

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
1. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit: Theoretische Grundlagen	4
1.1 Ausgangslage und Hintergründe des Arbeitsansatzes	4
1.2 Grundannahmen und Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit	8
1.3 Ziele akzeptanzorientierter Drogenarbeit	13
1.4 Grenzen der Akzeptanz	14
2. Drogenkonsumräume: Einrichtungen zwischen Schutz und Kontrolle	16
2.1 Entwicklung und Etablierung	16
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	18
2.3 Konzeption und Zielsetzungen	19
2.4 Erfolge und Problembereiche	22
3. Ambivalenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit: Eine Diskussion.....	29
3.1 Soziale Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle.....	29
3.2 Konsumräume zwischen Akzeptanz und Ausgrenzung	34
3.3 Plädoyer für eine (Re)-Politisierung akzeptanzorientierter Drogenarbeit	36
4. Fazit.....	38
Literaturverzeichnis.....	40
Quellenverzeichnis	44
Eidesstattliche Erklärung	45

Einleitung

„Kaum ein anderes Phänomen wird in der Gesellschaft als soziales Problem begriffen und unterliegt gleichzeitig derart starken Ambivalenzen in der Bewertung wie der Gebrauch illegaler Substanzen“ (Reuband 1999: 319). Während die einen Drogenkonsum als Verbrechen oder Krankheit beurteilen, gehen die anderen von einem selbstbestimmten Lebensentwurf aus. Je nach Interpretation variiert auch der Umgang mit den Drogenkonsument*innen.

Bis in die Mitte der 1980er Jahre war die soziale Kontrolle des Drogengebrauchs relativ einfach strukturiert: Unter der repressiv-prohibitiven und ausschließlich abstinenzorientierten Drogenpolitik der Bundesregierung wurden Drogengebraucher*innen strafrechtlich verfolgt und/oder mit dem Ziel einer drogenfreien Lebensführung in stationären Einrichtungen therapiert. Heutzutage gestaltet sich die Situation wesentlich differenzierter und auch etwas liberaler: So macht sich beispielsweise nicht mehr strafbar, wer Drogenkonsument*innen sterile Einwegspritzen ausgibt; die Zielvorstellung einer lebenslangen Enthaltensamkeit von illegalen Drogen tritt allmählich in den Hintergrund und neben die auf Abstinenz ausgerichteten Behandlungsprogramme sind niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Konzepte getreten (vgl. Schabdach 2009: 193; Schneider 2005: 267-268).

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit konnte sich im Laufe der 1980er Jahre im Kontext des Aufkommens von HIV und AIDS etablieren und verstand sich zunächst als Gegenbewegung zur ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfepraxis. Unterschiedliche Entwicklungen der Drogenproblematik – vor allem die zunehmend sichtbare Verelendung von Drogenkonsument*innen im öffentlichen Raum sowie die stetig ansteigende Zahl der Drogentoten – führten zu der Einschätzung, die bestehenden Formen der Drogenhilfe würden das Drogenproblem nicht angemessen bearbeiten (vgl. Unterkofler 2009: 11-12).

Die Vertreter*innen des akzeptanzorientierten Arbeitsansatzes forderten ein Umdenken hinsichtlich des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogengebraucher*innen: Anstatt den absoluten Verzicht auf Drogenkonsum zur Voraussetzung jeglicher Art von Unterstützung zu erklären, setzte man sich explizit für bedingungslose und lebensweltbezogene Hilfen ein. „Harm Reduction“ – sprich Schadensminimierung – wurde zur Devise erklärt. Grundlegendes Ziel war es, die Lebensverhältnisse der Drogenkonsument*innen maßgeblich zu verbessern sowie Drogenkonsum als individuelle und selbstbestimmte Entscheidung zu akzeptieren (vgl. Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 12; Scheerer 2002: 112; Stöver 1999: 15).

Im Jahr 1994 wurden in Hamburg und Frankfurt am Main schließlich die ersten Drogenkonsumräume in Deutschland eingerichtet. Zwar sollte es noch einige Jahre dauern bis Konsumräume auch legal betrieben werden durften, dennoch: In diesen Räumlichkeiten wurde Drogenkonsument*innen nun die Möglichkeit geboten, die bereits mitgebrachten psychotropen Substanzen hygienisch und stressfrei zu konsumieren (vgl. Schäffer/ Köthner 2014: 94; Springer 2003: 11-12).

Auch wenn die gegenwärtige Drogenarbeit zum ganz überwiegenden Teil an den Überlebensinteressen der Drogengebraucher*innen ausgerichtet ist und Konsumräume mittlerweile in mehreren deutschen Städten zum anerkannten Bestandteil des Drogenhilfesystems geworden sind, können sie nicht uneingeschränkt als Erfolge akzeptanzorientierter Drogenarbeit angesehen werden – mit den vermeintlich akzeptanzorientierten Einrichtungen werden widersprüchliche Interessen verfolgt.

In der vorliegenden Arbeit sollen die Möglichkeiten und Grenzen sowie die Ambivalenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit am Beispiel von Konsumräumen aufgezeigt und diskutiert werden.

Um diesem Vorhaben nachgehen zu können, gliedert sich die Arbeit in drei inhaltlich aufeinander aufbauende Teile: Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen gelegt. Es geht zunächst darum, die Entstehungshintergründe und Charakteristika akzeptanzorientierter Drogenarbeit darzustellen. Der zweite Teil der Arbeit widmet sich den Drogenkonsumräumen. Der Fokus wird hierbei auf die verschiedenen Zielsetzungen sowie auf die Erfolge und Problembereiche der Einrichtungen gelegt. In diesem Zusammenhang werden sich bereits sowohl Möglichkeiten und Grenzen, als auch Widersprüchlichkeiten akzeptanzorientierter Drogenarbeit abzeichnen. Im dritten Teil der Arbeit findet schließlich die Diskussion der Ambivalenzen und Spannungsfelder akzeptanzorientierter Drogenarbeit statt. Dabei werden zwei Leitfragen von zentraler Bedeutung sein:

1. Welche Widersprüchlichkeiten ergeben sich für die Soziale Arbeit in Konsumräumen?
2. Inwieweit sind Drogenkonsumräume akzeptanzorientierte Einrichtungen?

Gegen Ende folgt eine kritische Stellungnahme zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit und im abschließenden Fazit werden die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal auf den Punkt gebracht.

1. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit: Theoretische Grundlagen

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist ein theorie- und praxisbezogener Arbeitsansatz der Sozialen Arbeit mit Drogenkonsument*innen, bei dem nicht die Enthaltbarkeit von Drogen, sondern ein bewusster und risikoarmer Umgang mit Drogen in den Fokus rückt (vgl. Gerlach 2004: 128; Scheerer 2002: 112). Der Akzeptanzansatz basiert auf Hilfe zur Selbsthilfe und steht im Einklang mit der Philosophie der Gesundheitsförderung (vgl. Stöver 2011b: 34): „Menschen sollen befähigt werden möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen“ (Stöver 2005: 300).

In der Professionsliteratur wird entweder von *akzeptierender* oder von *akzeptanzorientierter* Drogenarbeit gesprochen. Beide Begriffe beziehen sich auf dasselbe Arbeitsfeld und denselben theoretischen Ansatz, unterscheiden sich jedoch in ihren Vorstellungen bezüglich des Verständnisses bzw. des Ausmaßes von Akzeptanz gegenüber Drogenkonsument*innen. Im Zuge dieser Arbeit wird die Verfasserin herausstellen, weshalb hier der Begriff „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ verwendet wird.

Um die Besonderheiten und Bedingungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit verstehen und diskutieren zu können, wird zunächst ein Blick auf die historischen und gegenwärtigen Entwicklungen des Arbeitsfelds geworfen.

1.1 Ausgangslage und Hintergründe des Arbeitsansatzes

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit entwickelte sich im Laufe der 1980er Jahre als Gegenpol zur abstinenten Drogenhilfe und zur repressiv-prohibitiven Drogenpolitik in Deutschland (vgl. Schuster 2012: 16; Unterkofler 2009: 73).

Das traditionelle Drogenhilfesystem der Bundesrepublik war hochschwellig aufgebaut und beruhte auf dem Abstinenzparadigma. Drogenkonsument*innen wurde nur dann Hilfe und Unterstützung gewährt, wenn sie sich für ein Leben ohne Drogen entschieden und damit dem klassischen Modell der Therapiekette entsprachen – Beratung → Entzug → stationäre Langzeittherapie → Nachsorge. Konkrete Überlebenshilfen für nicht-therapiemotivierte Drogenabhängige sowie Substitutionsbehandlungen wurden gleichermaßen abgelehnt, da sie vermeintlich der Suchtverlängerung dienten (vgl. Gerlach 2004: 125-126; Stöver 2011a: 15).

Vorherrschend war ein lineares Suchtverständnis, demnach der Konsum bestimmter Drogen, insbesondere Heroin, automatisch zu Abhängigkeit, Kriminalität und Verelendung führte. Lange Zeit wurde damit Drogenkonsument*innen sowohl jegliche Eigenverantwortung, als auch jegliches Selbstbestimmungsrecht abgesprochen – stattdessen wurden sie als „Fixerpersonalitäten“ pathologisiert (vgl. Gerlach 2004: 125-126; Schuster 2012: 17).

Aufgrund dieser einseitigen Sichtweise und der dominierenden Abstinenzorientierung setzte sich die Leidensdrucktheorie durch. Grundannahme dieser Theorie war, dass ein Behandlungswunsch erst dann entsteht, wenn jemand subjektiv „am Ende ist“. Beratung, sowie Abstinenz- und Therapiemotivation wurden dementsprechend an einen persönlichen Tiefpunkt gekoppelt (vgl. Gerlach 2004: 126; Stöver 2002b: 161).

Durch den Zusammenschluss von Drogenhilfe und Justiz manifestierte sich die Leidensdruckforcierung als Form des „helfenden Zwangs“. Ein zentrales Beispiel hierfür stellt das Konzept „Therapie statt Strafe“ dar, welches bis heute rechtlich im Betäubungsmittelgesetz verankert ist. So können verurteilte Drogenkonsument*innen gemäß §35 BtMG einen Haftaufenthalt vermeiden, wenn sie sich stattdessen einer Rehabilitationsbehandlung unterziehen, welche dazu dient, die Drogenabhängigkeit zu beheben oder einer neuen Abhängigkeit entgegenzuwirken (vgl. Berger 2003: 34; Gerlach 2004: 126; Stöver 2002b: 162).

Es lässt sich an diesem Punkt festhalten, dass die Drogenpolitik der 1970er Jahre in den Konsument*innen illegaler Drogen Kriminelle oder Kranke sah, auf die konsequente Verhinderung jeden Drogenkonsums zielte und den Verzicht auf Drogengebrauch zur Voraussetzung von Hilfeleistungen machte (Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 221).

Es wurde jedoch bald schon deutlich, dass das traditionelle Drogenhilfesystem weder den Möglichkeiten und Ressourcen vieler Drogengebraucher*innen gerecht wurde, noch effizient war. Die ausschließlich hochschwellig angelegten und abstinenzorientierten Konzepte und Strategien erreichten nur einen kleinen Personenkreis. Spätestens ab Mitte der 1980er Jahre musste es schließlich zu einem Umdenken in Drogenhilfe und Drogenpolitik kommen (vgl. Gerlach 2004: 126; Schneider 2005: 267; Stöver 2011a: 16).

Die starre und lückenhafte Drogenhilfepraxis in Verbindung mit der Kriminalisierung von Drogenkonsument*innen sowie der Illegalisierung bestimmter Substanzen hatte verheerende Folgen, die nicht zuletzt im öffentlichen Raum sichtbar wurden:

Zum einen eskalierte die Beschaffungskriminalität und zum anderen kam es zu massenhafter gesundheitlicher und sozialer Verelendung innerhalb der Drogenszene. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle stieg exorbitant an¹ (vgl. Gerlach 2004: 126; Schneider 2005: 267; Stöver 1999: 12). Besonders betroffen war die Gruppe der intravenös Konsumierenden. Es fehlten gesundheits- und überlebenssichernde Maßnahmen, sodass viele Opiatabhängige unter prekären und unhygienischen Verhältnissen konsumieren mussten. Vor allem angesichts der dramatischen Zunahme von HIV- und Hepatitis-Ansteckungen traten nun infektionsprophylaktische Botschaften in den Vordergrund und akzeptanzorientierte Ansätze erfuhren eine staatliche Finanzierung (vgl. Klee 2004: 108; Schuster 2012: 17; Stöver 2002b: 161; Vandrei-er 2012: 22).

„Es war also erst das Aufkommen der Krankheit AIDS, das die Entwicklung und praktische Umsetzung alternativer, niedrigschwelliger und an Akzeptanz und Schadensverringering (harm reduction) orientierter drogenpolitischer Konzepte [...] ermöglichte“ (Gerlach 2004: 126-127).

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit konnte sich innerhalb dieser kritischen Lage als Reaktion auf die offensichtlichen Grenzen des klassischen Drogenhilfesystems etablieren und leitete einen Paradigmenwechsel ein. Unmittelbare Abstinenzforderungen traten in den Hintergrund und unter dem Prinzip der Schadensreduzierung bzw. Schadensbegrenzung – „Harm Reduction“ – wurden niedrigschwellige Angebote und praktische Überlebenshilfen realisiert. Es ging nun darum, dass Drogenkonsument*innen die Phase ihres Konsums lebend und mit möglichst geringen Schäden überstehen² (vgl. Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 12; Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 221; Scheerer 2002: 112).

Der Akzeptanzansatz organisierte sich zunächst in unterschiedlichen, oft selbstverwalteten Initiativen und Projekten, die sich in ihrem fachpolitischen Selbstverständnis zu bevormundenden und hochschwellig angelegten Konzepten abgrenzten und ihren Fokus auf differenzierte, lebensweltbezogene Hilfsangebote setzten. Mit den Begriffen „Akzeptanz“, „Niedrigschwelligkeit“ und „Suchtbegleitung“ wurde dies auch wörtlich demonstriert.

¹ Anschaulich in Kapitel 2.4 → Abbildung 1: Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland im Langzeitverlauf.

