

# **BACHELORARBEIT**

ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES BACHELOR OF ARTS  
(B.A.)

HOCHSCHULE MERSEBURG

FACHBEREICH SOZIALE ARBEIT. MEDIEN. KULTUR

## **KONSUMRÄUME IN LEIPZIG**

—

### **DIE RELEVANZ VON KONSUMRÄUMEN ZUR ERWEITERUNG DES ANGEBOTES DER DROGENHILFE IN DER STADT LEIPZIG**

VERFASSER: VALENTIN JAKISCH, GEBOREN AM 11.07.1995

MATRIKELNUMMER: 22166

ERSTGUTACHTERIN: PROF. DR. GUNDULA BARSCH

ZWEITGUTACHTER: PROF. DR. ERICH MENTING

EINGEREICHT AM 21.03.2019



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>Begrifflichkeiten</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorgehen</b> .....	<b>3</b>
<b>Ziel der Arbeit</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Konsumräume</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. Historische Entwicklung von Konsumräumen in Europa</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. Das Konsumraumkonzept</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. Anforderungen an einen Konsumraum und seine Einbindung in den Sozialraum</b> .....	<b>7</b>
<b>1.4. Der Konsumvorgang im Konsumraum</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5. Das Potenzial von Konsumräumen</b> .....	<b>10</b>
<b>1.5.1. Vorteile für die konsumierende Person</b> .....	<b>11</b>
<b>1.5.2. Vorteile für die Gesellschaft</b> .....	<b>12</b>
<b>1.6. Rechtliche Situation von Konsumräumen</b> .....	<b>13</b>
<b>1.6.1. Verankerung im Bundesrecht</b> .....	<b>14</b>
<b>1.6.2. Verankerung im Landesrecht</b> .....	<b>14</b>
<b>2. Das Beispiel Frankfurt a.M.</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. Die Frankfurter Drogenpolitik</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2. Die Frankfurter Drogenszene</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2.1. Größe der Frankfurter Drogenszene</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2.2. Bevorzugte Substanzen und Konsumformen</b> .....	<b>18</b>
<b>3. Die Situation in Leipzig</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1. Die Leipziger Drogenpolitik</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2. Die Leipziger Drogenszene</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.1. Größe der Leipziger Drogenszene</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.2. Bevorzugte Substanzen und Konsumformen</b> .....	<b>21</b>
<b>4. Kritische Stimmen</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. Widerlegung der Gegenargumente</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2. Kritik an Konsumräumen von der akzeptierenden Drogenarbeit</b> .....	<b>26</b>
<b>5. Zusammenführung der drei vorhergehenden Punkte</b> .....	<b>28</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>29</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>31</b>

