach Geschlecht	126
Tabelle 80: Hepatitis-C-Status nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerin	nen/Nicht-/Nicht-
mehr-Nutzer und Nutzerinnen	127
Tabelle 81: Ergebnis des HBV-Tests nach Geschlecht und Nutzer und Nu	utzerinnen/Nicht-
/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	128
Tabelle 82: Aktueller Hepatitis-A-Impfstatus und Hepatitis-B-Impfstatus	nach Geschlecht 129
Tabelle 83: Aktueller Hepatitis-A-Impfstatus nach Geschlecht und Nutze	r und
Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
130	

Tabelle 84: Aktueller Hepatitis-B-Impfstatus nach Geschlecht und Nutzer und	
Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
130	
Tabelle 85: Konsummuster der DKR-Nutzer und Nutzerinnen (Hauptdroge) nach Geschle	echt
133	
Tabelle 86: Konsummuster der DKR-Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
(Hauptdroge) nach Geschlecht	134
Tabelle 87: Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Geschlecht (Mehrfachantwort	en)
	135
Tabelle 88: Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen und	
Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)	
136	
Tabelle 89: Hauptdroge von Personen in Substitutionsbehandlung nach Geschlecht	137
Tabelle 90: Nur Substituierte – Substanzkonsum neben der Hauptdroge nach Geschlech	it
(Mehrfachantworten)	138
Tabelle 91: Substituierte, die einen Beikonsum von im DKR zugelassenen Substanzen	
haben (Heroin, Kokain, Amphetamin oder Derivate) (Hauptdroge oder gelegentlich	
konsumierte Nebendroge) nach Geschlecht	139
Tabelle 92: Art der Applikation (Mehrfachantworten)	140
Tabelle 93: Nur Konsumraumnutzer und -nutzerinnen – Art der Applikation nach	
Geschlecht (Mehrfachantworten)	141
Tabelle 94: Nur Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen – Art der Applikation nach	
Geschlecht (Mehrfachantworten)	142
Tabelle 95: Konsumhäufigkeit der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen, Nicht-/Nich	nt-
mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Geschlecht	
143	
Tabelle 96: Dauer der Abhängigkeit nach Geschlecht / Seit wann wird die Hauptdroge	
regelmäßig konsumiert?	144
Tabelle 97: Dauer der Abhängigkeit nach Geschlecht und Nutzer und Nutzerinnen/Nicht-	•
/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen Seit wann wird die Hauptdroge regelmäßig	
konsumiert? 145	
Tabelle 98: Nur Langzeit-Konsumenten und Konsumentinnen (Dauer der Abhängigkeit 1	1
Jahre oder länger) nach Nutzung, Nicht-/Nicht-mehr-Nutzung und Geschlecht	
145	
Tabelle 99: Bisher längste Konsumpause nach Geschlecht	146
Tabelle 100: Gründer für Konsumpause nach Geschlecht	147
Tabelle 101: Substitutionsstatus (dichotom) nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nic	cht-
mehr-Nutzer und Nutzerinnen	148

Tabelle 102: Substitution zu früherer Zeit nach Geschlecht und Nutzer und	
Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
149	
Tabelle 103: Derzeitiger Substitutionsstatus nach Geschlecht und Nutzer und	
Nutzerinnen/Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
151	
Tabelle 104: Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen nach	
Geschlecht – nur Klienten und Klientinnen mit Hauptdroge, die im DKR konsumiert werden	!
darf 152	
Tabelle 105: Konsumhäufigkeit der Hauptdroge nach Nutzer und Nutzerinnen, Nicht-/Nicht-	,
mehr-Nutzer und Nutzerinnen und Geschlecht – nur Konsumenten und Konsumentinnen m	it
zugelassener Hauptdroge 153	
Tabelle 106: Bisherige Behandlungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum	
(Mehrfachantworten) 15	5
Tabelle 107: Bisherige Behandlungen nach Geschlecht (Mehrfachantworten) 15	6
Tabelle 108: Bisherige Behandlungen nach Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-	
Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)	
157	
Tabelle 109: Zugang zu medizinischer Behandlung (außerhalb des DKR) nach Geschlecht	
150	3
Tabelle 110: Zugang zu medizinischer Behandlung (außerhalb des DKR) nach Nutzer und	
Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
15	8
Tabelle 111: Kein Zugang zu medizinischer Behandlung – Gründe nach Nutzer und	
Nutzerinnen und Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen	
15:	9
Tabelle 112: Versorgungs- und Behandlungswünsche (Mehrfachantworten)	0
Tabelle 113: Versorgungs- und Behandlungswünsche nach Nutzer und Nutzerinnen und	
Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)	
161	
Tabelle 114: Versorgungs- und Behandlungswünsche nach Geschlecht	
(Mehrfachantworten) . 16	32
Tabelle 115: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Unterstützung im DKR	
erhalten, die eine Drogenberatung nicht leistete?" nach Geschlecht	
163	
Tabelle 116: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzungsdauer nach	
Geschlecht 164	
Tabelle 117: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Bekanntheit der anderen	
Drogenkonsumräume in Berlin (Birkenstube, SKA, Drogenkonsummobil) 16	4

Tabelle 118: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie oft haben Sie in de	∍n
letzten sechs Monaten diesen DKR besucht?	
	165
Tabelle 119: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Wie oft haben Sie in d	len
letzten sechs Monaten diesen DKR besucht?" nach Geschlecht	
167	
Tabelle 120: Änderungen im Konsumverhalten durch DKR-Nutzung nach Geschlecht	
(Mehrfachantworten) .	168
Tabelle 121: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Die Voraussetzungen	
(kein Konsum von Medikamenten, Substitutionsstatus, Alter) zur Nutzung des DKR finde)
ich" 169	
Tabelle 122: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Gegenseitige Hilfe ist	im
DKR nicht erlaubt, das finde ich" .	170
Tabelle 123: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Den Abschluss eines	
Nutzungsvertrages finde ich" .	171
Tabelle 124: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: "Hausverbot bei	
Nichteinhaltung der Regeln finde ich…"	
	172
Tabelle 125: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Konsum im öffentliche	n
Raum nach Geschlecht .	173
Tabelle 126: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Falls nicht Konsumrau	m -
Primärer Konsumort nach Geschlecht .	174
Tabelle 127: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie bewerten Sie die L	.age
und Erreichbarkeit des DKR? (Mehrfachantworten)	
175	
Tabelle 128: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Bewertung der Lage u	nd
Erreichbarkeit des DKR nach Geschlecht (Mehrfachantworten)	175
Tabelle 129: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzung bei längeren	
Öffnungszeiten nach Geschlecht	176
Tabelle 130: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Nutzung bei längeren	
Öffnungszeiten nach Einrichtung .	176
Tabelle 131: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Drogennotfall-Hilfe im	
DKR erhalten? nach Geschlecht	177
Tabelle 132: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Im Drogenkonsumraum	n
gelernt, wie auf eine Überdosierung zu reagieren ist? nach Geschlecht	
177	
Tabelle 133: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie haben Sie es gelei	
(Mehrfachantworten) .	178
Tabelle 134: Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Wie haben Sie es gelei	nt?
nach Geschlecht (Mehrfachantworten) .	179