² Einen besonderen Stellenwert bezüglich der praktischen Umsetzung humaner, präventiver und überlebensfördernder Maßnahmen, sowie eine Vorreiterrolle hinsichtlich des Umdenkens in Drogenarbeit und Drogenpolitik übernahmen die AIDS-Hilfen (vgl. Klee 2005: 108; Gerlach 2004: 127).

Auch wenn es zu Beginn kein eindeutiges, gemeinsames Politikverständnis und auch keine Einheitlichkeit bezüglich der Praxisentwürfe gab, so wurde jedoch auf die Verknüpfung zwischen Drogenarbeit und Drogenpolitik aufmerksam gemacht und starke politische Forderungen nach Humanisierung, Entkriminalisierung und Legalisierung gestellt (vgl. Stöver 1999: 11; Jacob/ Michels/ Stöver 1999: 279):

„Nach dem Verständnis akzeptierender Drogenarbeit sollte mit einer neuen Praxis gleichzeitig auch die Richtung einer neuen Drogenpolitik angedeutet werden, die vom Verzicht auf ausgrenzende Mechanismen, weitgehendem Verzicht auf das Strafrecht zur Verhaltenssteuerung, alternativen Drogenkontrollmodellen sowie ideologiefreier Informationen über psychotrope Substanzen gekennzeichnet werden sollte“ (Stöver 1999: 12).

Unter dem Namen „Akzept e.V.“ und als drogenpolitische Alternative zur traditionellen, repressiven Drogenpolitik in Deutschland wurde im April 1990 der „Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik“ gegründet. Mit Akzept e.V. konnte sich eine Nicht-Regierungsorganisation etablieren, in der sich die AIDS-Hilfen und andere lokale Initiativen zusammenfanden.

Der Bundesverband gibt den akzeptanzorientierten und suchtbegleitenden Institutionen eine Profilierungs- und Artikulationsbasis und versucht vor allem durch Fachkongresse und drogenpolitische „Hearings“ die Fachöffentlichkeit zu Zwecken politischer Willensbildung zu informieren (vgl. Jungblut 2004: 66; Schmid 2003: 223).

Im Laufe der 1990er und 2000er Jahre wurde das Drogenhilfesystem der Bundesrepublik schließlich stark ausdifferenziert und die unterschiedlichen Ansätze der Drogenarbeit näherten sich einander an (vgl. Böllinger/ Stöver 2002: 5; Vandreier 2012: 23). Der Paradigmenstreit innerhalb der Drogenhilfe wurde allmählich beigelegt und das Hilfesystem um niedrighelwellige, akzeptanzorientierte Ansätze erweitert (vgl. Schmid 2003: 226). „Akzeptanz- oder Abstinenzorientierung wurden nicht länger als zwei sich wechselseitig ausschließende Paradigmen betrachtet, sondern als unterschiedliche Teile eines Drogenhilfesystems, die sich ergänzten. Die Reichweite des Drogenhilfesystems konnte dadurch erheblich gesteigert werden [...]“ (ebd.: 227).

Die gegenwärtige Drogenpolitik ist zu dem Schluss gekommen, dass es keinen „Königsweg“ gibt, um Drogen- und Suchtprobleme einzudämmen. Sie setzt daher auf ein komplexes und ineinander verzahntes Vier-Säulen-Modell. Vereinfacht dargestellt besteht es aus folgenden Elementen:

- Prävention
- Beratung, Behandlung, Rehabilitation
- Überlebenshilfe und Schadensreduzierung
- Repression und Angebotsreduzierung (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2005: 5).

Auf der einen Seite zeigt das Vier-Säulen-Modell, dass die akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit ihrem Fokus auf Schadensminimierung zu einem anerkannten Bestandteil des Drogenhilfesystems geworden ist. So beinhaltet die dritte Säule konkrete Überlebenshilfen und niedrigschwellige Angebote wie Kontaktläden und Drogenkonsumräume. Auf der anderen Seite wird jedoch auch sehr deutlich, dass die Drogenpolitik weder auf das Ziel der Abstinenz, noch auf den prohibitiv und repressiv ausgerichteten Pfad verzichtet.

Welche Spannungsfelder sich daraus für die konkrete Praxis akzeptanzorientierter Drogenarbeit auf tun, wird in Kapitel 2 und 3 am Beispiel von Drogenkonsumräumen erörtert. Zunächst soll sich jedoch der Frage gewidmet werden, was genau den Akzeptanzansatz ausmacht. Im folgenden Abschnitt werden daher erst einmal die Grundannahmen und Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit herausgestellt.

1.2 Grundannahmen und Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Abgesehen von der Distanzierung zur ausschließlich abstinentenorientierten Drogenhilfe und zur repressiven Drogenpolitik des Staates, gab es von Beginn an kein einheitliches Verständnis von Akzeptanz. Es konnten sich deshalb verschiedene Konzepte und Praxisentwürfe herausbilden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit wurde zu einem „[...] Abgrenzungsbegriff ohne exakte Definition. Gerade seine anfängliche Vagheit und Diffusität machte ihn zu einem Kristallisationsbegriff, der unterschiedlich besetzt werden konnte und bis heute unterschiedlich verwendet wird“ (Stöver 1999: 13).

Nichtsdestotrotz existiert ein gewisser Grundkonsens akzeptanzorientierter Ansätze, der nun in Anlehnung an *Unterkofler* (2009) auf drei verschiedenen Ebenen erläutert wird:

1.) Rechte und Fähigkeiten von Drogenkonsument*innen

Drogengebrauchende Menschen werden als mündige Subjekte anerkannt, anstatt als Opfer ihrer Sucht degradiert. Sie haben das Recht auf Selbstbestimmung und die Fähigkeit eigen-

ständig und selbstverantwortlich zu handeln. Dies gilt auch dann, wenn der Drogenkonsum exzessive oder zwanghafte Züge annimmt (Schneider 2004a: 15; Stöver 1999: 16; Unterkofler 2009: 73).

Des Weiteren besteht das grundlegende Recht auf menschenwürdige Lebensbedingungen. Dieser Schutz vor gesundheitlicher und sozialer Verelendung muss nicht erst durch abstinenteres und angepasstes Verhalten erworben werden, sondern ist bedingungslos (Stöver 1999: 15; Unterkofler 2009: 73-74).

2.) Spezifisches Verständnis von Drogenkonsum

Drogengebrauchsentwicklungen verlaufen nicht linear, sondern verhalten sich dynamisch und diskontinuierlich. Übermäßiger Drogenkonsum, welcher meist als *Drogenabhängigkeit* bezeichnet wird, ist demzufolge kein statischer Zustand. Sowohl kontrollierte Phasen des Konsums psychotroper Substanzen, als auch selbstorganisierte Ausstiegsverläufe sind möglich. Darüber hinaus wird Drogenkonsum nicht als Krankheit verstanden, sondern kann vielmehr Ausdruck vielfältiger Lebensentwürfe und Lebensbedingungen sein und sich in zahlreichen, unterschiedlichen Konsumformen und -mustern ausdrücken.

Infolgedessen sind Drogenkonsument*innen auch nicht per se beratungs- und behandlungsbedürftig (vgl. Schneider 2004a: 14; Unterkofler 2009: 73-74). Dementsprechend gilt: „Auch scheinbar unverständliches Drogenkonsumverhalten mu[ss] als eine persönliche Entscheidung akzeptiert werden[,] als ein möglicher und legitimer Lebensstil, auch wenn man ihn niemals selbst übernehmen wollte“ (Stöver 1999: 15).

3.) Gesellschaftlicher Umgang mit dem Drogenkonsum

Inhaltliche Voraussetzung für die Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, die Ambivalenz einer jeden Droge anzuerkennen, denn sowohl legale als auch illegalisierte psychotrope Substanzen haben positive und negative – erwünschte und unerwünschte Effekte (vgl. Gerlach 2014: 129; Schneider 2004b: 18-19; Stöver 2011b: 31-32).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit geht davon aus, dass viele hauptsächliche Probleme des Drogenkonsums – hierbei sind vor allem die schlechte Qualität und die hohen Preise der Substanzen; die unhygienischen Lebens- und Konsumbedingungen; die Stigmatisierung und Ausgrenzung der Drogengebraucher*innen sowie Probleme aufkommender Beschaffungskriminalität zu erwähnen – nicht durch die psychotropen Substanzen an sich, sondern vor allem durch

deren Illegalisierung und die Kriminalisierung ihrer Konsument*innen hervorgerufen werden (vgl. Unterkofler 2009: 74; Schneider 2005: 12). Die vorherrschende Doppelmoral in der Drogenpolitik (legale Drogen werden anerkannt – illegale Drogen nicht) und der daraus resultierende unterschiedliche Umgang mit den beiden Konsumentengruppen (Akzeptanz vs. Ausschluss) werden daher von akzeptanzorientierter Seite stark kritisiert (vgl. Stöver 2011b: 35).

Basierend auf den dargestellten Grundannahmen des Arbeitsansatzes lassen sich nun maßgebende Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit ableiten (vgl. Unterkofler 2009: 75):

1.) Akzeptanz

Das Prinzip „Akzeptanz“ in der Drogenarbeit erfordert eine wertschätzende und annehmende Haltung gegenüber den Drogenkonsument*innen und geht über Toleranz und Duldung hinaus. Für die Soziale Arbeit in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit bedeutet das nicht nur, unterschiedliche Lebensentwürfe, Entscheidungen und Handlungen, wie fremd sie dem eigenen Selbstkonzept auch erscheinen mögen, zu tolerieren. Zusätzlich ist es notwendig, sich gewissenhaft mit den Lebenswirklichkeiten der Drogengebraucher*innen auseinanderzusetzen. In der konkreten Praxis ist es deshalb zunächst von Bedeutung, die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Hilfesuchenden anzuhören, ein Verständnis für die subjektiven Bedingungen des Handelns aufzubauen und dessen individuelle Sinnhaftigkeit zu respektieren (vgl. Stöver 1999: 14; Unterkofler 2009: 75; Vogt 1999: 31).

Akzeptanzorientiert arbeiten bedeutet also „[...] den anderen gelten zu lassen, ihn anzuerkennen in seinen Entscheidungen und seine Handlungen vor dem Hintergrund eines differenzierten Sinnverstehens seiner Lebenssituation zu billigen“ (Stöver 1999: 14). „Billigen“ darf hier jedoch nicht mit „gutheißen“ verwechselt werden. Eine akzeptierende Haltung im Interaktions- und Kommunikationsprozess einnehmen heißt, auch kritische Momente und Nachfragen zuzulassen, denn oft wird erst dadurch ein wechselseitiges „Voneinander-Lernen“ möglich. Grundlegend ist, dass die Hilfe- und Bewältigungsstrategien gemeinsam und zieloffen im Dialog zwischen Sozialarbeiter*in und Klient*in entwickelt werden (vgl. Stöver 1999: 14; Unterkofler 2009: 75).

Deutlich wird, dass Akzeptanz viel mit Zuhören und Verstehen zu tun hat. Gleichzeitig darf „Verstehen“ jedoch nicht als „Verschmelzen“ missverstanden werden. Um jemanden in seinem Denken, Fühlen und Handeln zu verstehen bedarf es zwar ein hohes Maß an Empathie – Überidentifikationen mit Klient*innen müssen im Kontext professioneller Drogenarbeit je-

doch vermieden werden. Stattdessen gilt es, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz herzustellen (vgl. Schneider 2004b: 19; Vogt 1999: 31).

2.) Eigenverantwortung

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit geht davon aus, dass Drogenkonsument*innen „[...] mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen [...]“ (Schneider 2005: 271) sind. Dementsprechend sind auch sie es, die ihre Problemlagen und in diesem Zuge auch den Hilfebedarf definieren und nicht die Sozialarbeiter*innen. Akzeptiert man Drogenkonsument*innen als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, so wird klar, dass auch sie selbst entscheiden, ob und inwieweit sie ihren Lebensstil und ihre Konsumgewohnheiten ändern wollen. Akzeptanzorientiert arbeiten bedeutet also zum einen von Fremdbestimmung im Sinne einer Verantwortungsübernahme durch die Soziale Arbeit abzusehen (vgl. Schneider 2005: 271; Unterkofler 2009, 76). Zum anderen geht es darum, auf den „[...] helfenden Appell zur sofortigen Verhaltensänderung in Richtung Abstinenz nach dem Motto: Du sollst das wollen [...]“ (Schneider 2004a: 15) zu verzichten.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit legt die Betonung auf die Ressourcen von drogengebrauchenden Menschen und setzt letztendlich auf „Empowerment“ entsprechend einer moderierenden Entwicklungsbegleitung. Aufgabe der Sozialarbeiter*innen ist es also, Drogenkonsument*innen in ihrer Selbstverantwortlichkeit und Eigenständigkeit zu fördern, sodass Selbstwirksamkeitserfahrungen ausgebildet und gestärkt werden können (vgl. Schneider 2004a: 15; Stöver 1999: 16; Unterkofler 2009: 76).

3.) Freiwilligkeit

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Hilfe und Unterstützung sollen sich daher auch an den Bedürfnissen und Lebenswirklichkeiten der Drogenkonsument*innen orientieren. Es sind die Drogengebraucher*innen, die entscheiden, ob ein Hilfebedarf besteht oder nicht. Die Zusammenarbeit im akzeptanzorientierten Setting wird so gestaltet, dass die Hilfesuchenden sowohl eigenständig über Form, Intensität und Ziele der Unterstützung, als auch über die Verbindlichkeit der Kontakte entscheiden. Die Soziale Arbeit muss dies im Rahmen des Hilfeprozesses beachten und akzeptieren (vgl. Schneider 2005: 271; Unterkofler 2009: 76).

4.) Bedingungslose Hilfe

Das Selbstverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit verlangt, dass Drogenkonsument*innen eine ihren Bedürfnissen entsprechende Unterstützung angeboten wird. Damit diese auch in Anspruch genommen werden kann, wird auf möglichst voraussetzungsfreie, niedrigschwellige Hilfen gesetzt. Zum akzeptanzorientierten Angebotsspektrum gehören vor allem Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Spritzentauschprogramme, medizinische Akutversorgung, Streetwork, niedrigschwellige Übernachtungsstätten, sowie auflagenarme Substitution (vgl. Schneider 2005: 269; Unterkofler 2009: 76).

Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit ist es wichtig, Klarheit bezüglich der Begrifflichkeiten „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ und „Niedrigschwelligkeit“ zu schaffen, denn diese werden gegenwärtig häufig fälschlicherweise synonym verwendet.

Während „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ ein inhaltlicher theorie- und praxisbezogener Arbeitsansatz ist, stellt „Niedrigschwelligkeit“ lediglich eine besondere Zugangsmethode dar. Durch den Abbau von Hemmschwellen wird Drogengebraucher*innen die Kontaktaufnahme zu den Hilfseinrichtungen erleichtert. Da der Begriff „Niedrigschwelligkeit“ nur Auskunft über den Grad der Zugangsvoraussetzungen gibt, geht mit niedrigschwelligen Angeboten auch nicht unbedingt eine Abkehr vom normativ übergeordneten Ziel der Abstinenz einher. Der niedrigschwellige Zugang einer Einrichtung ist somit nicht automatisch ein Bekenntnis zur Akzeptanzorientierung (vgl. Schneider 2005: 271; Gerlach 2004: 128; Vandreier 2012: 22-23).

Um den Ansprüchen akzeptanzorientierter Drogenarbeit gerecht zu werden müssen neben der Prämisse bedingungsloser Hilfe folglich auch die zuvor definierten Prinzipien Akzeptanz, Eigenständigkeit und Freiwilligkeit eingehalten werden.

Zusammenfassend lässt sich der akzeptanzorientierte Arbeitsansatz charakterisieren als:

- unbürokratisch
- subjekt- und lebensweltbezogen
- bedürfnis- und verständigungsorientiert
- anforderungs- und kontrollarm
- nicht abstinenzfixierend und klientelisierend
- nicht bevormundet oder moralisierend (vgl. Gerlach 2004: 129).

1.3 Ziele akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Im vorherigen Abschnitt ist herausgestellt worden, was unter einer akzeptierenden Grundhaltung verstanden wird, wie Drogenkonsument*innen im Interaktionsprozess begegnet werden soll und auf welcher Basis akzeptanzorientierte Drogenarbeit möglich werden kann. In Bezug auf diese Ansprüche und Voraussetzungen des Arbeitsansatzes lassen sich in der Professionsliteratur nun konkrete Intentionen akzeptanzorientierter Projekte ableiten.

„Folgende angebotsorientierte Zielsetzungen sind bei Berücksichtigung der Selbstverantwortlichkeit der Konsumierenden bedeutsam:

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung zwanghafter Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene; Voraussetzung: Selbstveränderungsmotivation“ (Schneider 2005: 272).

Unterkofler weist darauf hin, dass es sich bei dieser etablierten Zielhierarchie nicht vorrangig um selbstbestimmt geäußerte Bedürfnisse der Klient*innen handelt, sondern dass die Ziele vielmehr von den sogenannten „Expert*innen“ definiert und „[...] als mögliche Lösungen für das bzw. eine Entschärfung des Drogenproblems [...]“ (Unterkofler 2009: 77) anvisiert wurden. In diesem Zuge wird deutlich, dass die Zielsetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit in gewissem Widerspruch zu den eigenen Prinzipien des Arbeitsansatzes stehen (vgl. Kapitel 1.2: 11). Diese Diskrepanz sollte in ihrem Konfliktpotential beachtet und in der Interaktion mit den Konsument*innen stets reflektiert werden.

Wie bereits in Kapitel 1.1 demonstriert wurde, verfolgt die akzeptanzorientierte Drogenarbeit neben praktischen Zielen auch politische Intentionen. Auf Grundlage der Annahme, dass die wesentlichen Probleme von Drogenkonsument*innen erst durch die repressiv-prohibitive Drogenpolitik entstehen (vgl. Kapitel 1.2: 9), erheben akzeptanzorientierte Ansätze den Anspruch auf drogenpolitische Veränderungen im Sinne einer Normalisierung des gesellschaftli-

chen Umgangs mit illegalisierten Substanzen hinzuwirken (vgl. Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 13). Der Bundesverband Akzept e.V. setzt sich in diesem Zusammenhang vor allem für den Schutz der Menschenwürde aller Drogenkonsument*innen und die Entkriminalisierung des Drogengebrauchs ein (vgl. Akzept e.V. 2015).

Im Großen und Ganzen lässt sich konstatieren, dass es der akzeptanzorientierten Drogenarbeit um die Realisierung konkreter Überlebenshilfen, um die Förderung von Selbsthilfepotentialen und um die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe geht.

1.4 Grenzen der Akzeptanz

„Akzeptanz ist als Haltung offen, aber nicht grenzenlos“ (Stöver 1999: 17). Grenzerfahrungen sind bestimmend für die alltägliche Praxis der Sozialarbeiter*innen in den akzeptanzorientierten Drogenhilfeeinrichtungen³. Die Grenzbereiche der Akzeptanz lassen sich zunächst dort ansiedeln „[...] wo Dritte ganz entscheidend geschädigt werden (können): Kinder von Drogenabhängigen, Opfer von Beschaffungskriminalität“ (ebd.: 16). Weitere Grenzen der Akzeptanz ergeben sich nach *Unterkofler* (2009) aus persönlichen und fachlichen, aus institutionellen sowie aus gesetzlichen Limitationen:

1.) Persönliche und fachliche Grenzen

Für viele Sozialarbeiter*innen erweist es sich als schwierig, die Lebensentwürfe der Drogenkonsument*innen tatsächlich und konsequent als gleichwertig anzusehen, vor allem dann, wenn diese stark vom eigenen Lebensstil und den eigenen Wertvorstellungen abweichen. Besonders belastend und grenzwertig ist zudem die dauerhafte Konfrontation mit schwersten Problemlagen wie Krankheit, Elend und Tod. Erfolg im Setting akzeptanzorientierter Drogenarbeit muss von den Sozialarbeiter*innen möglichst klein definiert und der Umgang mit Ohnmachtserfahrungen immer wieder neu gelernt und gestärkt werden.

Ein weiteres Problem stellt die Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz dar. Hier muss im Rahmen der Beziehungsarbeit ein angemessenes Verhältnis zwischen Alltagsnähe und Professionalität gefunden werden. Schlussendlich sind die Sozialarbeiter*innen in den akzeptanzorientierten Einrichtungen immer wieder mit negativen Dynamiken der Drogenszene konfrontiert. Gerade im Kontext von verbaler, körperlicher und sexueller Gewalt ist es notwendig, klare Grenzen zu setzen, um die anderen Konsument*innen und Mitarbeiter*innen sowie sich selbst zu schützen (vgl. *Unterkofler* 2009: 78-79).

³ Ausführliche Erörterung später in Kapitel 3.1.

2.) Institutionelle Grenzen

Weitere Limitationen der Akzeptanz sind durch die Institutionalisierung akzeptanzorientierter Drogenarbeit bedingt. In diesem Zusammenhang lassen sich zunächst die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen sowie die allgemeine Trägheit der Entscheidungsprozesse von Organisationen anführen. Oftmals ist es für die Einrichtungen nicht möglich, ihre Hilfsangebote an die schnellen Veränderungen der Drogenszene oder an den Wandel der Konsummuster ihrer Besucher*innen anzupassen und dementsprechend weiterzuentwickeln. Es sind also die Drogenkonsument*innen, die sich notwendigerweise auf die gegebenen Organisationsstrukturen wie beispielsweise die Regeln und Öffnungszeiten der Projekte einstellen müssen.

Hinzu kommt ein genereller Interessenkonflikt zwischen Institution und Konsument*innen, der im Widerspruch zu den Zielen akzeptanzorientierter Drogenarbeit steht. Grundsätzlich erheben akzeptanzorientierte Ansätze den Anspruch, das Selbsthilfepotential der Drogengebraucher*innen zu fördern – jede Organisation, also auch eine soziale Einrichtung, ist jedoch gleichzeitig auf die Sicherung ihres eigenen Bestands und auf Expansion bedacht (vgl. Unterkofler 2009: 78-79). Insofern, und gerade im Hinblick auf die zunehmende Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, besteht das Risiko der Klientelisierung:

„Aufgrund ökonomischer Zwänge läuft auch akzeptierende Drogenarbeit Gefahr, in der vermeintlich besten Absicht immer neuen Beratungs- und Behandlungsbedarf zu erfinden für eine Klientel, die sich vielleicht überhaupt nicht als behandlungs- oder beratungsbedürftig definiert [...]“ (Jacob/ Michels/ Stöver 1999: 287).

3.) Gesetzliche Grenzen

Nicht zuletzt sind es die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die eine umfassende Akzeptanz des Drogenkonsums und somit auch der Drogenkonsument*innen verhindern. Die Illegalisierung bestimmter psychotroper Substanzen und die damit verbundenen gesetzlichen Regelungen wirken sich dementsprechend auch begrenzend auf die praktische Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit aus. So sind die Sozialarbeiter*innen innerhalb der Einrichtungen dazu verpflichtet, Kontrollfunktionen zu übernehmen und illegale Handlungen – vor allem den Umgang mit Betäubungsmitteln (Weitergabe, Verkauf und Erwerb von Drogen) – zu unterbinden und gegebenenfalls zu sanktionieren (vgl. Unterkofler 2009: 79).

Zwar lassen sich anhand der beschriebenen Limitationen bereits einige Problembereiche akzeptanzorientierter Drogenarbeit abzeichnen. Dennoch ist es wichtig, die Grenzen der Akzeptanz nicht nur als auftretende Probleme des Arbeitsansatzes anzusehen, sondern sie auch in ihren positiven Funktionen zu erkennen. „Schließlich bedeutet Akzeptanz nicht, jede Haltung, jedes Verhalten zu akzeptieren. Klare Grenzsetzungen sind ethisch wertvoller als bedingungslose Gleichgültigkeit“ (Jakob/ Michels/ Stöver 1999: 290).

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen akzeptanzorientierter Drogenarbeit dargelegt wurden, widmet sich das nächste Kapitel den Drogenkonsumräumen.

2. Drogenkonsumräume: Einrichtungen zwischen Schutz und Kontrolle

„Drogenkonsumräume sind Einrichtungen der Drogenhilfe, in denen vorab erworbene Drogen unter hygienischen Bedingungen, in einer stressfreien Atmosphäre unter fachlicher Aufsicht konsumiert werden können“ (Stöver 2002a: 174). In Deutschland wird vorrangig von „Konsumräumen“ gesprochen. Andere mögliche Bezeichnungen, die synonym verwendet werden, sind „Gesundheitsräume“, „Druckräume“ oder „Fixerstuben“ (vgl. ebd.).

Konsumräume stehen im engen Zusammenhang mit den Bestrebungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und sind heute in mehreren deutschen Städten mit ihrem Fokus auf Überlebenssicherung und Schadensminimierung wesentliche Bestandteile der Drogen- und AIDS-Hilfe. In Deutschland gibt es aktuell 24 Drogenkonsumräume in 15 Städten und 6 Bundesländern⁴ (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015).

Für die spätere Diskussion über die Ambivalenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit in Kapitel 3 ist es wichtig, einen Blick auf die Phase der Entwicklung und Etablierung von Konsumräumen zu werfen. Dies geschieht im Folgenden am Beispiel der Stadt Hamburg⁵.

2.1 Entwicklung und Etablierung

Angesichts der AIDS-Gefährdung für die Gesellschaft gab es seit Mitte der 1980er Jahre erste „[...] illegale, doch mancherorts tolerierte Versuche, Drogenkonsumräume in Einrichtungen der sich entwickelnden akzeptierenden Drogenhilfe modellhaft zu erproben“ (Klee 2011: 173). Zwar machte sich bis 1992 laut Betäubungsmittelgesetz strafbar, wer Drogenkonsum-

⁴ Genauere Infos zu Konsumräumen und deren Standpunkten – sowohl national, als auch international – unter <http://drogenkonsumraum.net/standorte> (Zugriff 28.02.2015).

⁵ Gewisse Parallelen zu den Ausführungen aus Kapitel 1.1 sind beabsichtigt. Sie werden hervorgehoben, weil sie relevant sind für die Frage, inwieweit Konsumräume akzeptanzorientierte Einrichtungen sind (vgl. Kapitel 3.2).

ment*innen saubere Spritzen und damit eine vermeintliche Gelegenheit zum Druck verschaffte. Dennoch wurden im Rahmen von Kontaktläden, Wohnprojekten und Notschlafstellen bereits viel früher, und teilweise vom Staat mitfinanzierte, erste Spritzentauschprogramme initiiert (vgl. Klee 2011: 173; Schmidt 1999: 4-5). „Nach dem Motto ‚Drogenabhängigkeit ist heilbar, AIDS nicht‘ wurden die Prioritäten zugunsten pragmatischer Überlebenshilfen [...] verschoben“ (Stöver 2002b: 162).

Nicht zuletzt in Hamburg St. Georg herrschten Ende der 1980er und Beginn der 1990er Jahre dramatische Verhältnisse und das „Drogenproblem“ war öffentlich spür- und sichtbar geworden. Konsumiert wurde nahezu überall: In Telefonzellen, auf Spielplätzen, in Hauseingängen. Unter der repressiven Politik und deren Legitimation durch das Abstinenzparadigma wurden die verheerenden Auswirkungen nun augenscheinlich – das sichtbare Elend nahm stetig zu. Die niedrigschwellig arbeitende Kontakt- und Beratungsstelle „Drob Inn“ am Hamburger Hauptbahnhof war täglich komplett überfüllt und wurde zur Zufluchtsstätte der offenen Drogenszene. Mehr und mehr wurde nun die Frage nach Räumlichkeiten gestellt, in denen die Drogengebraucher*innen geschützt und unter hygienischen Bedingungen konsumieren konnten und die gleichzeitig zur Entlastung des Stadtteils beitragen sollten (vgl. Schmidt 1999: S. 5-9): „*Ganz St. Georg ist ein Fixerraum – gebt ihnen wenigstens ein Dach über dem Kopf*“. Unter diesem Motto wurden die Forderungen nach Konsumräumen an den Hamburger Senat herangetragen (vgl. ebd.).