## Einleitung

Psychoaktive Substanzen nehmen seit jeher einen zentralen Platz in allen Gesellschaften der Menschheitsgeschichte ein. Sie sind Bestandteil vieler sozialer Interaktionen von spirituellen Riten über Erholungsnutzung bis hin zur Festigung bestimmter Gruppenzugehörigkeiten. Ihr arbiträrer rechtlicher Status unterliegt im Laufe der Geschichte einem ständigen Wandel. Der Konsum psychoaktiver Substanzen lässt im gesellschaftlichen Kontext immer wieder Problemlagen entstehen, deren Ursachen und Bewältigung nicht immer objektiv von der Gesellschaft bewertet werden. Im Zuge der Erweiterung des Drei-Säulen-Modells der Drogenpolitik kam Anfang der 1990er Jahre die vierte Säule der „Schadensverminderung“ zu den bereits bestehenden Aktionsfeldern „Prävention“, „Therapie“ und „Repression“ hinzu (Truttmann 2005: 9). Im Bereich der Schadensverminderung, auch *harm-reduction* genannt, eröffnete sich ein weites Feld der akzeptanzorientierten Angebote in der Drogenhilfe. Der akzeptierende Ansatz bedeutet in der Drogenhilfe eine „Abkehr von fremdbestimmten Therapien“ zu „Selbstbestimmung, Autonomie und Freiwilligkeit zur Erreichung von (selbst) festgelegten Zielen“ (Hermmanns 2017: 10). Mit dem Wegfall der Abstinenzpflicht wurde es einer größeren Gruppe potenziellen Klientels ermöglicht gewisse Hilfsangebote wahrnehmen zu können. Im Allgemeinen wurde das Hilfesystem nicht nur räumlich sondern auch inhaltlich näher an die Lebensrealität der Konsumierenden verlagert. Dazu gehörte auch die Eröffnung von Drogenkonsumräumen<sup>1</sup>. Öffentliche Räume, die den Konsum von intravenös injizierbaren und rauchbaren psychoaktiven Substanzen medizinisch-sozialarbeiterisch begleiteten entstanden zunächst Mitte der 1980er in den Niederlanden und in der Schweiz. Das Modell wurde daraufhin in deutschen Städten von Institutionen kopiert, die sich in einer rechtlichen undefinierten Lage befanden (Hermmanns, 2017, S. 37) (Hermmanns, 2017: 37). Ein Gesetz, welches das Betreiben von Konsumräumen nach bestimmten Auflagen im Bundesrecht implementierte, wurde im Jahr 2000 verabschiedet. Mittlerweile existieren 24 Konsumräume in deutschen Städten (Deutsche AIDS-Hilfe, 2016) (Deutsche AIDS-Hilfe 2016). Wie im Folgenden dargelegt wird, wurde ihr Potenzial aus unterschiedlichen Gründen noch nicht von allen erkannt oder wissentlich ignoriert. Die Verhinderung angemessener

---

<sup>1</sup> Drogenkonsumräume, auch Gesundheitsraum, Fixerstübli, Druckraum, Injektionsraum, Gassenzimmer; engl. Drug Consumption Facilities, Safe Injektion Sites; im Folgenden als „Konsumräume“ zusammengefasst.

Hilfen und Interventionen, die seit Jahren von Betroffenen und Professionellen gefordert werden zieht sich wie ein roter Faden durch den Kontext der repressiven Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Diese Einstellung herrscht nach wie vor in der Stadt Leipzig, in der verschiedenste Initiativen bis jetzt an der Etablierung von Konsumräumen scheiterten.

## **Begrifflichkeiten**

Das hier vertretene Menschenbild basiert auf den Ausarbeitungen von BARSCH (2010), wonach die Mündigkeit des Klientels auch in der Drogensozialarbeit ins Zentrum gerückt wird. Die Mär einer schicksalhaften Auslieferung an psychoaktive Substanzen verfolge den Anspruch eines abschreckenden Zwecks, um die Substanzen zu dämonisieren und Menschen von jeglichem Konsum abzubringen. „Ein solches Ziel [wurde] zu keiner Zeit und an keinem Ort erreicht“ (Barsch 2010: 34f).

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Sicht auf psychoaktive Substanzen steht im klaren Widerspruch zu Begriffen wie „Rauschgift“ oder „Suchtmittel“. Diese Begriffe besitzen auf Grund ihrer historischen Entwicklung stigmatisierende Eigenschaften und bringen das komplexe System, welches zu der Entscheidung zu Substanzkonsum führt, auf eine monokausale Ebene. Bei dem Begriff *psychoaktive Substanz* steht stattdessen die pharmakologische Wirkung der Substanzen im Mittelpunkt, denn die komplexen Wirkzusammenhänge beim Substanzkonsum lassen immer eine gewisse Einflussnahme durch die Konsumierenden und deren Umfeld zu, sodass der erzielte Effekt nie gänzlich vorhersagbar ist. Dieser hängt auch von äußeren Faktoren, wie dem Konsumort oder der Reaktion der Umgebung sowie von intrinsischen Faktoren, wie der körperlichen Verfassung und der aktuellen Stimmungslage der konsumierenden Person, ab (Barsch 2010: 19ff).