Tabelle 135: Nutzung der verschiedenen DKR-Angebote nach Geschlecht	
(Mehrfachantworten) .	180
Tabelle 136: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Berliner	
Drogenkonsumräume nach Geschlecht.	181
Tabelle 137: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Frühere Nutzung von	
Drogenkonsumräumen nach Geschlecht	
1	82
Tabelle 138: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Zeitpunkt der letzten Nutzung nach	ch
Geschlecht	
1	82
Tabelle 139: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Subjektive Einschätzung des	
Bekanntheitsgrades von Drogenkonsumräumen unter DrogenkonsumentInnen in Berlin	
nach Geschlecht .	183
Tabelle 140: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Nutzung sonstiger	
niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen nach Geschlecht	
183	
Tabelle 141: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Zugang zu schadensminimierend	len
Angeboten (sauberes Besteck, safer use, Drogennotfalltraining, medizinische Versorgung	g)
nach Geschlecht .	184
Tabelle 142: Gründe für die Nicht-Nutzung oder Nicht-mehr-Nutzung der Berliner	
Drogenkonsumräume nach Geschlecht (Mehrfachantworten)	186
Tabelle 143: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen:	
Primärer Konsumort nach Geschlecht .	187
Tabelle 144: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Drogennotfallzeuge nach	
Geschlecht 188	
Tabelle 145: Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Hilfe bei Drogennotfall nach	
Geschlecht 188	
Tabelle 146: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Berliner	
Drogenkonsumräume nach Geschlecht.	189
Tabelle 147: Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Einrichtungen nach	
Geschlecht (Mehrfachantworten) .	189
Tabelle 148: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen: Bekanntheit der Einrichtungen nach	
Geschlecht (Mehrfachantworten) .	190
Tabelle 149: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Primärer	
Konsumort nach Geschlecht .	190
Tabelle 150: Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen von Drogenkonsumräumen: Primärer	
Konsumort nach Geschlecht .	191
Tabelle 151: Gründe für die Nicht-Nutzung der Berliner Drogenkonsumräume nach beider	7
Gruppen der Nicht-Nutzer und Nutzerinnen (Mehrfachantworten)	
192	

Zugang zu schadensminimierenden Angeboten (sauberes Besteck, safer use,	
Drogennotfalltraining, medizinische Versorgung) nach Geschlecht	
193	
Tabelle 153: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen:	
Nutzung sonstiger niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen nach Geschlecht	
193	
Tabelle 154: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen:	
Hilfe bei Drogennotfall nach Geschlecht	
19	94
Tabelle 155: Noch-Nie-Nutzer und Nutzerinnen und Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen:	
Drogennotfallzeuge nach Geschlecht . 1	94
Tabelle 156: Verbesserungsvorschläge der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen	
(Mehrfachantworten)	
	95
. 1. Tabelle 157: Verbesserungsvorschläge der Konsumraumnutzer und -nutzerinnen nach	

Anhang

Leitfaden ExpertInneninterview

· Leitfaden ExpertInneninterview ¶

```
1.→ Wie waren Sie involviert in die Entwicklung der DKRs in Berlin?¶
   Ausbildung¶
    Beteiligung¶
    Seit-wann?¶
2.→ Wie sehen Sie die Entwicklung der DKR in Berlin?¶
    Geschichte¶
   Aktueller-Stand¶
    We iterent wicklungsbedarf\P
3.→ Was sind typische Konflikte und Belastungen in den DKRs?¶
    Substitution¶
   Abweisungen¶
   Anwohnerschaft¶
    Polizei¶
   Klientel-selbst¶
4.→ Wo·sehen·Sie·die·Barrieren·zur·Weiterentwicklung?¶
    Finanzielle-Mittel¶
    Räumliche Barrieren/Nachbarschaft¶
5.→ Wo sehen Sie Vernetzungen? ¶
    Professionell/fachlich\P
    Politisch¶
```

Leitfaden Gruppendiskussion

Leitfaden · Gruppendiskussionen ¶

```
1.→ Bitte stellen Sie sich und Ihr derzeitiges Arbeitsverhältnis vor.¶
    Name¶
    Ausbildung¶
    Weiter-/Fortbildungen¶
    Teilzeit/Vollzeit-¶
    Weitere-Arbeitsverhältnisse¶
    Seit-wann-im-aktuellen-Arbeitsverhältnis¶
2.→ Beschreiben Sie bitte Ihren Arbeitsansatz. ¶
    Grundverständnis des Angebots ¶
    Methodischer-Arbeitsansatz-¶
    Erfolgskriterien der Arbeit ¶
    Widerspruch zwischen professionellem Selbstverständnis und Zielgruppenorientierung ¶
    Kooperation·mit·Soz.päd·bzw.·Medizin·und·Pflege¶
3.→ Wie·lässt·sich·aus·Ihrer·Sicht·der·Arbeitsalltag·in·der·Einrichtung·hinsichtlich·der·
    nachfolgenden · Punkte · bewältigen ? • ¶
    Arbeitsorganisation und Teamstruktur ¶
    Arbeitsanforderungen im Konsumraum¶
    Akzeptanzgrenzen-der-MitarbeiterInnen¶
    Entwicklung von Arbeitsroutinen¶
    Verbesserungsvorschläge zu den Arbeitsabläufen und -strukturen
4.→ Welches· Leistungsspektrum· wird· Ihnen· als· Mitarbeiter· bzw.· Mitarbeiterin· zur·
    Verfügung gestellt? Wie zufrieden sind Sie damit? ¶
    Supervision¶
    Fortbildungen¶
    Sicherheitsmaßnahmen (Deeskalationstraining; Selbstverteidigung) ¶
    Ärztliche·Vorsorge·und·regelmäßige·Untersuchungen¶
    Räumliche: Ausstattung · (Pausenraum · etc.) · ¶
5.→ Beschreiben Sie bitte die Zielgruppe der Einrichtung und Ihr Verhältnis zu dieser?¶
    Umgang¶
    Haltung¶
    Rollenverständnis:¶
    Beziehungsarbeit (Nähe-Distanz; Grenzen)¶
    Schwierigkeiten<sup>.</sup>¶
```

6.→ Wie·schätzen·Sie·aus·Ihrer·Sicht·das·Angebot·Ihrer·Einrichtung·bezüglich·folgender· Aspekte ein? ¶ Öffnungszeiten¶ Lage (zentral/dezentral)¶ Ausstattung \cdot ¶ Regeln¶ Beratung ¶ Drogennotfalltraining¶ Spritzentausch-¶ Belastungen¶ 7.→ Wie·schätzen·Sie·die·Zufriedenheit·der·Nutzerinnen·und·Nutzer·bezogen·auf·das· Angebot-des Konsumraums ein?¶ Verbot-der-gegenseitigen-Hilfe-¶ Verbot-des-gemeinschaftlichen-Konsums¶ Verbot-der·Hilfe-durch-das-Personal-¶ Substitutionsstatus ¶ Nutzungsvertrag-¶ $Atmosphäre \cdot im \cdot DKR \cdot \P$ Beikonsum-anderer-Substanzen-¶ 8.→ Wie·schätzen·Sie·die·Zufriedenheit·der·Nutzerinnen·und·Nutzer·bezogen·auf·die· sonstigen · Angebote · Ihrer · Einrichtung · ein?¶ Cafébereich (Essen; Trinken; soziale Kontakte) Nutzung-sanitärer-Anlagen-¶ Kleidung (waschen und tauschen) ¶ $Ruhebereich\P$ PC-/Internetnutzung ¶ Medizinischer-Bereich¶ 9.→ Wie empfinden Sie die regionale und überregionale Vernetzung der Einrichtung? ¶ Brückenfunktion-¶ Einbindung·in·das·Berliner·Suchtkrankenhilfesystem¶ $Akzeptanz\cdot anderer\cdot Einrichtungen \P$ Kontakt·zur·Polizei·¶ Ordnungspolitische-Interessen-¶ Sozialraumorientierung ¶ ¶ 10.+Welchen·Weiterentwicklungsbedarf·sehen·Sie?¶ Öffnungszeiten¶ Substitution¶ Dezentralisierung¶

Fragebogen Nutzer und Nutzerinnen Drogenkonsumräume

ort der Be	fragung:
Datum:	
nterviewe	r (Kürzel):
Einverstär	adniserklärung
(ISFF) läd Erreichbar untersucht Drogennot Erhöhung	sverwaltung für Gesundheit und Soziales/Berlin sowie das Institut für Suchtforschung/Frankfurt til Sie dazu ein, an nachfolgender Studie mitzuwirken. Wir möchten die Qualität und die rikeit der Drogenkonsumräume (DKR) in Berlin verbessem. Dazu sollen die Hintergründe werden. Ziel der Untersuchung ist eine Bewertung der Ist-Situation in Bezug auf tfälle und der Angebotsnutzung des DKR sowie die Erarbeitung von Empfehlungen zur der Effektivität, Akzeptanz und Zufriedenheit der Nutzerlnnen der drei Berliner nsumräume.
anonym. S	nationen und Daten, die wir von Ihnen während der Befragung erhalten, bleiben vertraulich und Statt der Benutzung Ihres Namens oder anderer identifizierbarer Daten, verwenden wir eine ür die Befragung.
werden in Befragung	ufnahmen werden verschlüsselt, Verschriftlichungen und computerunterstützte Auswertungen einem passwortgeschützten Computer (ohne Internetverbindung) aufbewahrt. Die Kopien der werden ebenfalls sicher verwahrt, durch das Wegschließen der Unterlagen in einem cheren Stahlschrank.
teilzunehm Desweiter Veröffentli	hme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie sich dafür entscheiden an einem Interview nen, können manche Teile der Interviewaufnahme für Analysezwecke verschriftlicht werden. en können Teile der Daten aus der Studie als Grundlage für einen Endbericht und weitere chungen verwendet werden. Alle Daten, die auf diesem Weg verwendet werden, bleiben nd vertraulich.
- Desweite	ehe die Ziele der Forschung und bin damit einverstanden, an der Studie mitzuwirken. eren habe ich verstanden, dass ich jederzeit meine Teilnahme zurückziehen kann, ohne nzen oder Nachteile.
	(Datum, Unterschrift Teilnehmer)