Nachdem im April 1991 – organisiert durch ein Bündnis von 40 Hamburger Initiativen, Einzelpersonen und der evangelischen Kirche in St. Georg – ein erster öffentlich angekündigter Probelauf eines „Fixerbusses“ durch die Stadtteile St. Georg, St. Pauli und Eimsbüttel stattfand, geriet einiges ins Rollen. Das Angebot wurde innerhalb kürzester Zeit von über 200 Drogenkonsument*innen angenommen und 1992 stellte die Stadt Hamburg schließlich über eine Million DM für die Entstehung von „Gesundheitsräumen“ bereit. Bedingung war jedoch, dass die ersten Hamburger Konsumräume dezentral entstehen sollten, um das Bahnhofsviertel St. Georg zu entlasten und nicht noch zusätzliche „Szenemagneten“ anzusiedeln.

Im Februar 1994 wurde erstmals in Deutschland mit einem ausrangierten, umgebauten Linienbus ein mobiler Drogenkonsumraum realisiert. Im selben Jahr wurden in Hamburg und Frankfurt am Main die ersten „festen“ Konsumräume eröffnet. Um strafrechtliche Probleme zu vermeiden, wurde zu diesem Zeitpunkt noch offiziell von „Gesundheitsräumen“ gespro-

chen. Dort wurde der Konsum illegalisierter Substanzen im Rahmen einer „Safer-Use-Beratung“ geduldet (vgl. AK Konsumraum 2011: 8; Schmidt 1999: 9-12).

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Praxis akzeptanzorientierter, niedrigschwellig angelegter Drogenarbeit war einer gesetzlichen Verankerung lange Zeit voraus. Über sechs Jahre hinweg bewegte sich der Konsumraumbetrieb in einer rechtlichen Grauzone und die einzige, wenn auch zunächst ausreichende, juristische Grundlage bot „[...] ein ‚Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen‘ des Frankfurter Oberstaatsanwalts Dr. Körner vom Mai 1993“ (Klee 2011: 173).

Erst am 1. April 2000 trat schließlich auf Bundesebene das 3. Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (kurz BtMG-ÄndG) in Kraft. Der damit neu geschaffene §10a BtMG (Erlaubnis zum Betrieb von Drogenkonsumräumen) bildet bis heute die Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Konsumräumen in Deutschland. Gemäß § 10a Abs. 2 BtMG werden einerseits zehn „Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen“ festgelegt. Andererseits werden die Länder ermächtigt „durch Rechtsverordnung“ den Betrieb von Konsumräumen zuzulassen⁶ (vgl. AK Konsumraum 2011: 9; Klee 2011: 174).

Da die bundeseinheitlichen Mindeststandards aus §10a Abs.2 BtMG sowohl Auskunft über die Konzeption, als auch über die Zielsetzungen von Drogenkonsumräumen geben, werden sie an dieser Stelle im Wortlaut wiedergegeben:

1. Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen;
2. Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;
3. medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;
4. Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie;

⁶ Die erste Landesverordnung für den Betrieb von Konsumräumen wurde bereits drei Wochen nach Veröffentlichung des neuen Gesetzes durch die Freie und Hansestadt Hamburg verabschiedet (vgl. Klee 2011: 174).

5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge;
6. erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern;
7. genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die geduldeten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;
8. eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen;
9. ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;
10. Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.

Anhand dieser zehn verpflichtenden Punkte lässt sich erkennen, dass mit der Legalisierung und Einrichtung von Konsumräumen nicht nur gesundheitsfördernde, sondern auch drogen-therapeutische und ordnungspolitische Ziele verfolgt werden. Diese werden im folgenden Abschnitt genauer herausgearbeitet. Zunächst einmal sollen jedoch die konzeptionellen Rahmenbedingungen erläutert werden.

2.3 Konzeption und Zielsetzungen

Drogenkonsumräume sind „historisch und lokal gewachsen“, weshalb bis heute konzeptionelle Unterschiede bestehen. In den meisten Fällen sind sie jedoch in das Angebotsspektrum von anerkannten Kontakt- und Beratungsstellen eingebettet (vgl. Stöver 2002a: 177).

Laut §2 der *Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hamburg* müssen Konsumräume „[...] innerhalb einer mit öffentlichen Mitteln geförderten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung betrieben werden“ (Hamburger Landesverordnung 2000: §2). Drogenkonsumräume stehen also in einem größeren Zusammenhang und sind integrierte Elemente basismedizinischer sowie psychosozialer Versorgung. Sie werden

fachlich-konzeptionell in die Angebotsstruktur der jeweiligen Einrichtung mit einbezogen (vgl. AK Konsumraum 2011: 17).

Oftmals sind Konsumräume an sogenannte „Kontaktläden“ angegliedert. Kontaktläden gehören ebenfalls zu den Angeboten akzeptanzorientierter Drogenarbeit und können als Schutz- und Kommunikationsräume angesehen werden. Sie sind niedrigschwellige Einrichtungen, in denen konkrete alltags- und lebenspraktische Hilfen – Essen und Trinken; Dusch- und Waschgelegenheiten; Kleiderkammer – bereitgestellt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der medizinischen Grundversorgung. In diesem Rahmen wird in Kontaktläden vor allem die Vergabe bzw. der Tausch von sterilen Spritzen ermöglicht. Darüber hinaus werden Informationen und Strategien zu Themen wie „Safer Use“ und „Safer Sex“ weitergegeben.

Neben der Versorgung von Grundbedürfnissen können Drogenkonsument*innen auch Angebote der Begleitung und Beratung in Anspruch nehmen. Viele Kontaktläden übernehmen dabei eine Brückenfunktion in weiterführende Hilfsangebote. Bei Bedarf können Drogenkonsument*innen dementsprechend sowohl in Substitutions- oder Entzugsbehandlung, als auch in ambulante oder stationäre Therapien vermittelt werden (vgl. Stöver 2002b: 160; Unterkofler 2009: 57).

Nachdem nun der konzeptionelle Rahmen dargestellt wurde, wird sich im Folgenden mit den Zielsetzungen von Drogenkonsumräumen beschäftigt.

Neben den allgemeinen Zielen von Konsumräumen, welche den angebotsorientierten Zielsetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit (vgl. Kapitel 1.3) entsprechen, sind spezielle übergeordnete Ziele von besonderer Bedeutung:

→ Gesundheitsfördernde Ziele:

Konsumräume sollen die gesundheitlichen Risiken des intravenösen, inhalativen und nasalen Drogenkonsums minimieren. In diesem Zusammenhang geht es vor allem darum, hygienische sowie angst- und stressfreie Konsumbedingungen zu schaffen. Dies geschieht zum einen durch die Bereitstellung von sterilen Injektionsutensilien und weiteren benötigten Materialien für ein risikoarmes Konsumieren. Zum anderen durch die Aufklärung über Gesundheitsrisiken beim Drogengebrauch und „Safer-Use-Anleitungen“.

Drogenkonsumräume dienen der konkreten Überlebenssicherung. Sie zielen auf die Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Abszesse, Hepatitis

B und C, sowie HIV/AIDS und bieten den Rahmen für die sofortige Hilfe bei Überdosierungen. Mittels der ständigen Überwachung der Konsumvorgänge durch in Drogennotfallhilfe und -prophylaxe geschultes Personal sollen existentielle Schäden und lebensbedrohliche Situationen vermieden werden (vgl. AK Konsumraum 2011: 15; Stöver 2002a: 175, 180-182; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015). „Übergeordnetes pädagogisches Ziel ist es, das Bewusstsein der KonsumraumnutzerInnen für Gesundheitsrisiken beim Drogengebrauch zu schärfen sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu fördern“ (Stöver 2002a: 175).

Es lässt sich erkennen, dass die gesundheitsfördernden Zielsetzungen von Konsumräumen im engen Bezug zu den Punkten 1 bis 3 der Mindeststandards gemäß §10a Abs.2 BtMG stehen.

→ Drogentherapeutische Ziele:

Konsumräume sollen nicht nur das Überleben und die Stabilisierung der Gesundheit von Drogengebraucher*innen gewährleisten, sondern verfolgen gleichzeitig den Zweck, schwer erreichbare Drogenabhängige in weiterführende und ausstiegsorientierte Hilfen zu vermitteln (Stöver 2002a: 175). Diese Zweckbestimmung im Sinne einer Kontaktfelderweiterung lässt sich sowohl aus Punkt 4 der bundeseinheitlichen Mindeststandards, als auch aus den §§ 2 und 7 der Hamburger Landesverordnung ableiten: „Es muss sichergestellt sein, dass über eine suchtspezifische Erstberatung hinaus auch weiterführende und ausstiegsorientierte Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt, initiiert und bei Bedarf veranlasst werden“ (Hamburger Landesverordnung 2000: §7). Im geschützten Rahmen der Konsumraumangebote spielen also nicht zuletzt die Kontaktaufnahme und der Beziehungsaufbau zu den Drogengebraucher*innen eine Rolle – insbesondere zu denjenigen, die bisher nicht bzw. nicht ausreichend erreicht wurden.

Da eine vertrauensvolle Atmosphäre die Basis bildet, um über persönliche Probleme zu sprechen und gesundheitsriskantes Verhalten zu thematisieren, wird viel Wert auf Kommunikation in Konsumräumen gelegt. Letztendlich geht es darum, die Motivation der Nutzer*innen zur Veränderung ihrer aktuellen Lebenssituation zu erhöhen. Dabei ist es jedoch wichtig, dass den Drogenkonsument*innen mit einer wertschätzenden, akzeptierenden Haltung begegnet wird. Es gilt, die Eigenverantwortung und Handlungsautonomie der Nutzer*innen zu stärken, ihnen ihre eigenen Ressourcen aufzuzeigen und über die Möglichkeiten der Drogenhilfe und anderer Angebote aufzuklären. Konsumräume können und sollen demzufolge eine zentrale

Brückenfunktion im Hilfesystem einnehmen (vgl. AK Konsumraum 2011: 16; Stöver 2002a: 180-182; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015).

→ Ordnungspolitische Ziele:

Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen dient auch ordnungspolitischen Zwecken. Das lässt sich anhand der Punkte 5 und 6 der Mindeststandards sowie in den §§ 8 und 9 der Hamburger Landesverordnung erkennen. Dort wird sowohl auf die notwendigen Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz als auch auf die Obliegenheiten zur Verhinderung von Straftaten im Umfeld der Einrichtung hingewiesen. Zudem wird die Zusammenarbeit der Konsumraumbetreiber*innen mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, vorrangig Polizeidienststellen, als erforderlich betrachtet und rechtlich verankert (vgl. Hamburger Landesverordnung 2000: §§8, 9).

Indem der Konsum illegalisierter Substanzen in geschützte und beaufsichtigte Räumlichkeiten verlagert wird, soll der öffentliche Raum, insbesondere die Zentren der Städte, entlastet werden. Es geht in diesem Zuge darum, Szeneansammlungen mitsamt „[...] den entsprechenden Konsequenzen von Drogenkonsum, -verkauf, Gewalt usw. [...]“ (Stöver 2002a: 175) einzudämmen und die Belastung der Öffentlichkeit durch sichtbaren Drogengebrauch und konsumspezifische Verunreinigungen durch Spritzen, Tablettenblisters, andere Gebrauchsutensilien oder ähnliches zu reduzieren (vgl. AK Konsumraum 2011: 16; Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015). Darüber hinaus verbinden einige Anwohner*innen, Geschäftsleute und Politiker*innen mit der Einrichtung von Konsumräumen „[...] Hoffnungen einer generellen Entlastung und ‚Lösung‘ des Drogenproblems vor ihrer Haustür – sie erwarten ein Verschwinden der Konfrontation mit i.v. Drogengebrauch in der Öffentlichkeit“ (Stöver 2002a: 183).

Im nächsten Abschnitt wird geklärt, ob bzw. inwieweit die Ziele von Drogenkonsumräumen erreicht wurden. In diesem Kontext geht es zunächst darum, die Erfolge der Einrichtungen herauszustellen. Anschließend wird der Fokus auf die Problembereiche von Konsumräumen gelegt. Intention dieser Ausführungen ist es, einen Überblick über die Möglichkeiten und Grenzen von Drogenkonsumräumen zu geben.

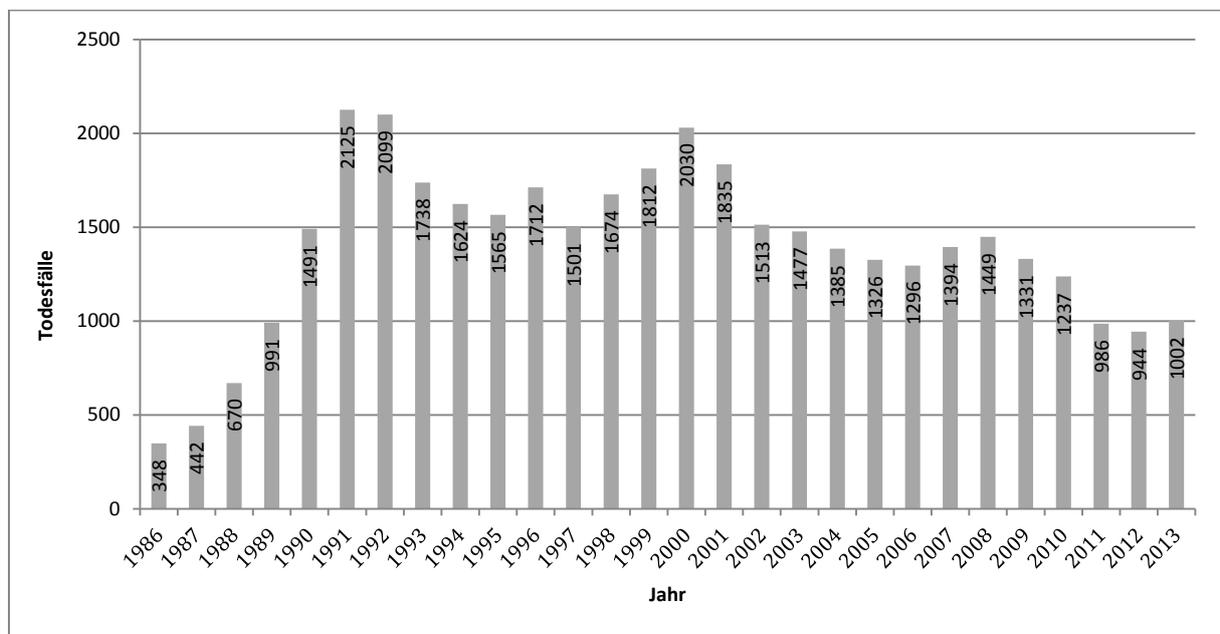
2.4 Erfolge und Problembereiche

Die aktuellsten und relevantesten Forschungsergebnisse in Bezug auf die Erfolge und Problembereiche von Konsumräumen lassen sich aus dem Datenmaterial des *Arbeitskreises Drogenkonsumräume* von 2011 und 2013, aus dem *offiziellen Drogen- und Suchtbericht der Bun-*

desregierung sowie aus der ersten Ausgabe des *Alternativen Sucht- und Drogenberichts* von 2014 entnehmen.