Diese vorliegende Arbeit befasst sich mit dem risikobehafteten Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen. Dazu gehört die intravenöse Applikation von zuvor in Wasser gelösten psychoaktiven Substanzen sowie der inhalative und nasale Konsum. Durch das Teilen von Konsumutensilien können Krankheitserreger übertragen werden. Durch die falsche Benutzung, insbesondere bei intravenösem Konsum, können körperliche Folgeschäden entstehen. Der Konsum findet zumeist im Rahmen der „Offenen Szene“ statt. „Offen“ wird sie genannt, weil an einem oder mehreren bestimmten öffentlichen Orten Konsum, Beschaffung und Handel stattfinden. Obwohl die Verwendung dieses Begriffs weit verbreitet ist, entbehrt er sich einer klaren Definition und muss somit als Platzhalter für die Beschreibung einer zeitlich und räumlich begrenzten Situation herhalten (Kemmesies, 1995).

In dieser Arbeit werden vor allem der Konsum von Heroin, Kokain/Crack und Methamphetamin thematisiert. In ihrer Wirkung durchaus unterschiedlich sind sie die Substanzen, welche für die hier betrachteten Konsumformen in Frage kommen. Heroin bzw. Diacetylmorphin oder Diamorphin ist ein halbsynthetisches Opioid, welches gespritzt, geraucht oder *gesnieft* (nasaler Konsum) wird. Durch den Konsum kann eine körperliche sowie psychische Abhängigkeit entstehen. Der Reinheitsgehalt von Straßenheroin ist mit durchschnittlich 9% relativ niedrig (Kamphausen, Wese, Stöver 2018: 137). Kokain wird als Kokainhydrochlorid nasal oder intravenös konsumiert, Crack ist dessen Derivat mit leicht verändertem Wirkungsmuster und wird geraucht. Generell gehören beide Substanzen zur Gruppe der Stimulanzien und können eine psychische, jedoch keine körperliche Abhängigkeit verursachen. Methamphetamin gehört zu der Substanzklasse der Amphetamine und kann nasal, inhalativ und intravenös konsumiert werden. Die stimulierenden Wirkungsmuster können psychische, aber keine körperliche Abhängigkeit hervorrufen. Die Nichtbeachtung von legalen psychoaktiven Substanzen wie Alkohol und Tabak und die damit einhergehende ungewollte Kategorisierung in legale/illegale Substanzen begründet sich nicht nur in den unterschiedlich risikohaften Konsumformen. Sie ist auch Ausdruck einer Drogenpolitik, die den Zugang zu sicherem Konsumumständen auf gewisse Substanzen beschränkt.

## **Vorgehen**

In der vorliegenden Arbeit soll das Modell eines Konsumraums ausführlich dargestellt werden und an dem Beispiel der Stadt Frankfurt a.M. die Wirksamkeit dieser Einrichtungen aufgezeigt werden. Daraufhin wird die Situation in Bezug auf die Drogenszene der Stadt Leipzig analysiert, um im Anschluss die Sinnhaftigkeit der Einrichtung eines oder mehrerer Konsumräume in Leipzig zu erörtern.

Die Vorgaben wie ein Konsumraum ausgestattet sein muss sind gesetzlich festgeschrieben, lassen jedoch auch Raum für individuelle Anpassungen. Dies ist wichtig, da sich die Anforderungen, die an solche Institutionen gestellt werden, nach den Bedürfnissen des potentiellen Klientels richten sollten. Es gibt eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen der restriktiv regulierenden staatlichen Stellen einerseits und den Ansprüchen der interdisziplinären Zusammenschlüsse andererseits. Die Nonexistenz jedweder rechtlichen Rahmenbedingungen im Land Sachsen bietet jedoch die Möglichkeit von anderen Städten zu lernen und gesammelte Erkenntnisse aus deren langjähriger Geschichte in die Etablierung einer zeitgemäßen und zukunftsweisenden rechtlichen Implementierung einfließen zu lassen. Besondere Ansprüche an Konsumräume in der Region Leipzig bezüglich Kapazitäten,

Standorte und Vielseitigkeit der Angebote werden auf Grund der Erkenntnisse aus der Analyse einer etablierten Konsumraumlandschaft in Frankfurt a.M., aber auch an anderen Orten in Europa, erörtert.