2.	Ihr Geschlecht?				
	Frau Mann				lieber keine Angabe anders
3.	Was ist Ihr Herkunftsland?				
4.	Haben Sie einen deutschen Pass?				
•	☐ Ja ☐ Nein ☐ anders				
5.	Wie sieht Ihr Familienstand momentan aus?				
	alleinstehend/ledig verheiratet in Partnerschaft lebend getrennt lebend				geschieden verwitwet anders
	fester Wohnsitz mit Herkunftsfamilie (Eltern, Pflegeelte mit PartnerIn mit PatnerIn und Kind in eigener Wohr allein in eigener Wohnung in privater Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen Notschlafstelle obdachlos anders	nung			
7.	Welchen höchsten Schulabschluss besitzen S keinen Schulabschluss noch in Schulausbildung Hauptschulabschluss Realschulabschluss/Fachoberschulrei				Fachabitur/Fachhochschulreife Abitur/Hochschulreife anderer Schulabschluss
8.	Welchen höchsten Ausbildungsabschluss bes	itzen Sie?	•		
	derzeit in Hochschul- oder Berufsausbikeine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossene Lehrausbildung Meister/Techniker Hochschulabschluss anderer Berufsabschluss		chlossen		
9.	Waren Sie jemals obdachlos? (Mehrfachnennu	ıngen mö	glich)		
	Ja, momentan	Ja, in	der Verga	anger	enheit Nein (weiter mit Frage 11)

		ein paar Wochen		bis zu 1 Jahr			bis zu 10 Jahre	
		ein paar Monate bis zu 6 Monaten		1-2 Jahre 3-4 Jahre			länger als 10 Jahre	
1.	Wie sie	eht Ihre derzeitige Einkommenssit	tuation au	s? (Mehrfachnen	nungen möglich)		
		eigener Verdienst Verdienst vom EhepartnerIn, Pa Verdienst anderer Familienange Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Sozialhilfe (SGB XII-Leistungen Rente kein regelmäßiges Einkommen illegale Aktivitäten betteln anders	rhöriger	interhaltszahlunge	en			
2.		eschreibt am besten Ihre Arbeitss achnennungen möglich)	situation?					
		Vollzeit (Arbeitsvertrag) Teilzeit (Arbeitsvertrag) geringfügige Beschäftigung arbeitslos Student Frührente anders						
1 1	Gaeun	dheitlicher Zustand						
		dheitlicher Zustand ie schon mal auf HIV getestet wor	rden?					
			rden?	Nein (weiter mit	Frage 16)		weiß nicht mehr	
13.	Sind Si	e schon mal auf HIV getestet wor		Nein (weiter mit	Frage 16)		weiß nicht mehr	
13.	Sind Si	e schon mal auf HIV getestet wor Ja	nis?	Nein (weiter mit	weiß es no	och nicht	weiß nicht mehr ehts zu sagen	
14.	Wenn	e schon mal auf HIV getestet wor Ja Ja: Wie war das letzte Testergebi bin mit HIV infiziert (positiv)	nis?	· ·	weiß es no möchte ich	och nicht n lieber nic	chts zu sagen	
14.	Wenn	Ja Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati	nis?	· ·	weiß es no möchte ich	och nicht n lieber nic	chts zu sagen	
14.	Wenn Wenn Erhalte	e schon mal auf HIV getestet wor Ja Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H	nis? iv)	on oder haben Si Ja, aber ich pau	weiß es no möchte ich	och nicht n lieber nic	chts zu sagen erapie erhalten?	
13.	Wenn Wenn Erhalte	e schon mal auf HIV getestet wor Ja Ja: Wie war das letzte Testergebi bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell	nis? iv)	on oder haben Si Ja, aber ich pau	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit	och nicht n lieber nic	chts zu sagen erapie erhalten?	
13. 14.	Wenn Wenn Sind Sind Sind Sind Sind Sind Sind Si	Ja Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell e schon mal auf Hepatitis C geter	nis? iv) HIV-Infekti	on oder haben Si Ja, aber ich pau en?	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit	och nicht n lieber nic	chts zu sagen erapie erhalten? Nein, noch nie	
13. 14.	Wenn Wenn Sind Sind Sind Sind Sind Sind Sind Si	Ja Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell ie schon mal auf Hepatitis C gete	nis? iv) HIV-Infekti stet worde	on oder haben Si Ja, aber ich pau en?	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit Frage 18) getestet, c Status unb weiß ich ni	och nicht n lieber nic e HIV-The	chts zu sagen erapie erhalten? Nein, noch nie	
13. 14. 15.	Wenn Erhalte Sind Si Wenn j	Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell e schon mal auf Hepatitis C geter Ja a: Wie sieht Ihr aktueller Status a	nis? IIV-Infekti stet worde aus? ie herapie	on oder haben Si Ja, aber ich pau en? Nein (weiter mit	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit Frage 18) getestet, c Status unb weiß ich ni	och nicht n lieber nic e HIV-The	chts zu sagen erapie erhalten? Nein, noch nie weiß nicht mehr erfolglose Therapie	
13. 14. 15.	Wenn Erhalte Sind Si Wenn j	Ja Ja: Wie war das letzte Testergebi bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell e schon mal auf Hepatitis C getes Ja a: Wie sieht Ihr aktueller Status a getestet, negativ - keine Therapi getestet, akut getestet, chronisch - keine Therapi	nis? IIV-Infekti stet worde aus? ie herapie	on oder haben Si Ja, aber ich pau en? Nein (weiter mit	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit Frage 18) getestet, c Status unb weiß ich ni möchte ich	och nicht n lieber nic e HIV-The	chts zu sagen erapie erhalten? Nein, noch nie weiß nicht mehr erfolglose Therapie	
13. 14. 15.	Wenn Wenn Sind Si	Ja Ja: Wie war das letzte Testergebr bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negati n Sie eine Therapie gegen eine H Ja, aktuell e schon mal auf Hepatitis C geter Ja a: Wie sieht Ihr aktueller Status ar getestet, negativ - keine Therapi getestet, negativ - erfolgreiche T getestet, akut getestet, chronisch - keine Therapi e schon mal auf Hepatitis B getes	nis? IIV-Infekti stet worde aus? ie herapie	on oder haben Si Ja, aber ich pau en? Nein (weiter mit	weiß es no möchte ich e schon mal eine siere zur Zeit Frage 18) getestet, c Status unb weiß ich ni möchte ich	och nicht n lieber nic e HIV-The	weiß nicht mehr erfolglose Therapie	