Der *Arbeitskreis Drogenkonsumräume* wurde im Jahr 2000 von der Deutschen AIDS-Hilfe initiiert und bietet eine bundesweite Plattform zum fachlichen Austausch und zur inhaltlichen Fortbildung sowie zur Qualitäts- und Weiterentwicklung der Drogenkonsumraumangebote (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015). In seiner Bestandsaufnahme von 2011 weist der Arbeitskreis Drogenkonsumräume daraufhin, dass die Zahl der gemeldeten drogenbedingten Todesfälle ausschlaggebend für die gesellschaftliche Wahrnehmung des Drogenproblems in Deutschland ist und häufig als Indikator des Erfolgs bzw. Misserfolgs gesundheitspolitischer Maßnahmen verwendet wird (vgl. AK Konsumraum 2011: 23).

Abbildung 1: Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland im Langzeitverlauf



(Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014: 41).

Das Diagramm in Abbildung 1 zeigt, dass die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland langfristig gesehen abnimmt, was nicht zuletzt auf die Wirksamkeit schadensbegrenzender Angebote zurückzuführen ist (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014: 14). Insbesondere seit 2000 – also seit dem Jahr, in dem Konsumräumen legalisiert und vermehrt eingerichtet wurden – ist die Prävalenzrate um mehr als 50% gesunken ist.

Ein weiterer Erfolg lässt sich anhand der behandelten Drogennotfälle erkennen. Im Rahmen der jährlichen Treffen des Arbeitskreises, an denen sich Betreiber*innen von und Mitarbeiter*innen aus fast allen deutschen Drogenkonsumräumen beteiligen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015) „[...] ist es gelungen, ein bundesweit einheitliches Dokumentationssystem für Drogennotfälle zu erarbeiten“ (Schäffer 2014b: 6). Auf Basis des erhobenen Datenmaterials können sowohl Aussagen über die Anzahl und Schweregrade von Drogennotfällen, als auch über die Orte, an denen sie stattfinden, erhoben werden. Weiterführend macht es die Dokumentation möglich, Risikofaktoren für Intoxikation zu identifizieren sowie Symptome und Maßnahmen im Notfall darzustellen (vgl. ebd.).

Im Jahr 2013 haben 18 der insgesamt 24 Drogenkonsumräume in Deutschland an der Evaluation teilgenommen. Bundesweit wurden in diesem Rahmen 584 Drogennotfälle dokumentiert, von denen 486 (83%) in Konsumräumen und 98 (17%) in deren unmittelbaren Umfeld auftraten und von den Mitarbeiter*innen der jeweiligen Einrichtungen behandelt wurden. Die meisten Drogennotfälle (392) wurden mutmaßlich durch Heroin verursacht. Für insgesamt 503 der 584 Notfälle liegen Angaben zum Schweregrad vor. Es wird dabei zwischen leichten bis mittelschweren und schweren bis lebensbedrohlichen Drogennotfällen unterschieden. 309 (61,5 %) der 503 Notfälle wurden als leicht bzw. mittelschwer eingestuft – 194 (38,5 %) als schwer bzw. lebensbedrohlich (vgl. Schäffer 2014b: 6-7). „Nach Einschätzung der im Konsumraum tätigen Mitarbeiter/innen wären diese schweren Drogennotfälle potenziell tödlich verlaufen, wenn sich die Konsumenten alleine im häuslichen Umfeld oder im öffentlichen Raum befunden hätten“ (ebd.: 7). An diesem Punkt ist festzuhalten, dass Konsumräume maßgeblich zur Überlebenseicherung von drogengebrauchenden Menschen beitragen.

Dieses bemerkenswerte Ergebnis wird auch im erstmals veröffentlichten *Alternativen Sucht- und Drogenbericht* von 2014 herausgestellt: „Seit der Eröffnung des ersten Drogenkonsumraums vor 20 Jahren konnten Drogentodesfälle [in Konsumräumen], z.B. infolge einer Überdosis, durch Erste-Hilfe-Maßnahmen gänzlich vermieden werden“ (Schäffer/ Köthner 2014: 94).

Der *Alternative Sucht- und Drogenbericht* ist ein Gemeinschaftswerk von Akzept e.V., der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Selbsthilfenetzwerk JES-Bundesverband. Die Herausgeber wollen mit dem nun jährlich erscheinenden alternativen Bericht die Lücken der offiziellen Drogen- und Suchtberichte der Bundesregierung schließen, „[...] Modelle guter Praxis abbil-

den, aber auch eine kritische Auseinandersetzung mit den Folgen von Prohibition, Kriminalisierung und polizeilichem Druck vornehmen“ (Schäffer 2004a: 3-4). Für den weiteren Verlauf der Arbeit ist der Beitrag von *Dirk Schäffer* und *Urs Köthner* relevant, denn dieser gibt Auskunft über die Frage, ob bzw. inwieweit die Ziele von Drogenkonsumräumen erreicht wurden.

In Bezug auf die gesundheitsfördernden, drogentherapeutischen und ordnungspolitischen Zielsetzungen von Konsumräumen, lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass auf allen drei Ebenen positive Ergebnisse erreicht wurden:

- Drogenkonsumräume leisten erfolgreich Überlebenshilfe und tragen maßgeblich zur Risikominimierung beim Konsum illegalisierter Substanzen bei.
- Durch ihren niedrigschwelligen Zugang und die akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten übernehmen sie eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote. Überdies hinaus werden durch Konsumräume auch zuvor schwer erreichbare Drogengebraucher*innen angesprochen.
- Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen hat dazu beigetragen, dass die Städte bzw. die Gesellschaft weniger mit Problemen durch offene Drogenszenen konfrontiert sind (vgl. Schäffer/ Köthner 2014: 94).

Trotz der unverkennbar erfolgreichen Arbeit von Konsumräumen lassen sich jedoch auch signifikante Problembereiche und zukünftige Entwicklungsaufgaben erkennen.

Insbesondere § 10a Abs. 2 BtMG erweist sich als prekär. Da die Entscheidung zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen bei den einzelnen Landesregierungen liegt und es einer gesonderten Rechtsverordnung bedarf, wurden Konsumräume in Deutschland gegenwärtig nur in sechs Bundesländern eingerichtet. Dazu gehören Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland (vgl. AK Konsumraum 2011: 10; Schuster 2012: 18-19). Die übrigen zehn Bundesländer „[...] haben sich aus politisch-ideologischen Gründen oder aus der Einschätzung des fehlenden Bedarfs für Drogenkonsumräume bisher nicht zur Realisierung entsprechender Rechtsverordnungen entscheiden können [...]“ (AK Konsumraum 2011: 10). Die Konsequenz daraus ist, dass immer noch etliche Drogengebraucher*innen unnötig erkranken und einen vermeidbaren Tod auf Bahnhofstoiletten, Parkanlagen etc. oder im eigenen Wohnraum sterben (vgl. ebd.).

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die drogenbedingten Todesfälle in Deutschland im Zeitraum von 2004 bis 2013.

Tabelle 1: Drogenbedingte Todesfälle insgesamt sowie nach Bundesländern und in einigen großen Städten 2004-2013

Drogenbedingte Todesfälle in Deutschland Gesamtzahl											
Jahr:	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	BLZ*
Anzahl:	1.385	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237	986	944	1.002	1,2
Drogenbedingte Todesfälle nach Bundesländern											
Bundesland:											
Baden-Württemberg	174	156	159	155	192	133	168	139	127	121	1,1
Bayern	224	197	191	242	247	250	262	177	231	230	1,8
Berlin	192	195	173	158	152	155	124	114	113	119	3,5
Brandenburg	8	5	6	12	7	9	3	2	2	5	0,2
Bremen	62	42	40	38	31	28	23	17	15	7	1,1
Hamburg	60	61	55	59	58	65	53	57	49	62	3,6
Hessen	126	103	95	120	118	110	108	90	77	88	1,5
Mecklenburg-Vorp.	3	2	5	3	9	4	8	5	5	1	0,1
Niedersachsen	100	80	75	74	94	82	65	52	56	60	0,8
Nordrhein Westf.	324	350	350	374	380	344	289	216	204	198	1,1
Rheinland-Pfalz	36	53	77	60	57	60	43	41	25	38	1,0
Saarland	7	12	10	13	18	19	12	12	9	11	1,1
Sachsen	11	20	15	24	18	12	24	12	9	14	0,3
Sachsen-Anhalt	9	9	8	13	6	9	6	9	5	9	0,4
Schleswig-Holstein	41	40	30	44	48	39	42	35	26	23	0,8
Thüringen	8	1	7	5	14	12	7	8	9	16	0,7
Drogenbedingte Todesfälle in einigen großen Städten											
Frankfurt a.M.	34	25	30	44	33	34	32	26	21	27	3,9
Köln	34	57	69	58	54	41	43	34	29	42	4,1
München	61	45	40	50	50	48	47	35	35	35	4,1
Hannover	15	13	14	22	22	14	12	7	3	11	1,0
Dortmund	19	10	14	24	18	14	13	11	4	8	1,4
Essen	22	16	15	32	22	26	13	18	20	5	0,9
Stuttgart	17	14	13	12	12	9	16	7	11	12	2,0
Nürnberg	7	6	12	13	19	21	29	20	13	30	6,1
Düsseldorf	19	21	23	22	20	21	11	16	9	8	1,3
Mannheim	7	14	7	7	11	8	11	13	11	8	2,7

*BLZ: Belastungszahl = Anzahl der Drogentoten pro 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2013.

(Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Bundeskriminalamt 2014: 8; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014: 42).

Anhand der Tabelle wird deutlich, dass die Zahl der drogenbedingten Todesfälle, trotz der insgesamt und langfristig absteigenden Tendenz, weiterhin viel zu hoch ist. Im Jahr 2013 verzeichnete das Bundeskriminalamt 1.002 drogenbedingte Todesfälle. Im Vergleich zu 2012 (944 Personen) ist die Prävalenz damit um 6% gestiegen.

Bedenkt man, dass „[...] zu den Drogentodesfällen nur jene Todesfälle gezählt werden, in denen die Auffindsituation eindeutige Hinweise auf Drogenkonsum zulässt (Spritzutensilien vorhanden, Einstichstellen sichtbar usw.), kann angenommen werden, dass die tatsächliche Anzahl von Menschen die infolge ihres Drogenkonsums bzw. infolge von Erkrankungen wie HIV und Hepatitis verstarben weit höher liegt als die im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung ausgewiesene Zahl“ (AK Konsumraum 2011: 24).

Betrachtet man die offiziellen Zahlen, so entfällt mit 230 drogenbedingten Todesfällen der höchste Anteil (23%) an der Gesamtzahl auf das Land Bayern. Vor allem in Nürnberg stellt sich die Lage besonders kritisch dar: Mit 6,1 Drogentoten pro 100.000 Einwohner*innen liegt Nürnberg im Städtevergleich deutlich vor Köln, Frankfurt, Hamburg und Berlin. Zwar machen vor allem die Drogen- und AIDS-Hilfen in München und Nürnberg unermüdlich auf den dringenden Bedarf an Drogenkonsumräumen aufmerksam, die bayerische Landesregierung hat sich bisher jedoch aus „[...] überkommenen Ideologien und fehlenden Fachkompetenzen [...]“ (Schäffer/ Köthner 2014: 95) strikt gegen die Einrichtung von Konsumräumen entschieden. Insbesondere im Süden Deutschlands und in Bayern zeigt sich deutlich, dass fehlende Maßnahmen zur Überlebenssicherung fatale Folgen haben (vgl. ebd.).

Aber auch in mehreren Bundesländern und Städten, in denen Drogenkonsumräume etabliert sind, zeichnen sich Problembereiche und Veränderungsnotwendigkeiten ab.

Zunächst wird auf die Probleme hingewiesen, die durch fehlende Mittel und Räumlichkeiten entstehen. Oftmals entsprechen sowohl die Öffnungszeiten, als auch die Anzahl der Konsumplätze, aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen, nicht dem vorhandenen Bedarf. Des Weiteren gibt es in einigen Konsumräumen bisher nur Druck-, aber keine separaten Rauchräume mit Abluftanlagen, weshalb der inhalative Konsum untersagt wird. Zwar geht mit dem Rauchen eine erhebliche Belastung der Atemwege einher, im Vergleich zum intravenösen Konsum und im Sinne von „Safer-Use“ ist das Rauchen psychoaktiver Substanzen jedoch deutlich weniger riskant. Deshalb sollten die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass auch diese Applikationsform in allen Drogenkonsumräumen gestattet werden kann (vgl. Schäffer/ Köthner 2014: 95).