### **Ziel der Arbeit**

Die Arbeit hat das Ziel, einen Beitrag zur Debatte um die Eröffnung von Konsumräumen in Leipzig zu leisten, indem sie die Erkenntnisse aus der 25-jährigen Geschichte von Konsumräumen in der Bundesrepublik auf die lokale Ebene bezieht. Dabei soll neben den realpolitischen Anforderungen auch ein Modell der Arbeit in Konsumräumen aufgezeigt werden, wie es sich im wissenschaftlichen Diskurs als wünschenswert herausgestellt hat. Somit kann ein richtungsweisender Anstoß gegeben werden, der bei der Umsetzung erforderlicher Schritte mit einbezogen werden kann, um neue wie auch alte (aber trotzdem aktuelle) Forderungen der Professionellen auf ein Konsumraumkonzept zu übertragen.

# 1. Konsumräume

Im Feld der Drogenhilfe gibt es verschiedene Einrichtungen, die regelmäßig konsumierenden Personen dabei helfen sollen, konsumbezogene Probleme zu minimieren. Im medizinisch-therapeutischen Bereich teilen sie sich auf stationäre und ambulante Angebote auf. Im stationären Bereich wird eine Substanzabhängigkeit behandelt sowie medizinisch überwachter Entzug und Entgiftung angeboten. Oft geht der Entzug mit der Behandlung von sogenannten „psychische Störungen“ einher, die im Rahmen des Konsums und in Wechselwirkung mit der jeweiligen Substanz auftreten können. Das Annehmen dieser Angebote setzt entweder eine hohe Änderungsmotivation voraus oder geschieht im Zuge freiheitsentziehender Maßnahmen.<sup>2</sup> Die Angebote bleiben auch durch ihr Abstinenzgebot vielen Hilfesuchenden weitgehend verwehrt. Menschen, die nicht durch das Netz der sozialen Hilfen aufgefangen werden oder deren konsumbezogene Schwierigkeiten noch kein so verheerendes Ausmaß angenommen haben, soll die niederschwellige Drogenhilfe mit Beratungen zu verschiedenen konsumbezogenen Themen sowie mit schadensminimierenden Angeboten erreichen. Erstere finden oft in sogenannten Kontakt- und Beratungsstellen statt, die Hilfestellungen zur Alltagsbewältigung geben und in den Bereichen *safer-use*, Schulden, Wohnsituation, Rechtliches und Soziales beraten. Oft von den Kontakt- und Beratungsstellen ausgehend aber zum Teil räumlich getrennt existieren des Weiteren die schadensminimierenden Angebote wie Spritzentausch und medizinische Notfallversorgung. Hier lassen sich auch Konsumräume einordnen.

## 1.1. Historische Entwicklung von Konsumräumen in Europa

Seinen Ursprung hat der Konsumraum in Europa Ende der 1970er in einzelnen selbstorganisierten Projekten, die einen hygienischen und stressfreien, weil behördlich tolerierten, Konsum ermöglichten. Diese Einrichtungen gingen jedoch an ihrer fehlenden Rechtssicherheit zu Grunde. Kurz darauf konnte das Scheitern geduldeter Einrichtungen in den Niederlanden auf Grund von Leitungsproblemen beobachtet werden. Der erste reguläre Konsumraum eröffnete 1986 in Bern, gefolgt von weiteren Schweizer Städten. Die ersten erfolgreichen Konsumräume in Deutschland wurden 1994 in Frankfurt a.M. und Hamburg eröffnet, befanden sich jedoch bis zu einer Gesetzesänderung im Jahr 2000 in einer rechtlichen Grauzone (vgl. Preusse 1998; Zurhold, Kreuzfeld, Degwitz, Verthein 2001).

---

<sup>2</sup> Laut §35 BtMG kann unter gewissen Voraussetzungen von einer Strafe abgesehen werden, wenn stattdessen eine Therapie durchgeführt wird.



Heute existieren 24 Konsumräume in Deutschland (Deutsche AIDS-Hilfe 2016). Im folgenden Abschnitt soll das Konzept von Konsumräumen erläutert werden.