		Hepatitis A		Hepatitis B		weiß ich nicht nicht geimpft
1.	Leiden	Sie aktuell an Abszessen	?			
		Ja				noch nie
		Nein			Ш	möchte ich lieber nichts zu sagen
		consum e Substanz haben Sie im l	etzten	halben Jahr am hä	ufiasten kon:	sumiert (Hauptdroge)?
		Heroin				Cocktail (Heroin&Kokain)
	Ħ	Kokain				andere
	Ш	Crack				
23.	Auf we	Iche Weise konsumieren	Sie Ihr	e Hauptdroge? (Me	ehrfachnennu	ngen möglich)
		Spritzen				Spritzen und Folie rauchen
		Sniffen				Spritzen und Pfeife rauchen
	H	Folie rauchen Pfeife rauchen				anders
		T Tolle Taucheri				
4.	Wie oft	konsumieren Sie Ihre Ha	uptdro	ge?		
		mehrmals täglich			rmal in der V	/oche
		einmal täglich		unrege	lmäßig	
25.	Wie lar	nge konsumieren Sie Ihre	Haupt	droge schon regeln	näßig?	
	П	weniger als 5 Jahre			П	11-15 Jahre
		5-7 Jahre				länger als 15 Jahre
		8-10 Jahre				anders
26.	Wasw	ar bisher Ihre längste Kon	sumpa	ause, seitdem Sie r	egelmäßig ko	nsumieren?
		ein paar Wochen				
	Ħ	ein paar Monate				
		1 Jahr				
		2-5Jahre				
		6-8 Jahre				
	H	9-10 Jahre länger als 10 Jahre				
	H	keine				
		anders				
7. 1	Was w	aren Ihre Gründe für die k	Consur	nnause?		
				.,	_	sicono Estado iduas
	H	Haft Substitution			님	eigene Entscheidung weiß ich nicht
	H	Therapie			H	anders
28.	Welche	Substanzen konsumiere	n Sie r	neben Ihrer Hauptd	roge noch? (Mehrfachnennungen möglich)
		Alkohol				
		Benzodiazepine				
	\vdash	Cannabis Amphetamine				
	H	Amphetamine Methamphetamine				
	H	nicht ärztlich verschriebe	ene Su	bstitutionsmittel (B	uprenorphin.	Methadon, Diamorphin)
	Ħ	andere				,

9.	Substi Werder	tution n Sie momentan s	substituiert?							
		Nein					Ja, Diamorphin			
	\exists	Ja, Methadon Ja, Buprenorphir	n			\exists	Ja, anders möchte ich lieb		chts zu sagen	
Ю.	Haben	Sie früher schon	mal an einer	Substitution	sbehandlung to	eilgeno	mmen?			
		Ja (weiter mit Fra	age 32)		Nein				weiß ich nicht	
1.	Warum	nehmen Sie gera	ade an keine	r Substitutio	nsbehandlung t	teil?				
										_
2.	Falls Bo	eikonsum: Was si	ind die Grün	nde dafür?						
		ngen mit Droge			DKR)					
Э.	wie ian	0-6 Monate	scrion in dies	Sell DKK?	4-6 Jahre				unsicher	
	片	7-11 Monate		닐	7-10 Jahre			П	unsicher	
	Ш	1-3 Jahre			länger als 10	Jahre				
4.	Sind Ih	nen die anderen D	Orogenkonsu	umräume in l	Berlin bekannt	(SKA, E	Birkenstube, Dro	genk	onsummobil)?	
34.	Sind Ih	nen die anderen [Ja	Drogenkonsu	umräume in l	Berlin bekannt	(SKA, E	Birkenstube, Dro	genk	onsummobil)?	
				Nein			weiß ich nicht	genk	onsummobil)?	_
		Ja		Nein			weiß ich nicht	genk	onsummobil)? Drogenkonsummobil	
35.	Welche	Ja en DKR nutzen Si	e am häufig:	Nein	achnennunger Birkenstube	möglic	weiß ich nicht			_
35.	Welche	Ja en DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich	e am häufig:	Nein	achnennunger Birkenstube	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
15.	Welche	Ja en DKR nutzen Si SKA haben Sie in den	e am häufig: letzten 6 M	Nein sten? (Mehri	achnennunger Birkenstube	möglic	weiß ich nicht	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
35.	Welche	Ja on DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag	e am häufig: letzten 6 Min nal pro Woci	Nein sten? (Mehri	achnennunger Birkenstube	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	_
35.	Welche	Ja on DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm	e am häufig: letzten 6 M n nal pro Wool	Nein sten? (Mehri	fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	_
35.	Welche	Ja en DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich v	e am häufig: letzten 6 Min nal pro Woci /oche uche: (Mehr	Nein sten? (Mehri onaten an de	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich)	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	_
35.	Welche	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR bes konsumiere ich v achte ich mehr a	e am häufig: letzten 6 Me n all pro Woci /oche uche: (Mehr weniger in de	Nein Sten? (Mehrf onaten an de fachnennung er Öffentlicht	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich)	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
35.	Welche	DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR bes konsumiere ich w achte ich mehr a habe ich mehr Z konsumiere ich v	le am häufig: letzten 6 Min nal pro Woci oche uche: (Mehr weniger in de auf meine pe eit auszuruh weniger Drog	Nein Sten? (Mehri onaten an de fachnennung er Öffentliche Hy en gen	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich)	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	_
35.	Welche	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich w achte ich mehr z konsumiere ich w konsumiere ich v konsumiere ich v	letzten 6 Minnal pro Woci roche uche: (Mehr weniger in de auf meine pe eit auszuruh weniger Drogen	Nein Sten? (Mehri onaten an de fachnennung er Öffentlichl ren gen n	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich)	möglic	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	_
35.	Welche	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR bes konsumiere ich v achte ich mehr Z konsumiere ich v konsumiere ich v hat sich mein Ko hat sich mein Ko	letzten 6 Minnal pro Woci roche uche: (Mehr weniger in de auf meine pe eit auszuruh wenehr Droger onsum nicht onsum verän	Nein sten? (Mehri onaten an de he fachnennung er Öffentlichi rsönliche Hy nen gen n verändert idert von Rau	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich) keit rgiene/Körper	n möglich	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
35.	Welche	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich w achte ich mehr a habe ich mehr Zi konsumiere ich w konsumiere ich w hat sich mein Ko	letzten 6 Minnal pro Woci roche uche: (Mehr weniger in de auf meine pe eit auszuruh wenehr Droger onsum nicht onsum verän	Nein sten? (Mehri onaten an de he fachnennung er Öffentlichi rsönliche Hy nen gen n verändert idert von Rau	Fachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich) keit rgiene/Körper	n möglich	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
35.	Welche	an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich w achte ich mehr z konsumiere ich w konsumiere ich w hat sich mein Ko hat sich mein Ko weiß ich nicht nicht zutreffend	le am häufig: letzten 6 Min nal pro Woci oche uche: (Mehr weniger in de auf meine pe eit auszuruh weniger Drog mehr Droger onsum nicht onsum verän	Nein sten? (Mehri onaten an de he fachnennung er Öffentlichl rsönliche Hy en gen n verändert dert von Rau dert von Spr	Gachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich) keit giene/Körper uchen zu Spritz itzen zu Rauch	m möglich den dies	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als einr	t?	Drogenkonsummobil m Monat	
35. 36.	Welche Wie oft	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich w achte ich mehr zi konsumiere ich w hat sich mein Ko weiß ich nicht nicht zutreffend anderweitig	e am häufig: letzten 6 Mi n nal pro Woci /oche uche: (Mehr weniger in di auf meine pe eit auszuruh weniger Droger onsum nicht onsum verän	Nein sten? (Mehrf onaten an de he fachnennung er Öffentlichl rsönliche Hy ten gen n verändert idert von Rau dert von Spr	Birkenstube on Öffnungstag gen möglich) keit giene/Körper uchen zu Spritz	n möglich	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als ein unregelmäßig	t? mal i	Drogenkonsummobil m Monat m Monat	
35. 36.	Welche Wie oft	Ja an DKR nutzen Si SKA haben Sie in den mehrmals täglich einmal am Tag mindestens einm mehrmals pro W diesen DKR besi konsumiere ich w achte ich mehr zi konsumiere ich w hat sich mein Ko weiß ich nicht nicht zutreffend anderweitig	e am häufig: letzten 6 Mi n nal pro Woci /oche uche: (Mehr weniger in di auf meine pe eit auszuruh weniger Droger onsum nicht onsum verän	Nein sten? (Mehrf onaten an de he fachnennung er Öffentlichl rsönliche Hy ten gen n verändert idert von Rau dert von Spr	Gachnennungen Birkenstube en Öffnungstag gen möglich) keit giene/Körper uchen zu Spritz itzen zu Rauch	n möglich	weiß ich nicht ch) en DKR besucht mindestens ein weniger als ein unregelmäßig	t? mal i mal ii	Drogenkonsummobil m Monat	