Weitere Problembereiche ergeben sich vor allem auf rechtlicher Ebene. Die bundeseinheitlichen Mindeststandards wurden durch die daran anknüpfenden Landesverordnungen und die Vorgaben der Überwachungsbehörden wie städtische Ämter, Polizei und Staatsanwaltschaften

fast überall verschärft, was wiederum zu einer Einschränkung konzeptioneller Spielräume führte ⁷ (vgl. AK Konsumraum 2011: 10; Klee 2011: 174). So haben die meisten Bundesländer und Stadtstaaten enge Regelungen bezüglich des Kreises der berechtigten Konsumraumnutzer*innen sowie der erlaubten und verbotenen Substanzen getroffen (vgl. Schäffer/ Köthner 2014: 95-96):

Von der Nutzung des Drogenkonsumraums ausgeschlossene Personengruppen sind vielfach: Personen ohne Meldeadresse oder aus umliegenden Städten bzw. Gemeinden, kürzlich aus der Haft Entlassene und nicht zuletzt Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Insbesondere bei den substituierten Personen stellt sich der Ausschluss aus dem Kreis der Nutzungsberechtigten als problematisch dar, denn langjährige Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung zeigen, dass viele Klient*innen neben dem Substitut auch andere legale und illegalisierte Substanzen konsumieren. Da dieser Beikonsum potentielle gesundheitliche Gefährdungen birgt, wenn er in einem ungeschützten Umfeld stattfindet, sollten die Länderverordnungen so ausgelegt werden, dass dieser auch im geschützten Rahmen stattfinden kann (vgl. Schäffer/ Köthner 2014: 95-96).

Ein weiteres Problemfeld stellen die zulässigen Substanzen in Konsumräumen dar. Erlaubt sind meist nur Opiate, Kokain, Amphetamine und deren Derivate. Von polyvalent Konsumierenden werden jedoch häufig auch andere psychotrope Substanzen und Medikamente wie z.B. Benzodiazepine konsumiert. Dadurch, dass diese Stoffe in den Rechtsverordnungen nicht genannt werden und in Drogenkonsumräumen folglich verboten sind, kommt es oftmals zu einem risikoreichen Konsum im ungeschützten Umfeld. Auch hier bedarf es folglich einer Anpassung der Rechtsverordnungen (vgl. ebd.: 96).

Abschließend soll auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, dass trotz der Legalisierung von Drogenkonsumräumen weiterhin eine paradoxe Gesetzeslage herrscht: Auf der einen Seite ist der Erwerb und Besitz, sowie die Weitergabe illegalisierter Drogen nach wie vor strafbar und muss auch im Kontext von Konsumräumen verhindert bzw. sanktioniert werden (vgl. §10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 BtMG). Auf der anderen Seite ist der in Drogenkonsumräumen stattfindende Konsum illegalisierter Substanzen erlaubt. „Diese widersprüchliche Konstruktion muss in der Rechtswirklichkeit, d.h. in der täglichen Praxis immer wieder mühsam ausgehandelt

⁷ Eine Ausnahme bildet die Rechtsverordnung der Stadt Hamburg. Diese lässt im Vergleich zu den anderen Landesverordnungen eindeutig mehr Handlungsspielräume zu und kann als Vorbild für die praktische Umsetzung der gesetzlichen Mindeststandards angesehen werden (vgl. Klee 2011: 174-175; Schäffer/ Köthner 2014: 96).

werden und führt nicht zu einem Gefühl von Sicherheit für Konsumenten, Mitarbeiter, Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden“ (AK Konsumraum 2011: 11).

Anhand der vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass sich die Einrichtungen der Drogenkonsumräume fortwährend in einem Spannungsfeld zwischen Schutz und Kontrolle – zwischen gesundheitsfördernden Intentionen und ordnungspolitischen Interessen bewegen. Welche Diskrepanzen sich dadurch für die sozialarbeiterische Praxis ergeben und inwieweit Drogenkonsumräume den Ansprüchen akzeptanzorientierter Drogenarbeit entsprechen, wird nun im folgenden Kapitel diskutiert.

3. Ambivalenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit: Eine Diskussion

Im ersten und zweiten Teil dieser Arbeit ging es darum, die akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf theoretischer und praktischer Ebene zu analysieren. Dabei wurden bereits wesentliche Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitsansatzes herausgestellt. Gleichzeitig wurden am Beispiel von Konsumräumen zentrale Spannungsfelder und Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis akzeptanzorientierter Drogenarbeit angedeutet. Im dritten Teil sollen diese Ambivalenzen nun anhand von zwei Leitfragen genauer erörtert werden:

1. Welche Widersprüchlichkeiten ergeben sich für die Soziale Arbeit in Konsumräumen?
2. Inwieweit sind Drogenkonsumräume akzeptanzorientierte Einrichtungen?

Während die erste Leitfrage in Kapitel 3.1 bearbeitet wird, widmet sich Kapitel 3.2 der zweiten Fragestellung. Kapitel 3.3 beinhaltet eine kritische Stellungnahme zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit.

3.1 Soziale Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle

Die Soziale Arbeit in Drogenkonsumräumen findet innerhalb widersprüchlicher Gegebenheiten statt. Aufgrund ihrer Mehrfachmandatierung fungiert sie als Vermittlerin zwischen oftmals entgegengesetzten und konfliktreichen Interessen (vgl. Schuster 2012: 20).

Auf der einen Seite geht es darum, den Bedürfnissen der Drogenkonsument*innen gerecht zu werden und deren Interessen zu vertreten – auf der anderen Seite müssen gesellschaftliche bzw. staatliche Aufträge erfüllt und somit auch Kontrollfunktionen übernommen werden. Hinzu kommen die eigenen professionellen Anliegen Sozialer Arbeit und die Belange der jeweiligen Organisation. Die Sozialarbeiter*innen sind in der konkreten Praxis also mit diffe-

rierenden Ansprüchen und Forderungen unterschiedlicher Akteure konfrontiert und bewegen sich daher stets im Zwiespalt zwischen Hilfe und Kontrolle (Unterkofler 2010: 125-127).

Im Rahmen von Drogenkonsumräumen äußert sich das doppelte Mandat der Sozialen Arbeit in dem Sinne, dass einerseits der Akzeptanzgrundsatz gilt und konkrete Überlebenshilfe geleistet wird – andererseits jedoch ordnungspolitische Funktionen übernommen werden müssen und die Notwendigkeit besteht, der Akzeptanz Grenzen zu setzen (vgl. Schuster 2012: 19-20). Die Sozialarbeiter*innen im akzeptanzorientierten Setting müssen dementsprechend nicht nur die Gratwanderung zwischen Hilfe und Kontrolle bewältigen, sondern gleichzeitig auch die zwischen der Wahrung von Akzeptanz und deren Grenzen (vgl. Unterkofler 2009: 96-97).

Im Folgenden sollen diese komplexen und oftmals nicht aufzulösenden Widersprüche näher erläutert werden. In diesem Zuge ist es zunächst wichtig zu klären, welches Verständnis von Hilfe in der akzeptanzorientierten Sozialen Arbeit mit Drogenkonsument*innen herrscht. Hierzu werden die Studien von *Unterkofler* (2009; 2010), die sich theoretisch und empirisch mit dem Deutungsmuster „Akzeptanz“ in der Drogenarbeit beschäftigen, herangezogen⁸.

Das Hilfeverständnis der Sozialarbeiter*innen in Drogenkonsumräumen „[...] baut auf einer akzeptierenden Haltung gegenüber ihrer Klientel auf. Akzeptanz bedeutet dabei einerseits, Drogenkonsumenten und -konsumentinnen *als Menschen* [also ganzheitlich und nicht nur im Kontext des Drogenkonsums] zu akzeptieren, andererseits umfasst sie das Recht der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten auf Selbstbestimmung“ (Unterkofler 2010: 136).

Hilfeleistung im akzeptanzorientierten Setting meint folglich zweierlei: Zum einen können Drogengebraucher*innen damit rechnen, dass Sozialarbeiter*innen ihnen mit einer akzeptierenden Haltung begegnen – zum anderen wird den Drogenkonsument*innen selbst die Definition des Hilfebedarfs überlassen. Darüber hinaus werden an die Hilfeleistung möglichst wenige Bedingungen gestellt, was bedeutet, dass kaum Erwartungen bezüglich Zielbestimmung und Verhalten an die Klient*innen herangetragen werden (vgl. Unterkofler 2010: 140).

Gemäß diesem bestimmten Verständnis von Hilfe und Akzeptanz rücken die Anliegen und Interessen der Drogenkonsument*innen in den Mittelpunkt. Mit Blick auf die konkrete Praxis

⁸ Zwar finden die qualitativen Untersuchungen von *Unterkofler* am Beispiel von Kontaktläden statt – da diese jedoch ebenfalls zum Angebotsspektrum akzeptanzorientierter Drogenarbeit gehören und Konsumräume häufig Bestandteile von Kontaktläden sind (vgl. Kapitel 2.3: 20), geht die Verfasserin davon aus, dass die Ergebnisse auch für den Schwerpunkt dieser Arbeit von Bedeutung sind.

in Drogenkonsumräumen zeigt sich jedoch, dass diese Interpretation von Hilfe nicht alltäglich umsetzbar ist und Akzeptanz immer wieder an ihre Grenzen gebracht wird (vgl. Unterkofler 2010: 140-141). Nachfolgend sollen die darin implizierten Spannungsfelder anhand einer Gegenüberstellung der Zielsetzungen von Konsumräumen auf der einen Seite und den Grundannahmen und Intentionen akzeptanzorientierter Drogenarbeit auf der anderen Seite aufgezeigt werden.

Wie in Kapitel 2.3 dargestellt wurde, werden mit Drogenkonsumräumen gesundheitsfördernde, drogentherapeutische und ordnungspolitische Zielsetzungen verfolgt. Aus allen Zielrichtungen ergeben sich Widersprüchlichkeiten, die von den Sozialarbeiter*innen im akzeptanzorientierten Setting fortwährend austariert werden müssen.

Betrachtet man die gesundheitsfördernden Ziele von Konsumräumen, lässt sich zunächst feststellen, dass der gesellschaftliche Auftrag bzw. die staatlichen Vorgaben mit den professionellen Intentionen bzw. den Zielen akzeptanzorientierter Drogenarbeit übereinstimmen. Beiden Akteuren geht es um Überlebenssicherung und Schadensminimierung – ein risikoarmer Drogenkonsum soll ermöglicht werden (vgl. Kapitel 1.3: 13; Kapitel 2.3: 20-21). Bezieht man weiterführend die Grundannahmen akzeptanzorientierter Drogenarbeit, und damit in indirekter Weise auch die Interessen der Drogengebraucher*innen, mit ein, so ergibt sich eine ambivalente Konstellation.

Während die Ziele Gesundheitsförderung und Überlebenshilfe sowie der Ansatz der „Harm Reduction“ eine zumindest minimale Konsumkontrolle erfordern, geht akzeptanzorientierte Drogenarbeit davon aus, dass auch riskantes Konsumverhalten als selbstbestimmte Entscheidung akzeptiert werden muss. Die Sozialarbeiter*innen geraten daher in einen Zwiespalt zwischen dem Ziel der Gesundheitsförderung und dem Anspruch der Akzeptanz jeglichen Drogenkonsums. Dieser Konflikt erweist sich als besonders dramatisch, wenn akute Gesundheitsschädigungen und Lebensgefährdung bestehen. Die Sozialarbeiter*innen entscheiden sich in diesen schwierigen Situationen meist dafür, die Drogengebraucher*innen auf das risikoreiche und gesundheitsschädigende Konsumverhalten anzusprechen – sie üben in diesem Zuge folglich auch Kontrolle aus (vgl. Kapitel 1.2: 9; Unterkofler 2010: 142).

Auch im Hinblick auf die drogentherapeutischen Ziele von Konsumräumen werden zentrale Ambivalenzen zwischen Theorie und Praxis akzeptanzorientierter Drogenarbeit sichtbar. Als besonders problematisch erweist sich dabei die Tatsache, dass der Staat bzw. die Gesellschaft

weiterhin an dem Maximalziel der Suchtmittelfreiheit festhält und Drogengebrauch in erster Linie als Krankheit definiert. Das wird nicht zuletzt dadurch erkennbar, dass Konsumräume in abstinenzorientierte Konzepte integriert werden. Ihnen werden von staatlicher Seite aus zwei zentrale Funktionen zugeschrieben: Zunächst einmal sollen sie den Kontakt zu besonders schwer erreichbaren Drogengebraucher*innen ermöglichen – darüber hinaus geht es darum, Drogenkonsument*innen in weiterführende und ausstiegsorientierte Hilfen zu vermitteln (vgl. Kapitel 2.3: 21-22). Die drogentherapeutischen Zielsetzungen von Konsumräumen stehen damit im starken Kontrast zu den Grundannahmen und Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit.

Akzeptanzorientierte Ansätze distanzieren sich klar von der Vorstellung, dass Drogenkonsum allgemein als Sucht und Sucht als Krankheit verstanden wird. Stattdessen gehen sie von einem selbstbestimmten Lebensentwurf bzw. von einer bewussten Entscheidung zur Selbstmedikation aus (vgl. Kapitel 1.2: 9; Stöver 2011b: 32).

Für die Sozialarbeiter*innen birgt die vom Staat vorgegebene Ausrichtung auf das Ziel der Abstinenz ein hohes Konfliktpotential. Im Rahmen von Ziel- und Leistungsvereinbarungen bzw. Zuwendungsverträgen wird von ihnen verlangt, die Klient*innen für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen zu motivieren – Voraussetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist jedoch, dass auf die Aufforderung zur sofortigen Verhaltensänderung in Richtung Abstinenz verzichtet werden muss. Ein zieloffener Dialog mit den Drogenkonsument*innen sowie eine grundlegende Akzeptanz des Drogengebrauchs werden dadurch verhindert.

Nicht zuletzt widerspricht es den Ansprüchen und Voraussetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit, dass der niedrighschwellige Zugang, und daran anknüpfend auch die Drogenkonsumräume selbst, als Mittel für übergeordnete Zwecke – Erreichbarkeit und Abstinenz – funktionalisiert werden (vgl. Kapitel 1.2: 12; Kapitel 2.3: 21-22).