## **1.2. Das Konsumraumkonzept**

Konsumräume sind Einrichtungen der niederschweligen Drogenarbeit, die den hygienischen und stressfreien Konsum von psychoaktiven Substanzen ermöglichen. Sie haben jedoch auch den Anspruch, Konsumierenden, welche bis dahin noch nicht von Hilfestrukturen erreicht wurden, eine unkomplizierte Kontaktmöglichkeit zu bieten. Konsumräume sind deshalb oft als weiteres Angebot aus bereits bestehenden Kontakt- und Beratungsstellen entstanden. Der § 10a BtMG bildet zusammen mit einer Rechtsverordnung des jeweiligen Bundeslandes, die das Genehmigungsverfahren regelt, die rechtliche Grundlage von Konsumräumen. Im § 10a Abs. 2 BtMG werden Mindeststandards, die jeder Konsumraum erfüllen muss, festgehalten. Neben der Forderung einer „Zweckdienlichen Ausstattung“, die vor allem den hygienischen Aspekt beleuchtet, werden hier auch die angegliederten Hilfen aufgeführt. Zum einen muss eine medizinische Notfallversorgung gewährleistet sein, sollte trotz der ebenfalls geforderten medizinischen Beratung zur Risikominimierung ein konsumbezogener Notfall eintreten. Neben der medizinischen Beratung sind auch psychosoziale Beratungsangebote, vor allem ausstiegsorientierte Behandlungs- und Therapieangebote, bereitzuhalten. Des Weiteren sollen Straftaten (ausgenommen hiervon ist der Eigenverbrauch von Betäubungsmitteln in geringer Menge nach § 31a Abs. 1 Satz 2) in den Räumlichkeiten verhindert werden. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Behörden, da auch „Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Konsumräume soweit wie möglich“ verhindert werden sollen (§ 10a Abs. 2 Satz 2 Nr. 6). Der § 10a BtMG setzt voraus, dass in einem Antrag zur Eröffnung eines Konsumraums festgehalten werden muss, wer zu den Räumlichkeiten Zutritt hat und wie dort konsumiert werden darf. Spezielle Voraussetzungen wie Mindestalter, Konsumformen oder Substanzbeschränkungen können durch die länderspezifische Rechtsverordnung geregelt werden. Jede Einschränkung schließt jedoch Menschen vom hygienischen und stressfreien Konsum aus und führt dazu, dass sie woanders konsumieren. So sieht EPPPLER (2008) hier einen Widerspruch, da zwar medizinische Beratung und Risikominimierung zentrale Forderungen sind, jedoch die Gruppe, die am ehesten *safer-use* Richtlinien beigebracht bekommen muss, nämlich die unerfahrenen Konsumierenden, vom Gebrauch des Raumes ausgeschlossen sind (Eppler 2008: 43). Ähnliches gilt auch für Menschen in Substitutionsbehandlung, ihnen wird oft der Zugang verwehrt (Hedrich 2004: 79). Als Zugangsvoraussetzung ist eine

Registrierung vorzunehmen, die auch zu Dokumentationszwecken stattfindet. Als Beispiel sei hier die Dokumentation der Frankfurter Konsumräume aufgeführt. In den Konsumräumen werden den Konsumierenden individuelle, nicht auf sie zurückführbare Nummern gegeben, um eine Evaluation des Konsum- und Besuchverhaltens zu ermöglichen. So können in den jährlichen Konsumraumberichten Konsumtrends frühzeitig erkannt werden und Angebote entsprechend nachjustiert werden. Bei erhöhtem Konsumaufkommen können dann Öffnungszeiten angeglichen werden und gegebenenfalls weiteres Personal eingestellt werden. Wer in einem Konsumraum arbeitet, muss laut Gesetz „persönlich zuverlässig“ sein und die vorgenannten Voraussetzungen fachliche ausführen können. So ist es von Vorteil, an medizinischen Weiterbildungsangeboten teilgenommen zu haben, um im Falle einer Überdosierung professionell Handeln zu können.

Konsumräume gehen oftmals aus einer bereits existierenden Beratungsstelle hervor, die nach der Implementierung der Rechtsverordnung ihre Angebotspalette erweitern konnten, um den Hilfebedarf zuvor nicht erreichten Klientels abzudecken. In der Regel werden Konsumräume von medizinischen Trägern betrieben. Sie werden unabhängig von der Anzahl an Kontaktaufnahmen und Konsumvorgängen aus dem Sozialetat der jeweiligen Kommune finanziert (Hermanns 2017: 31).