	Gegens						
		nicht notwendig weniger notwendig		angemessen eher notwendig		sehr notwendig keine Meinung	
).	Den Ab	schluss eines Nutzungs	vertrage	s finde ich			
		nicht notwendig weniger notwendig	_	angemessen eher notwendig		sehr notwendig keine Meinung	
1.	Hausve	erbot bei Nichteinhaltung	der Reg	eln finde ich			
		nicht notwendig weniger notwendig		angemessen eher notwendig		sehr notwendig keine Meinung	
	-	d Erreichbarkeit DK nsumieren Sie außerhalb		R? (primäre Konsum	orte kennz	zeichnen mit 1-3 / am häu	rfigsten - weniger häufig)
		zu Hause bei Freunden öffentliche Toilette Straße				Park U-Bahn-Schacht Ich konsumiere nur im I anders	
3.	Konsun	nieren Sie häufiger im öf	fentliche	n Raum als im DKR?	•		
		Ja		Nein		gleich	weiß ich nicht
		gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkei	he zur S fnungsze entliche \ (zu weit (Öffnun	iten) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/V gszeiten)		nnungen möglich)	
5.	Wenn	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht	he zur S fnungsze entliche \ (zu weit (Öffnung t sind ok	zene/Wohnort) itten) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebo	Vohnort)	r nutzen?	
Н	□ arm Re	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja	he zur S fnungsze entliche \((zu weit (Öffnun t sind ok	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebo	√ohnort) ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht	
Н	□ arm Re	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja eduction Sie durch die Nutzung e	he zur S frungsze entliche \((zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi	zene/Wohnort) itten) //erkehrsmittel) entfernt von Szene/M gszeiten) ürden Sie das Angebi Nein R gelernt, im Drogenr	√ohnort) ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re	agieren zu können?
H 6.	arm Re	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja seduction Sie durch die Nutzung e	he zur S fnungsze entliche) (zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebo Nein R gelernt, im Drogenr	√ohnort) ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht	agieren zu können?
6.	arm Re	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja eduction Sie durch die Nutzung e	he zur S fnungsze entliche) (zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebo Nein R gelernt, im Drogenr	√ohnort) ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re weiß ich nicht	agieren zu können?
5 H 16.	arm Re	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja seduction Sie durch die Nutzung e	he zur S fnungsze entliche \((zu weit (Öffnung t sind ok hätte, wi ines DKi inrfachne	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebe Nein R gelernt, im Drogenr Nein nnungen möglich) chen	√ohnort) ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re	n
7.	arm Re Haben : Wie hal	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja geduction Sie durch die Nutzung e Ja ben Sie es gelernt? (Met Zeuge einer Überdosis mit Mitarbeitern im DKF mit anderen Fachkräfte	he zur S frungsze frungsze frungsze frungsze frungsze (Zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi hrfachne R gespro n gespro DKR ge	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebe Nein R gelernt, im Drogenr Nein nnungen möglich) chen chen sprochen	ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re weiß ich nicht Drogennotfalltraining safe use Beratungen Poster/Flyer/Broschürer	n
6. 7.	arm Re Haben : Wie hal	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja seduction Sie durch die Nutzung e Ja ben Sie es gelernt? (Mel Zeuge einer Überdosis mit Mitarbeitern im DKF mit anderen Fachkräfte mit anderen Usern des	he zur S fnungsze entliche \((zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi ines DKI nrfachne R gespro n gespro DKR ge einem Dr	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebe Nein R gelernt, im Drogenr Nein nnungen möglich) chen chen sprochen	ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re weiß ich nicht Drogennotfalltraining safe use Beratungen Poster/Flyer/Broschürer	n
7.	arm Re Haben: Wie hal	gute Erreichbarkeit (Nä gute Erreichbarkeit (Öff gute Erreichbarkeit (Öff schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit schwere Erreichbarkeit Lage und Erreichbarkeit weiß ich nicht der DKR länger geöffnet Ja geduction Sie durch die Nutzung e Ja ben Sie es gelernt? (Met Zeuge einer Überdosis mit Mitarbeitern im DKF mit anderen Usern des Sie schon mal Hilfe bei e Ja	he zur S fnungsze entliche) (zu weit (Öffnun t sind ok hätte, wi ines DKi ines DKi gespro n gespro DKR ge	zene/Wohnort) iden) /erkehrsmittel) entfernt von Szene/W gszeiten) ürden Sie das Angebe Nein R gelernt, im Drogenr Nein nnungen möglich) chen chen sprochen ogennotfall im DKR ei	ot häufige	r nutzen? weiß ich nicht ser auf eine Überdosis re weiß ich nicht Drogennotfalltraining safe use Beratungen Poster/Flyer/Broschürer anders	1

Substitution (stationär) Substitution (ambulant) Entgiftung (stationär) Entgiftung (ambulant) Entwöhnung (Reha, stationär) Sie jemals in psychotherapeutisich) Nein (weiter mit Frage 53) Ja, ambulant n ja: Fanden Sie diese hilfreich? on Sie ausreichenden Zugang zu Ja (weiter mit Frage 55) n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	u medizinischer Behand	weiß nicht r andere keine rund Ihres Drogenkonsu Ja, stationä anders	ms gewesen?	(Mehrfachnennunger	n
ich) Nein (weiter mit Frage 53) Ja, ambulant n ja: Fanden Sie diese hilfreich? In Sie ausreichenden Zugang zu Ja (weiter mit Frage 55) In nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	u medizinischer Behand	☐ Ja, stationä☐ anders	n halb des DKR		n
Ja, ambulant n ja: Fanden Sie diese hilfreich? n Sie ausreichenden Zugang zu Ja (weiter mit Frage 55) n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	u medizinischer Behand	anders	halb des DKR		
en Sie ausreichenden Zugang zu Ja (weiter mit Frage 55) n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	u medizinischer Behand	dlung/Versorgung außerl		?	
Ja (weiter mit Frage 55) n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	☐ Nein	dlung/Versorgung außerl		?	
Ja (weiter mit Frage 55) n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	☐ Nein	dlung/Versorgung außerl		?	
n nein: Warum haben Sie keiner Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so			- woif		
Migrationsstatus (EU-Bürger kein Leistungsbezug oder so	n Zugang? (Mehrfachn		□ weii:	3 ich nicht	
kein Leistungsbezug oder so		ennungen möglich)			
j anders	zialversicherungspflich			ngs§)	
he Versorgungs- oder Behandlu rfachnennungen möglich)	ungsangebote würden S	Sie gerne in Anspruch ne	ehmen?		
Entgiftung Zahnsanierung Versorgung mit Brille medizinische Reha Betreutes Wohnen		Psychother Substitution anders	·		
en Sie in diesem DKR Unterstütz	zung gefunden, die Sie	in Ihrer Drogenberatung	nicht bekomn	nen haben?	
] Ja	☐ Nein (we	iter mit Frage 59)	☐ weiß	3 ich nicht	
n ja: Um welche Art der Untersti	ützung handelte es sich	1?			
elcher Lebenssituation waren Sie	e zu diesem Zeitpunkt?	(z.B. krank, getrennt, w	ohnungslos, o	hne SV,)	
en Sie andere Drogengebrauch	erInnen die nicht den D Nein		cht		
		n Sie andere DrogengebraucherInnen die nicht den D	n Sie andere DrogengebraucherInnen die nicht den DKR aufsuchen?	n Sie andere DrogengebraucherInnen die nicht den DKR aufsuchen?	

oU.	Wenn ja: Wissen Sie warum?
61.	Was gefällt Ihnen am DKR?
62.	Was gefällt Ihnen nicht am DKR?
63.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Fragebogen Nicht-/Nicht-mehr-Nutzer und Nutzerinnen Drogenkonsumräume