Legt man das Augenmerk auf die ordnungspolitischen Zielsetzungen von Konsumräumen, so wird die Diskrepanz zwischen Hilfe und Kontrolle sowie zwischen Akzeptanz und deren Grenzen besonders deutlich. Aufgrund der heterogenen Gesetzeslage bezüglich des Betäubungsmittelverkehrs und der weiterhin prohibitiv ausgerichteten Drogenpolitik sind die Sozialarbeiter*innen maßgeblich dazu verpflichtet Kontrollfunktionen zu übernehmen und der Akzeptanz Grenzen zu setzen (vgl. Schuster 2012: 21).

Das gesetzliche Drogenverbot als staatlicher Auftrag schlägt sich vor allem in den Hausregeln von Konsumräumen nieder. Die Einhaltung der Hausregeln wird von den Sozialarbeiter*innen als minimale Anforderung an die Drogengebraucher*innen betrachtet (vgl. Unterkofler 2010: 147). In der Mehrheit beinhalten die Hausordnungen folgende Regeln:

- Keine Gewalt gegenüber anderen Besucher*innen und Mitarbeiter*innen
- kein Drogenverkauf
- kein Teilen von Drogen und/oder Spritzenutensilien
- eine Zeitbegrenzung für den Aufenthalt im Injektionsraum
- Mitarbeiter*innen helfen den Drogengebraucher*innen nicht bei der Injektion (vgl. Stöver 2002a: 180).

Den Hausordnungen wird höchste Priorität zugesprochen, was bedeutet, dass die Sozialarbeiter*innen quasi dauerhaft Kontrolle ausüben müssen – das Geschehen innerhalb und im direkten Umfeld der Einrichtung muss stets im Blick behalten werden. Zwar werden die Sanktionsstufen im alltäglichen Einrichtungsbetrieb möglichst niedrig gehalten. Nichtsdestotrotz sind die Sozialarbeiter*innen bei vorliegenden Regelverstößen jedoch dazu angehalten, einzugreifen und gegebenenfalls Sanktionen wie Hausverbote zu erteilen (vgl. Schuster 2012: 19; Unterkofler 2010: 145).

Stehen die Regelverstöße im engen Zusammenhang mit dem gesetzlichen Drogenverbot, ergibt sich für die akzeptanzorientierten Mitarbeiter*innen eine besonders konfliktbehaftete Situation, weil sie die prohibitive Drogenpolitik selbst nicht befürworten. Anders stellt sich die Lage dar, wenn Gewalt zu einer Sanktion geführt hat. In diesem Fall wird das Eingreifen auch von Seiten der Sozialen Arbeit unterstützt, weil nur so eine Atmosphäre geschaffen werden kann, in der ein angenehmes Zusammenarbeiten möglich ist – Drogenkonsumräume sollen schließlich auch als Schutzräume dienen (vgl. Unterkofler 2010: 147).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Soziale Arbeit in Drogenkonsumräumen in einem andauernden Spannungszustand zwischen Hilfe und Kontrolle befindet, wobei die Gefahr besteht, dass die Kontrollaspekte angesichts der vorherrschenden gesetzlichen Rahmenbedingungen bezüglich des Verkehrs von psychotropen Substanzen überhand nehmen. Die Sozialarbeiter*innen geraten in diesem Zuge in Konflikt zu ihrem akzeptanzorientierten Selbstverständnis.

In der alltäglichen Praxis müssen sie den Balanceakt „[...] zwischen der Einhaltung des Hilfeideals auf Grundlage der Akzeptanz der spezifischen Lebensbedingungen und der notwendigen Grenzsetzung auf Grund staatlicher (und auch fachlicher) Ansprüche [...]“ (Unterkofler 2010: 146) meistern. Stets muss dementsprechend zwischen unterschiedlichen Aufträgen und Vorstellungen abgewogen werden. Akzeptanz ist daher auch nicht generell vorhanden. Vielmehr muss sie immer wieder in Abwägung mit ihren Grenzen von den Sozialarbeiter*innen hergestellt werden (vgl. Unterkofler 2009: 128).

3.2 Konsumräume zwischen Akzeptanz und Ausgrenzung

Nachdem nun die Ambivalenzen der Sozialen Arbeit in Konsumräumen erörtert wurden, widmet sich das folgende Kapitel den Widersprüchlichkeiten der Angebote selbst. In diesem Zuge soll diskutiert und erläutert werden, ob und inwieweit Drogenkonsumräume akzeptanzorientierte Einrichtungen sind.

Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass Drogenkonsumräume im Vordergrund akzeptanzorientiert sind, weil in ihnen der Konsum illegalisierter Drogen erlaubt ist und grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass die Sozialarbeiter*innen den Drogengebraucher*innen mit einer akzeptierenden Haltung begegnen (vgl. Kapitel 1.2.: 10; Kapitel 2.4: 28; Kapitel 3.1: 30). Was ebenfalls dafür spricht, dass Konsumräume akzeptanzorientierte Einrichtungen sind, ist die Tatsache, dass es sich um (über-)lebenspraktische, niedrigschwellige Hilfen handelt, die maßgeblich zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung von Drogenkonsument*innen beitragen – sie entsprechen folglich dem übergeordneten Prinzip der „Harm Reduction“, welches charakteristisch für den akzeptanzorientierten Arbeitsansatz ist (vgl. Kapitel 1.2: 12; Kapitel 1.3: 13; Kapitel 2.4: 25).

Fernerhin sind Drogenkonsumräume nicht nur Räumlichkeiten, in denen Drogenkonsum stattfindet. Gleichzeitig stellen sie Orte der Kommunikation dar. In Konsumräumen tauschen sich Drogengebraucher*innen untereinander und mit Sozialarbeiter*innen über für sie bedeutende Lebensweltfragen aus, die vielfach konsumbezogen sind. Zentrale und überlebenswichtige Themen im Dialog sind dabei oftmals: die Qualität der Drogen, die Vertrauenswürdigkeit der Verkäufer*innen, verschiedene Applikationsformen und -risiken sowie alltagspraktische Hilfen und Verabredungen, die der Selbsthilfeförderung dienen (vgl. Stöver 2002a: 182).

Im Rahmen von Drogenkonsumräumen können Rituale und Regeln im Sinne von „Safer-Use-Strategien“ erlernt und gesundheitsfördernde Kompetenzen erworben werden, was wiederum

dem „Empowerment-Anspruch“ der akzeptanzorientierten Drogenarbeit entspricht (vgl. Kapitel 1.2: 11; Stöver 2005: 301). Die Soziale Arbeit in Konsumräumen „[...] kooperiert also mit den DrogengebraucherInnen bei der Erarbeitung eines eigenverantwortlichen, risikomindernden, aber auch genussorientierten Umgangs mit illegalisierten Drogen“ (Schneider/ Stöver 2005: 26).

Lenkt man den Blick auf den gesamtgesellschaftlichen Kontext und die Hintergründe von Konsumräumen, so lässt sich nicht mehr unbedingt von akzeptanzorientierten Einrichtungen sprechen.

In der Konzeptionierungs- und Etablierungsphase von Drogenkonsumräumen wird deutlich, dass diese nicht vorrangig zu Zwecken der Akzeptanz, sondern vor allem aus pragmatischen Gründen eingerichtet wurden. Angesichts der „AIDS-Krise“ und der massiven Verelendung von Drogenkonsument*innen *mussten* gesundheitsfördernde Angebote, die auf konkrete Überlebenshilfen und Schadensminimierung setzen, gefördert werden (vgl. Kapitel 1.1: 6; Kapitel 2.1: 16-17). Akzeptanzorientierte Ansätze und niedrigschwellige Hilfen wurden nicht zuletzt deswegen in das Drogenhilfesystem der Bundesregierung integriert, weil sie sich als deutlich *effektiver* erwiesen als die ausschließlich abstinentorientierten Angebote.

Wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, werden Drogenkonsumräume meist in ausstiegsorientierte Konzepte integriert. Der niedrigschwellige Zugang der Einrichtungen stellt in diesem Zusammenhang folglich nicht unbedingt ein Bekenntnis zur Akzeptanz im Sinne des Prinzips bedingungsloser Hilfe dar – vielmehr wird er als Mittel zum Zweck der Kontaktfelderweiterung funktionalisiert. Allein aufgrund dieser Tatsache sind Konsumräume allenfalls vordergründig akzeptanzorientiert (vgl. Kapitel 1.2: 12; Kapitel 2.3: 21).

Des Weiteren ging die Einrichtung von Konsumräumen von Beginn an mit ordnungspolitischen Interessen einher. Wesentliches Ziel war und ist es, die Innenstädte von den Problemen durch offene Drogenszenen zu entlasten sowie den Konsum psychotroper Substanzen in geschützte und kontrollierbare Einrichtungen zu verlegen. Das „Drogenelend“ soll aus dem öffentlichen Raum verschwinden – der Konsumakt, und somit auch die Drogenkonsument*innen, unsichtbar gemacht werden (vgl. Kapitel 2.3: 22; Schneider 2004a: 25). Dabei besteht die Gefahr, dass mit der „Unsichtbarmachung“ von Drogengebraucher*innen im öffentlichen Raum auch deren Anliegen und Interessen von der politischen Agenda verschwinden (vgl. Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 233).

An diesem Punkt wird deutlich, dass Drogenkonsumräume einen Beitrag zur urbanen Ordnungspolitik leisten. Diese basiert auf einer ökonomisch orientierten Kontrolllogik:

„Wenn es ‚Störungen‘ im öffentlichen Raum durch drogenkonsumierende Personen gibt, und wenn es sich gleichzeitig als unrealistisch erwiesen hat, Heroinkonsum in nennenswertem Maße zu verhindern, dann besteht eine gleichermaßen erfolgsversprechende wie ökonomische Maßnahme darin, einen bestimmten Teil des Raumes abzutrennen, das belästigende Verhalten an diesen Orten zu konzentrieren und damit die Abweichung kontrolliert zu neutralisieren [...]“ (Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 227).

Drogenkonsumräume bedeuteten daher keineswegs nur Schutz und Akzeptanz, sondern immer auch Ausgrenzung und Vertreibung. Die vermeintliche Akzeptanz dieser Einrichtungen legitimiert, dass Innenstädte zu „No-Go-Areas“ für drogengebrauchende Menschen erklärt werden. Daran anknüpfend muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Verzicht des Staates auf Bestrafung und Verfolgung an den Eingangstüren von Konsumräumen beginnt und endet – sinnbildlich gesprochen bildet die Türschwelle einer Drogenhilfeeinrichtung mit angegliedertem Konsumraum die Grenze zwischen Hilfe und Kontrolle (vgl. Schäffer/ Jesse 2012: 247-248; Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2015: 229; Schuster 2012: 19). Wer sich der Kontrolle innerhalb des Konsumraums unterwirft, wird toleriert und bei dem wird auf Strafe verzichtet – wer sich dieser Kontrolle nicht unterwirft, der wird auch nicht toleriert und bei dem wird auch nicht auf Strafe bzw. Ausschluss verzichtet (vgl. Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 233).

Abschließend kann konstatiert werden, dass Drogenkonsumräume äußerst zwiespältige Einrichtungen sind: Auf der einen Seite können sie als überlebenswichtige Schutzräume angesehen werden, in denen Drogengebraucher*innen mit Akzeptanz begegnet und ein bewusster Umgang mit Drogen ermöglicht wird. Auf der anderen Seite, und gerade im Kontext urbaner Ordnungspolitik, stellen sie jedoch auch Kontrollräume dar, die weniger der Akzeptanz als vielmehr der Ausgrenzung von Drogenkonsument*innen dienen (vgl. Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 227).

3.3 Plädoyer für eine (Re)-Politisierung akzeptanzorientierter Drogenarbeit

„Akzeptanz bedeutet statt eine aus- und abgrenzende Politik zu betreiben, einen Dialog zwischen unterschiedlichen Lebensstilen und Lebenslagen zu organisieren und so ein gegenseitiges Verstehen zu ermöglichen“ (Michels/ Stöver 1999: 293).

In ihren Anfängen ist die akzeptanzorientierte Drogenarbeit als politische Bewegung gestartet, indem sie sich gegen die ausschließlich abstinenzorientierte Drogenhilfepraxis und die repres-

siv-prohibitive Drogenpolitik des Staates gewandt hat. Es wurden starke drogenpolitische Forderungen nach Humanisierung, Entkriminalisierung und Legalisierung gestellt (vgl. Kapitel 1.1: 7). Mit Beginn der 1990er Jahre war Drogenpolitik dann „[...] nicht mehr der ‚große Wurf‘ gesellschaftlichen Aufbruchs[...]“ (Stöver 2011a: 16), sondern vielmehr Gesundheitspolitik auf lokaler Ebene. Es ging nun vorrangig darum, einzelne Veränderungen und Verbesserungen wie z.B. die Legalisierung von Spritzentauschprogrammen und die Einrichtung von Konsumräumen zu ermöglichen, anstatt das gesamte Betäubungsmittelgesetz kritisch zu hinterfragen (vgl. ebd.). Die Akteure und Befürworter akzeptanzorientierter Drogenarbeit hielten es für richtig innerhalb des bestehenden Systems für gewisse karitative Erleichterungen und „akzeptierende“ Überlebenshilfen zu sorgen – sie beschränkten sich letztendlich auf den humanitären Hilfsaspekt (vgl. Scheerer 2002: 117; Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 222).

Zwar kam es in den letzten drei Jahrzehnten zu einer Ausweitung und Ausdifferenzierung des Hilfesystems und der Ansatz der „Harm Reduction“ ist mit seiner Prämisse der Akzeptanz eines selbstbestimmten Konsumentenscheids als „Philosophie“ in das gesamte Spektrum der Drogenhilfe eingegangen. An der prohibitiven Ausrichtung der Drogenpolitik hat sich jedoch nichts geändert (vgl. Stöver 2005: 300; Stöver/ Gerlach 2012: 95-99). Dabei bewirkt das geltende Betäubungsmittelgesetz weiterhin „[...] eine erhebliche Kriminalisierung, soziale Ausgrenzung und gesundheitliche Gefährdung der Konsument(inn)en illegaler Substanzen“ (Stöver 2011a: 27). Die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen verhindern demzufolge nicht nur eine wirkliche Akzeptanz des Drogengebrauchs, sondern auch einen echten Konsumentenschutz (vgl. Schneider 2004a: 16).