NuDroB - ISFF (Institut für Suchtforschung Frankfurt/Main) Zielgruppe: Nicht-/Nicht-mehr-NutzerInnen (letzte Nutzung 1 Jahr zurückliegend) von Drogenkonsumräumen
Ort der Befragung:
Datum:
Interviewer (Kürzel):
Einverständniserklärung
Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales/Berlin sowie das Institut für Suchtforschung/Frankfurt (ISFF) lädt Sie dazu ein, an nachfolgender Studie mitzuwirken. Wir möchten die Qualität und die Erreichbarkeit der Drogenkonsumräume (DKR) in Berlin verbessern. Dazu sollen die Hintergründe untersucht werden. Ziel der Untersuchung ist eine Bewertung der Ist-Situation in Bezug auf Drogennotfälle und der Angebotsnutzung des DKR sowie die Erarbeitung von Empfehlungen zur Erhöhung der Effektivität, Akzeptanz und Zufriedenheit der Nutzerlnnen der drei Berliner Drogenkonsumräume.
Alle Informationen und Daten, die wir von Ihnen während der Befragung erhalten, bleiben vertraulich und anonym. Statt der Benutzung Ihres Namens oder anderer identifizierbarer Daten, verwenden wir eine Nummer für die Befragung.
Interviewaufnahmen werden verschlüsselt, Verschriftlichungen und computerunterstützte Auswertungen werden in einem passwortgeschützten Computer (ohne Internetverbindung) aufbewahrt. Die Kopien der Befragung werden ebenfalls sicher verwahrt, durch das Wegschließen der Unterlagen in einem einbruchsicheren Stahlschrank.
Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie sich dafür entscheiden an einem Interview teilzunehmen, können manche Teile der Interviewaufnahme für Analysezwecke verschriftlicht werden. Desweiteren können Teile der Daten aus der Studie als Grundlage für einen Endbericht und weitere Veröffentlichungen verwendet werden. Alle Daten, die auf diesem Weg verwendet werden, bleiben anonym und vertraulich.
 - Ich verstehe die Ziele der Forschung und bin damit einverstanden, an der Studie mitzuwirken. - Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich jederzeit meine Teilnahme zurückziehen kann, ohne Nachteile zu befürchten.
(Datum, Unterschrift TeilnehmerIn)

		iche Informationen sind Sie?						
2.	lha Caa	schlecht?						
۷.		Frau Mann				anders		
3.	Was is	t Ihr Herkunftsland?						
4.	Haben	Sie einen deutschen Pass?						
	R	Ja Nein						
		anders						
5.	Wie sie	eht Ihr Familienstand momentan a	us?					
		alleinstehend/ledig				geschieden		
	\exists	verheiratet getrennt lebend			\exists	verwitwet anders		
3.	Was be	eschreibt am besten Ihre Wohnsit	uation?					
		mit Herkunftsfamilie (Eltern, Pfle mit PartnerIn mit PatnerIn und Kind in eigener allein in eigener Wohnung in privater Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen Notschlafstelle obdachlos anders	Wohnun	g				
7.	Welche	en höchsten Schulabschluss besit	tzen Sie?					
		keinen Schulabschluss noch in Schulausbildung Hauptschulabschluss Realschulabschluss/Fachobersc	chulreife			Fachabitur/Fa Abitur/Hochs anderer Schu	chulrei	fe
8.	Welche	en höchsten Ausbildungsabschlus	s besitze	n Sie?				
		derzeit in Hochschul- oder Beruf keine Hochschul- oder Berufsau abgeschlossene Lehrausbildung Meister/Techniker Hochschulabschluss anderer Berufsabschluss	sbildung					
9.	Waren	Sie jemals obdachlos? (Mehrfach	nennung	en möglich)				
		Ja, momentan		Ja, in der Verg	ange	nheit		Nein (weiter mit Frage 11)
0.	Wenn	a: Wie lange insgesamt?						
		ein paar Wochen ein paar Monate		bis zu 1 Jahr 1-2 Jahre				bis zu 10 Jahre länger als 10 Jahre

NuDroB - IS	FF (Institut für Suchtforschung Frankfurt/Main) Seite 3	
11. Wie sie	ht Ihre derzeitige Einkommenssituation aus? (Mehrfachn	ennungen möglich)
	eigener Verdienst	
	Verdienst vom EhepartnerIn, PartnerIn, Unterhaltszahlur	ngen
\vdash	Verdienst anderer Familienangehöriger	
H	Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II	
H	Sozialhilfe (SGB XII-Leistungen)	
	Rente	
	kein regelmäßiges Einkommen	
	illegale Aktivitäten betteln	
H	anders	
		•••••
	eschreibt am besten Ihre Arbeitssituation?	
(Mehrfa	achnennungen möglich)	
	Vollzeit (Arbeitsvertrag)	
	Teilzeit (Arbeitsvertrag)	
	geringfügige Beschäftigung	
	arbeitslos	
H	Student Frührente	
H	anders	
Drogenk		
3. Welche	Substanz haben Sie im letzten halben Jahr am häufigste	en konsumiert (Hauptdroge)?
	Heroin	Cocktail (Heroin&Kokain)
	Kokain	andere
	Crack	
4. Auf wei	che Weise konsumieren Sie Ihre Hauptdroge? (Mehrfach Spritzen Sniffen	nnennungen möglich) Spritzen und Folie rauchen Spritzen und Pfeife rauchen
H	Folie rauchen	anders
ᆸ	Pfeife rauchen	
F 14/16	hannes Ole the Hearthean	
5. Wie ort	konsumieren Sie Ihre Hauptdroge?	
	mehrmals täglich ein paarmal in	n der Woche
	einmal täglich unregelmäßig	J
6 Wie lan	ge konsumieren Sie Ihre Hauptdroge schon regelmäßig?	
o. Wio iai	go konsumeren die me naapunoge sonor regelmasig :	
	weniger als 5 Jahre	11-15 Jahre
H	5-7 Jahre 8-10 Jahre	länger als 15 Jahre
	6-10 Janre	anders
7. Was wa	ar bisher Ihre längste Konsumpause, seitdem Sie regelmä	äßig konsumieren?
	-la-a-a-Washan	
H	ein paar Wochen ein paar Monate	
H	1 Jahr	
Ħ	2-5 Jahre	
	6-8 Jahre	
	9-10 Jahre	
	länger als 10 Jahre	
	keine (weiter mit Frage 19) anders	
	d10013	
	alutio	
	al NG15	
	al NG15	

		aren Ihre Gründe für die Konsumpau Haft			eigene Entsch	eidun	9
		Substitution Therapie		\exists	weiß ich nicht anders		
	Welche	Substanzen konsumieren Sie nebe	n Ihre	r Hauptdroge noch? (Mehrfachnennur	ngen i	möglich)
		Alkohol Benzodiazepine Cannabis Amphetamine Methamphetamine nicht ärztlich verschriebene Substit andere			Methadon, Dian	norphi	in)
		neitlicher Zustand e schon mal auf HIV getestet worder	1?				
		Ja		Nein (weiter mit Fra	ge 23)		weiß nicht mehr
1.	Wenn J	a: Wie war das letzte Testergebnis?)				
		bin mit HIV infiziert (positiv) bin nicht mit HIV infiziert (negativ)			weiß es noch r möchte ich lieb		chts zu sagen
2.	Erhalter	n Sie eine Therapie gegen eine HIV-	Infekti	on oder haben Sie so	hon mal eine HI	V-The	erapie erhalten?
		Ja, aktuell		Ja, aber ich pausier	e zur Zeit		Nein, noch nie
3.	Sind Si	e schon mal auf Hepatitis C getestet	word	en?			
		Ja		Nein (weiter mit Fra	ge 25)		weiß nicht mehr
4.	Wenn ja	a: Wie sieht Ihr aktueller Status aus	?				
		getestet, negativ - keine Therapie getestet, negativ - erfolgreiche Ther getestet, akut	apie		getestet, chron Status unbeka weiß ich nicht		erfolglose Therapie
		getestet, chronisch - keine Therapie	9		möchte ich lieb	er nic	chts zu sagen
5.	Sind Si	e schon mal auf Hepatitis B getestet	word	en?			
		Ja		Nein (weiter mit Fra	ge 27)		weiß nicht mehr
6.	Wenn J	a: Wie war das Ergebnis?					
		Infektion durchgemacht und ausgel akute frische Infektion chronische Infektion negativ	neilt		unbestimmt weiß nicht meh möchte ich lieb		chts zu sagen
7.	Wann	vurden Sie zuletzt getestet?					
		Hepatitis B, Datum					
8.	Wie sie	ht Ihr aktueller Hepatitis Impfstatus	aus? (Mehrfachnennungen	möglich)		
	П	Hepatitis A geimpft		Hepatitis A weiß ich Hepatitis B geimpft	nicht		Hepatitis B nicht geimpft Hepatitis B weiß ich nicht

		Ja Nein				ich hab noch n möchte ich lieb		
	ubstitu Werde	ution n Sie momentan ärztlich substit	tuiert?					
		Nein Ja, Methadon Ja, Buprenorphin				Ja, Diamorphir Ja, anders möchte ich lieb	 chts zu sagen	
1.	Haben	Sie früher schon mal an einer S	Substitution	sbehandlung teilg	genor	mmen?		
		Ja 🗆	Nein			weiß ich nicht		
2.	Warum	nehmen Sie gerade an keiner	Substitution	nsbehandlung teil	1?			_
								_
_								
3.	Falls B	eikonsum: Was sind die Gründ	le dafür?					
								_
	_							
		Nicht-mehr-Nutzung von Sie das Angebot eines Drogeni				?		
					enutzt		weiß ich nicht	
34.	Haben	Sie das Angebot eines Drogeni	konsumrau	ms schon mal ge Nein (weiter mit	enutzt		weiß ich nicht	
34.	Haben	Sie das Angebot eines Drogeni Ja	konsumrau	ms schon mal ge Nein (weiter mit	enutzt It Frag	ge 36)	weiß ich nicht vor ein paar Jahren	
34.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja ia: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten	das letzte	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1	enutzt It Frag	ge 36)		
35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i	das letzte	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1	enutzt it Frag	ge 36) onate	vor ein paar Jahren	
35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja ia: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja	das letzte	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit	it Frag	ge 36) onate		_
35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja ia: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum	das letzte	ns schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutz!? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan	it Frag	ge 36) onate	vor ein paar Jahren weiß ich nicht	_
335.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum	das letzte l	ns schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit in in Berlin bekan	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	_
335.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht-/ N	das letzte l	ns schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit in in Berlin bekan	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	_
34. 35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause	das letzte l	ns schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit in in Berlin bekan	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
34. 35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA Ind die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir nie	n Berlin bek	ns schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 sannt? Nein (weiter mit in in Berlin bekan	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
34. 35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir nikonsumiere nicht gem unter A	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
34.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir ni konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern in Anw werde substituiert	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
34.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht-/N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir ni- konsumiere nicht gem unter A konsumiere nicht gem unter A konsumiere nicht gem in Anw werde substituiert darf dort nicht rauchen	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
34.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA nd die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir ni konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern in Anw werde substituiert	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
335.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA Ind die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir nie konsumiere nicht gem unter A konsumiere nicht gem unter A konsumiere nicht gem in Anw werde substituiert darf dort nicht rauchen ist zu umständlich Regeln passen mir nicht sehe keinen Vorteil darin	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
35.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogen Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA Ind die Gründe für die Nicht- / N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir ni konsumiere nicht gem unter A konsumiere nicht gem in Anw werde substituiert darf dort nicht rauchen ist zu umständlich Regeln passen mir nicht	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di	it Frag	ge 36) onate ge 38)	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	
335.	Wenn j	Sie das Angebot eines Drogeni Ja a: Wann haben Sie einen DKR in den letzten 12 Monaten nen die Drogenkonsumräume i Ja a: Welche Drogenkonsumräum SKA Ind die Gründe für die Nicht-/ N konsumiere lieber zu Hause dauert mir zu lange Öffnungszeiten passen mir ni- konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern unter A konsumiere nicht gern in Anw werde substituiert darf dort nicht rauchen ist zu umständlich Regeln passen mir nicht sehe keinen Vorteil darin bin zu jung (U18)	n Berlin bek	ms schon mal ge Nein (weiter mit Mal genutzt? länger her als 1 mannt? Nein (weiter mit m in Berlin bekan Birkenstube Nutzung eines Di derer Drogenkon	nutzt Frag	ge 36) nate ge 38) nkonsumraums?	vor ein paar Jahren weiß ich nicht Drogenkonsummobil	

89.	Welche	er ist Ihr Hauptg	rund, der gegen	die Nutzu	ng von Drogenk	onsun	nräumen spric	ht?		
0.	Wie sc	hätzen Sie den	Bekanntheitsgra	d von Drog	genkonsumräum	nen in	Berlin unter D	rogenko	nsumenten ein?	
		sehr hoch hoch		mittel gering			sehr gering weiß ich nich	nt		
1.	Nutzen	Sie andere nie	drigschwellige D	rogenhilfee	einrichtungen in	Berlin	?			
		Ja			Nein (weiter m	nit Fra	ge 43)		weiß ich nicht	
2.	Wenn j	a: Welche?								
3.	Wo kor	sumieren Sie a	ım häufigsten? (ı	orimäre Ko	onsumorte kenna	zeichn	en mit 1-3 / ar	n häufig	sten - weniger häufig)	
		zu Hause					Park			
	\exists	bei Freunden öffentliche Toi	lette			\exists	U-Bahn-Schi Wohnungsfli	ur		
		Straße					anders			
4.			d Zugang zu sch medizinische Ver		imierenden Ang	eboter	n? (z.B. saube	res Bes	teck, safer use,	
	_		nedizinische ver	_	Mala fueltas es	h =	40)			
		Ja			Nein (weiter m	nt Fra	ge 46)	Ш	weiß ich nicht	
5.	Wenn j	a: Um welche A	Angebote handelt	es sich hi	erbei?					
6.	Waren	Sie schon mal	Zeuge eines Dro	gennotfalls	\$?					
		Ja		Nein			weiß ich nich	nt		
7.	Haben	Sie schon mal	Hilfe bei einem D	rogennotfa	all erhalten?					
		Ja			Nein (weiter m	nit Fra	ge 49)		weiß ich nicht	
R		a: Wie wurde H								
О.	weili	a. Wie wurde n	ille geleistet:							
_										
		chnahme ver Behandlunger	on Hilfen n haben Sie bishe	er schon g	emacht? (Mehrf	achne	ennungen mög	lich)		
		Substitution (a			*		weiß nicht m			
	Ħ	Entgiftung (sta	ationär)			Ħ	andere			
	1.1	Entwohnung (Reha, stationär)			\Box	keine			

	Sind Sie jemals in psychotherapeutische möglich)	r Behandlung aufgrund Ihres	Drogenkonsums gew	esen? (Mehrfachnennungen
	Nein (weiter mit Frage 52) Ja, ambulant		Ja, stationär anders	
51.	Wenn ja: Fanden Sie diese hilfreich?			
52.	Haben Sie ausreichenden Zugang zu me Ja (weiter mit Frage 54)	edizinischer Behandlung/Vers	sorgung?	weiß ich nicht
53.	Wenn nein: Warum haben Sie keinen Zi		moolich)	wolls for their
	Migrationsstatus (EU-Bürger, Ni kein Leistungsbezug oder sozial anders	cht EU Flüchtling, med. Vers versicherungspflichtigen Job	orgung nach AsylBewl (fehlende KV)	Leistungs§)
54.	Welche Versorgungs- oder Behandlungs (Mehrfachnennungen möglich)	sangebote würden Sie gerne	in Anspruch nehmen?	
	Entgiftung Zahnsanierung Versorgung mit Brille medizinische Reha Betreutes Wohnen		Psychotherapie Substitution anders	
55.	Unter welchen Bedingungen würden Sie	das Angebot des Drogenkor	sumraums nutzen?	
				?
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	Drogenkonsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	Drogenkonsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von f	Jrogenkonsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von f	лоденкоnsumraumen	
556.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von f	Progenkonsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	лоденкоnsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	Jrogenkonsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	лоденкоnsumraumen	
56.	Haben Sie Verbesserungsvorschläge hir	nsichtlich des Angebots von I	Jrogenkonsumraumen	

Datenschutzerklärungen

Datenschutzerklärung externe



Verpflichtungserklärung zum Datenschutz

Hiermit erklärt

der Auftragnehmer

Name, Vorname

Stöver, Heino / Frankfurt University of applied Sciences

FB 4

Straße

Nibelungenplatz 1

Postleitzahl

60318 Frankfurt am Main

Ort der Auftragserfüllung:

SKA, Reichenberger Str. 131, 10999 Berlin

gegenüber der Fixpunkt gGmbH, Reichenberger Str. 131, 10999 Berlin

mit Bezug auf den Vertrag zwischen dem Auftragnehmer und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zur Evaluation des "Drogenkonsumraums SKA" und der damit verbundenen Datenerhebung, dass alle von ihm bei der Durchführung des Auftrags zum Einsatz kommenden Beschäftigten im Sinne § 3 Abs. 11 auf das Datengeheimnis gemäß § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verpflichtet sind.