Es steht außer Frage, dass gesundheitsfördernde und schadensbegrenzende Angebote wie Drogenkonsumräume maßgeblich zur Überlebenssicherung wie auch zur Verbesserung der Lebensverhältnisse von drogengebrauchenden Menschen beitragen – sie sind daher auch als Errungenschaften bzw. Erfolge akzeptanzorientierter Drogenarbeit anzusehen (vgl. Schneider 2012: 115). Trotz alledem muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Angebote der Überlebenshilfe im Kontext der fortwährenden Drogenverbotspolitik jedoch im Prinzip nichts anderes tun, als die Folgen der Kriminalisierung zu minimieren (vgl. Schäffer/ Jesse 2012: 248).

Des Weiteren haben die vorangegangenen Ausführungen gezeigt, dass gerade Drogenkonsumräume für ordnungspolitische Zwecke instrumentalisiert werden. *Schneider* stellt die The-

se auf, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit innerhalb des vorherrschenden Drogenhilfe- und Politiksystems letztendlich „Elendsverwaltung“ ist und der „Sozialkosmetik“ dient (vgl. Schneider 2004a: 16).

Weil die Kriminalisierungs- und Kontrollpolitik also nicht zuletzt auch die Drogenhilfepraxis umklammert, sollte die Hilfearbeit auch nicht nur fachlich-methodisch, sondern immer auch politisch verstanden werden (vgl. Stöver 2011a: 27). Für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit ergeben sich daher zwei wesentliche Aufgaben:

Zum einen – und gerade im Hinblick auf die urbane Kontroll- und Ordnungspolitik – ist es notwendig, dass die akzeptanzorientierte Soziale Arbeit ihren eigenen Auftrag bzw. ihre unterschiedlichen Aufträge stets reflektiert und kritisch hinterfragt. Zum anderen sollte sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit nicht nur mit Schadensbegrenzung begnügen, sondern darüber hinaus immer auch darauf aufmerksam machen, dass viele hauptsächliche Probleme des Drogenkonsums – die schlechte Qualität und Unberechenbarkeit der Substanzen, die gesundheitlichen und sozialen Konsumgefährdungen sowie die Ausgrenzung und Kriminalisierung der Drogengebraucher*innen – nicht durch die psychotropen Substanzen an sich, sondern vor allem durch deren Illegalisierung hervorgerufen werden (vgl. Kapitel 1.2: 9-10; Schneider 2012: 15).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit sollte daher auch (wieder) selbstbewusst einen fachlichen Standpunkt im öffentlich-politischen Diskurs einnehmen und sich gemäß ihrer politischen Zielsetzungen für die Menschenwürde aller Drogenkonsument*innen und die Entkriminalisierung des Drogengebrauchs einsetzen – Akzeptanz sollte weiter gedacht werden.

4. Fazit

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit kann „[...] im Rahmen von Gesundheitsförderung als eine Strategie der Schadensbegrenzung bei vorbehaltloser Akzeptanz der Tatsache, da[ss] jemand Drogen nimmt“ verstanden werden (vgl. Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 4). In diesem Zusammenhang grenzt sich der Akzeptanzansatz auch deutlich von niedrigschwelligen Ausstiegshilfen ab (vgl. ebd.).

Zwar ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit heutzutage ein anerkannter, fester Bestandteil des Drogenhilfesystems und dem Ziel der gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung von Drogenkonsument*innen wird ein wesentlicher Wert zugesprochen (vgl. Jacob/ Michels/ Stö-

ver 1999: 280). Nichtsdestotrotz liegt auf Seiten staatlicher Drogenhilfe die Priorität weiterhin auf der Erreichung von Suchtmittelfreiheit. Das wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass auch niedrigschwellige Angebote wie Kontaktläden und Konsumräume in ausstiegsorientierte Konzepte integriert werden – die Grenzen zwischen Akzeptanz und Abstinenz erweisen sich folglich als fließend (vgl. Kapitel 3.1: 31-32).

Insbesondere am Beispiel von Drogenkonsumräumen wird klar, dass die Möglichkeiten und Grenzen – die Ambivalenzen – der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in der Etablierung ihrer eigenen Hilfsangebote liegen (vgl. Schmidt-Semisch/ Wehrheim 2005: 221-222).

Auf der einen Seite leisten Drogenkonsumräume einen entscheidenden Beitrag zur Überlebenssicherung sowie zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung von Drogengebraucher*innen. Sie sind daher auf jeden Fall als Errungenschaften akzeptanzorientierter Drogenarbeit anzusehen und sollten ferner unbedingt auch weiter gefördert werden (vgl. Kapitel 2.4). Auf der anderen Seite werden Drogenkonsumräume jedoch nicht zuletzt auch für ordnungspolitische Zwecke instrumentalisiert. Sie stellen demzufolge nicht nur Schutz-, sondern immer auch Kontrollräume dar. Darüber hinaus, und gerade im Hinblick auf die ökonomisch orientierte Kontroll- und Ordnungspolitik in Städten, bewegen sich Konsumräume zunehmend im Spannungsfeld zwischen Akzeptanz und Ausgrenzung (vgl. Kapitel 3.2.).

Die akzeptanzorientierten Sozialarbeiter*innen müssen in diesem Kontext nicht nur die Gratwanderung zwischen Hilfe und Kontrolle, sondern gleichzeitig auch die zwischen Akzeptanz und deren Grenzen meistern – Akzeptanz kann in diesem Kontext als Herstellungsleistung verstanden werden (vgl. Kapitel 3.1).

Abschließend soll die Frage beantwortet werden, warum in der vorliegenden Arbeit stets von *akzeptanzorientierter* und nicht von *akzeptierender* Drogenarbeit die Rede ist.

Die Verfasserin hat sich für den Begriff „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ entschieden, weil dieser ihrer Auffassung nach auf die immanenten Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitsansatzes aufmerksam macht: Auf der einen Seite weist die *Akzeptanzorientierung* darauf hin, dass Akzeptanz eine Haltung bzw. eine Politik ist, an der man sich orientiert – also auch etwas darstellt, wonach man strebt. Auf der anderen Seite wird durch den Terminus der *akzeptanzorientierten* Drogenarbeit deutlich, dass man von wirklich *akzeptierender* Drogenarbeit im Rahmen der weiterhin prohibitiv ausgerichteten Drogenpolitik nicht sprechen kann.

Literaturverzeichnis

Berger, Stefan (2003): Auf ‚Drachenjagd‘ im Drogenkonsumraum. Eine empirische Untersuchung zum Nutzungsverhalten der BesucherInnen des Inhalationsraumes im Drogenkonsumraum des Vereins Krisenhilfe Essen e.V. - Diplomarbeit. Norderstedt: BoD - Books on Demand.

Böllinger, Lorenz/ Stöver, Heino (2002): Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutze, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Gerlach, Ralf (2004): Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe. In: Schneider, Wolfgang/ Gerlach, Ralf (Hrsg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWB - Verlag Wissenschaft und Bildung, S. 125-149.

Jacob, Jutta/ Michels, Ingo Ilja/ Stöver, Heino (1999): Widersprüche und Gegenläufigkeiten akzeptierender Drogenarbeit – eine (selbst-)kritische Bilanz. In: Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 279-291.

Jungblut, Hans Joachim (2004): Drogenhilfe. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Klee, Jürgen (2004): Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen. In: Klee, Jürgen/ Stöver, Heino: Drogen – HIV/Aids – Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 107-128.

Klee, Jürgen (2011): Drogenkonsumräume: Verschaffen einer Gelegenheit zur Drogenhilfe. In: Schäffer, Dirk/ Stöver, Heino (Hrsg.): Drogen – HIV/Aids – Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 173-190.

Michels, Ingo Ilja/ Stöver, Heino (1999): Nur Hilfe hilft? Zur Ausblendung ordnungspolitischer Vorstellungen in der akzeptierenden Drogenarbeit. In: Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 292-300.

Reuband, Karl-Heinz (1999): Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, Günter/ Groenemeyer, Axel/ Stallberg, Friedrich W. (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 319-336.

Schabdach, Michael (2009): Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Schäffer, Dirk (2014a): Alternativer Drogen- und Suchtbericht findet phänomenales Presse-echo. In: Drogenkurier. Magazin des JES-Bundesverbands. Nr. 98, S. 3-4.

Schäffer, Dirk (2014b): Drogenkonsumräume retten Menschenleben. In: Drogenkurier. Magazin des JES-Bundesverbands. Nr. 98, S. 6-7.

Schäffer, Dirk/ Jesse, Marco (2012): Legalisierung – realisierbar oder fortwährende Illusion? Sichtweisen des JES Bundesverbands. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 243-252.

Schäffer, Dirk/ Köthner, Urs (2014): Drogenkonsumräume retten Menschenleben. In: akzept e.V. Bundesverband/ Deutsche AIDS-Hilfe/ JES Bundesverband: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014. 1. Ausgabe, S. 94-96.

Scheerer, Sebastian (2002): Kritische Kriminologie und Drogenarbeit. In: Anhorn, Roland/ Bettinger, Frank (Hrsg.): Kritische Kriminologie und Soziale Arbeit. Impulse für professionelles Selbstverständnis und kritisch-reflexive Handlungskompetenz. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 111-124.

Schmid, Martin (2003): Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Schmidt, Rainer (1999): Alte Dogmen, neue Bündnisse – Vom Kampf um eine Idee. In: Dworsky, Norbert/ Schmidt, Rainer: Druck im Quartier. Erfahrungen mit Fixerräumen. Neumünster: Paranus Verlag, S.4-23.

Schmidt-Semisch, Henning/ Wehrheim, Jan (2005): Exkludierende Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd/ Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 221-237.

Schneider, Wolfgang (2004a): Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsversionen. In: Schneider, Wolfgang/ Gerlach, Ralf (Hrsg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWB-Verlag Wissenschaft und Bildung, S. 11-28.

Schneider, Wolfgang (2005): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd/ Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB -Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 267-281.

Schneider, Wolfgang (2012): Auswirkungen der Prohibitions politik auf die Drogenhilfe. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 113-126.

Schneider, Wolfgang/ Stöver, Heino (2005): Die Bedeutung des Konzeptes ‚Gesundheitsförderung‘ für die Drogenhilfe – Einbezug von Betroffenenkompetenz und die Entwicklung von Drogenberatung. In: Heudtlass, Jan-Hendrik/ Stöver, Heino (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung – Verbrauchertipps – Beratungswissen – Praxiswissen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 22-47.

Stöver, Heino (1999): Akzeptierende Drogenarbeit – Rückblick und Perspektiven. In: Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 11-24.

Stöver, Heino (2002a): Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In: Böllinger, Lorenz/ Stöver, Heino (Hrsg.), Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 174-185.

Stöver, Heino (2002b): Kontaktladen – Anlaufstelle mit Brückenfunktionen. In: Böllinger, Lorenz/ Stöver, Heino (Hrsg.), Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 160-173.

Stöver, Heino (2005): Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, Roland/ Bettinger, Frank (Hrsg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289-305.

Stöver, Heino (2011a): Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten und Drogenhilfe. In: Schäffer, Dirk/ Stöver, Heino (Hrsg.): Drogen - HIV/Aids - Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 11-29.

Stöver, Heino (2011b): Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not. In: Schäffer, Dirk/ Stöver, Heino (Hrsg.): Drogen - HIV/Aids - Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 30-45.

Stöver, Heino/ Gerlach, Ralf (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 95-110.

Unterkofler, Ursula (2009): „Akzeptanz“ als Deutungsmuster in der Drogenarbeit. Eine qualitative Untersuchung über die Entstehung und Verwendung von Expertenwissen. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Unterkofler, Ursula (2010): Wandel der Vorstellung von Hilfe in der Sozialen Arbeit. Auswirkungen auf die Problemarbeit im Feld der Drogenhilfe. In: Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Doing social problems. Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S.124-51.

Vandreier, Christoph (2012): Drogenkonsum als begründete Handlung. Eine partizipative Studie zu den Gründen für problematischen Drogenkonsum, subjektiven Drogentheorien und ihrer Vermitteltheit mit den Lebensbedingungen der Betroffenen. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Vogt, Irmgard (1999): Sozialarbeit mit Drogenabhängigen in einem „akzeptierenden“ Setting. In: Stöver, Heino (Hrsg.), Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 25-37.

Quellenverzeichnis

AK Konsumraum (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. In: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07web.pdf (Zugriff: 28.02.2015).

Akzept e.V. (2015): Politische und praktische Zielsetzungen. In: <http://www.akzept.org/ziele.html> (Zugriff: 07.03.2015).

Akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Materialien Nr. 3. In: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/akzept_LeitlinienNr.3.pdf (Zugriff: 25.02.2015).

Bundeskriminalamt (2014): Zahl der Drogentoten / Rauschgiftlage 2013. In: https://www.bka.de/nm_196810/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Pressearchiv/Presse_2014/pm140417_PK_Rauschgiftzahlen2013_Factsheet.html?nnn=true (Zugriff: 01.03.2015).

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2015): Drogenkonsumräume. Standorte und Informationen zu Konsumräumen in Deutschland. In: <http://drogenkonsumraum.net> (Zugriff: 28.02.2015).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005): Drogen und Sucht. Ein Plan in Aktion. In: http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmg600.pdf (Zugriff: 26.02.2015).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014): Drogen- und Suchtbericht 2014. In: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf (Zugriff: 28.02.2015).

Hamburger Landesverordnung (2000): Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Hamburg. In: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Rechtsverordnung%20DKR%20Hamburg.pdf> (Zugriff: 23.03.2015).

Schneider, Wolfgang (2004b): Kritische Bilanz akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Einige durchaus auch polemisch zu verstehende Ausführungen. In: http://www.indro-online.de/SchneiderADA_1_04.pdf (Zugriff: 03.03.2015).

Schuster, Jens (2012): Praktische Limitationen akzeptanz-orientierter Drogenarbeit - eine ethische Problemskizze aus der Perspektive Sozialer Arbeit. In: www.indro-online.de/Schuster2012.pdf (Zugriff: 25.02.2015).

Springer, Alfred (2003): Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. In: <http://www.indro-online.de/springer.pdf> (Zugriff: 10.03.2015).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 25. März 2015