Nach dieser Vorschrift ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Die Verpflichtung besteht über das Ende der Tätigkeit hinaus.

Des Weiteren erklärt der Auftragnehmer, dass seine Mitarbeiter/innen zur Verschwiegenheit im Hinblick auf die Geschäftsgeheimnisse, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Kenntnis gelangen, verpflichtet sind.

Der Auftragnehmer verpflichtet sich, alle erhobenen Daten spätestens 4 Wochen nach Erfüllung des Auftragszwecks zu vernichten.

Die zum Einsatz kommenden Beschäftigten des Auftragnehmers.sind unten stehend namentlich benannt. Vor Beginn der Tätigkeit stellen sich diese der Bereichsleitung "Drogenkonsumräume", Kerstin Dettmer, und dem Leiter der Einrichtung, Dennis Andrzejewski, persönlich vor. Bei einem Personalwechsel, bspw. durch den Einsatz einer Vertretung, informiert der Auftragnehmer die Bereichsleitung "Drogenkonsumräume" vorab darüber.

Die Fixpunkt gGmbH hat das Recht, die Verpflichtung zum Datenschutz der Beschäftigten des Auftragnehmers zu überprüfen.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 43, 44 und anderen Strafvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden.

Berlin Unterso Beim	, den <i>Q</i> chrift Auft Auftragn	B- Non Lo 45 Newio ragnehmer rehmer kommen folgende Beschäftigte	Frankfurt University of Applied Science Fb 4: Soziale Arboit and Gesundheit Health and Social Work zumnFinsalz Vorname Vorname	39
Lfd. Nr.		Name	Vorname Vorname	áir
1	Herr.	HORNIG THEISEN	LARISSA	
3	Herr	BOLLINERT PORSTER	MARE; VE FRANZISUID	
3	Herr	STOKSTEK	STEFAN	

V: GF	Stand: 03.03.15	Seite 1 von 1

Datenschutzerklärung externe



Verpflichtungserklärung zum Datenschutz Hiermit erklärt

der Auftragnehmer

Name, Vorname

Stöver, Heino / Frankfurt University of applied Sciences

FB 4

Straße

Nibelungenplatz 1

Postleitzahl

60318 Frankfurt am Main

Ort der Auftragserfüllung:

Drogenkonsummobil, Projektstandort: Yorckstr. 4 - 11,

10965 Berlin

gegenüber dem Fixpunkt e. V., Reichenberger Str. 131, 10999 Berlin

mit Bezug auf den Vertrag zwischen dem Auftragnehmer und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zur Evaluation des "Drogenkonsummobils" und der damit verbundenen Datenerhebung, dass alle von ihm bei der Durchführung des Auftrags zum Einsatz kommenden Beschäftigten im Sinne § 3 Abs. 11 auf das Datengeheimnis gemäß § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verpflichtet sind.

Nach dieser Vorschrift ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Die Verpflichtung besteht über das Ende der Tätigkeit hinaus.

Des Weiteren erklärt der Auftragnehmer, dass seine Mitarbeiter/innen zur Verschwiegenheit im Hinblick auf die Geschäftsgeheimnisse, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Kenntnis gelangen, verpflichtet sind.

Der Auftragnehmer verpflichtet sich, alle erhobenen Daten spätestens 4 Wochen nach Erfüllung des Auftragszwecks zu vernichten.

Die zum Einsatz kommenden Beschäftigten des Auftragnehmers sind unten stehend namentlich benannt. Vor Beginn der Tätigkeit stellen sich diese der Bereichsleitung "Drogenkonsummobil", Kerstin Dettmer, persönlich vor. Bei einem Personalwechsel, bspw. durch den Einsatz einer Vertretung, informiert der Auftragnehmer die Bereichsleitung "Drogenkonsummobil", vorab darüber.

Fixpunkt e. V. hat das Recht, die Verpflichtung zum Datenschutz der Beschäftigten des Auftragnehmers zu überprüfen.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 43, 44 und anderen Strafvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden.

Berlin, den C. Hun 2	015 /lemis	Frankfurt University of Applied Sciences to 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Unterschrift Auftragnehmer	1000	Health and Social Work
		Social Work

Beim Auftragnehmer kommen folgende Beschäftigte zum Eliksatznplatz 1 - 60318 Frankfurt am Main

Lfd. Nr.	Name	Vorname
1	Hefry HORNES	LARISSA
2	FEW THEISEN	HAREIVE
3	12 BO HOVE 121	FRANZISUIT
	Herr FURSTER	STEFAN
5	Herr STBUER	HEIND

	JUL K	11121	(V)
V: GF PL	Stand:	03.03.15	Colle 4 upp 4

Datenschutzerklärung externe



Verpflichtungserklärung zum Datenschutz

Hiermit erklärt

der Auftragnehmer

Name, Vorname

Stöver, Heino / Frankfurt University of applied Sciences

FB 4

Straße

Nibelungenplatz 1

Postleitzahl

60318 Frankfurt am Main

Ort der Auftragserfüllung:

Birkenstube, Birkenstr. 51,

10559 Berlin

gegenüber der vista gGmbH, Donaustr. 83, 12043 Berlin

mit Bezug auf den Vertrag zwischen dem Auftragnehmer und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zur Evaluation der "Birkenstube" und der damit verbundenen Datenerhebung, dass alle von ihm bei der Durchführung des Auftrags zum Einsatz kommenden Beschäftigten im Sinne § 3 Abs. 11 auf das Datengeheimnis gemäß § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) verpflichtet sind.

Nach dieser Vorschrift ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Die Verpflichtung besteht über das Ende der Tätigkeit hinaus.

Des Weiteren erklärt der Auftragnehmer, dass seine Mitarbeiter zur Verschwiegenheit im Hinblick auf die Geschäftsgeheimnisse, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Kenntnis gelangen, verpflichtet sind.

Der Auftragnehmer verpflichtet sich alle erhobenen Daten spätestens 4 Wochen nach Erfüllung des Auftragszwecks zu vernichten.

Die zum Einsatz kommenden Beschäftigten des Auftragnehmers sind untenstehend namentlich benannt. Vor Beginn der Tätigkeit stellen sich diese dem Lelter der Einrichtung bzw. einem von ihm benannten Vertreter persönlich vor. Bei einem Personalwechsel, bspw. durch den Einsatz einer Vertretung, informiert der Auftragnehmer den Auftraggeber Vorab darüber:

Der Auftraggeber hat das Recht, die Verpflichtung zum Datenschutz der Beschäftigten des Auftragnehmers zu überprüfen.

Verstöße gegen das Datengeheimnis können nach §§ 43, 44 und anderen Strafvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden. Ein Auszug aus dem Bundesdatenschutzgesetz mit den genannten Vorschriften (§§ 5, 44, 43 Abs.2 BDSG) findet sich in der Anlage 2 dieser Erklärung.

5 Musio Story

Frankfurt University of Applied Sciences Fb 4: Soziale Arbeit and Gesundheit

") Health and Social Work Nibelungenplatz 1 - 60318 Frankfurt am Main

Beim Auftragnehmer kommen folgende Beschäftigte zum Einsatz:

Lfd. Nr.		Name	Vorname
1	横の	HORNIG	LARISSA
2	際い	THEISEN	MARESHE
3	Herry		FRANZISVIA
4	Herr	FERSTER	STEFAN
5	Herr	STOVER	17£,20

1310.	1/4-10	U
V: QM	Stand: 04.03.15	Seite 1 von