### **1.3. Anforderungen an einen Konsumraum und seine Einbindung in den Sozialraum**

Die 24 Konsumräume in Deutschland unterscheiden sich zusätzlich zu den rechtlich vorgeschriebenen Voraussetzungen in ihrem Ablauf und ihrer Einrichtung. Sie bieten Plätze zum intravenösen und zum Teil auch inhalativen und nasalen Konsum von mitgebrachten psychoaktiven Substanzen. Die Anzahl der verfügbaren Plätze liegt zwischen 3 und über 15 Plätzen zum intravenösen Konsum und wenn vorhanden meist etwa 5 Plätze zum Rauchen (Hedrich 2004: 20). Oftmals wird den Konsumierenden der Besuch auf 15 bis 30 Minuten beschränkt, um langen Wartezeiten bei erhöhtem Anlauf entgegenzuwirken. Auch die Öffnungszeiten zwischen 3,5 und 12 Stunden am Tag orientieren sich an dem lokalen Bedarf (Köthner 2010: 22). Es wurde analysiert, dass einer der wichtigsten Gründe des Klientels einen Konsumraum nicht aufzusuchen unpassende Öffnungszeiten sind (Springer 2003: 56). Deshalb konnten verlängerte Öffnungszeiten einer Einrichtung in Hamburg den öffentlichen Konsum signifikant verringern (Hedrich 2004: 37). Die im Gesetzestext erwähnte zweckdienliche Ausstattung wird oftmals so ausgelegt, dass der Raum, in dem die

Konsumvorgänge stattfinden, vor allem hygienisch zu sein habe. Dies führt dazu, dass die Einrichtung von vielen Räumen eine sterile Atmosphäre aufweist. Weiße Fliesen an der Wand und auf dem Boden sowie Einrichtungsgegenstände aus Edelstahl könnten auch mit Totalen Institutionen wie Gefängnissen assoziiert werden. Um dem entgegenzuwirken ist auf die Einrichtung der Konsumräume zu achten. Dazu gehören bequeme Konsumplätze, die weiterhin die Hygienestandards erfüllen, ebenso wie eine angenehme Raumgestaltung, um den Konsumraum zu einem Ort zu machen, an dem sich die Konsumierenden wohlfühlen und den sie anderen Konsumumständen vorziehen. Eine weniger abschreckende Einrichtung könnte Konsumierende zum Verweilen einladen, was zu einer höheren Kontaktaufnahme und Inanspruchnahme weiterführender (ausstiegsorientierter) Hilfen führen könnte (vgl. Schäffer 2000; Truttmann 2005: 44).

Der Konsumraum sollte in seiner Zugänglichkeit einen Sozialraumbezug haben. Gemeint sind damit eine gewisse szenenähe, aber auch eine Orientierung an der Lebenswelt der Konsumierenden (vgl. Schneider 2004: 15; Köthner 2010: 24). Ein Konsumraum ist ein öffentlicher Ort und benötigt neben den zweckbedingten Räumlichkeiten Warteplätze und Sanitäreinrichtungen. Dem oftmals in prekären Wohnverhältnissen lebenden Klientel angepasste Angebote wie Waschmaschinen, Duschen und Internetzugang erhöhen die Verweildauer der Konsumierenden und bietet somit eine erhöhte Möglichkeit der Kontaktaufnahme. In einigen Konsumräumen gibt es Essensangebote. In unmittelbarer räumlicher Nähe zu dem Empfangsbereich und den Konsumplätzen, jedoch klar davon abtrennbar, sollte es einen oder mehrere Beratungsräume geben, um bei Interessensbekundung direkt Beratungen durchführen zu können. Die Sichtung der psychoaktiven Substanzen, welche eine gewisse Prüfung der konsumierten Substanzen bewirken, stellt jedoch keine wirkliche Kontrolle dar. Hier würden Drug-Checking-Programme Abhilfe schaffen, die zur Zeit keine legale Grundlage in Deutschland besitzen.<sup>3</sup> Hierbei werden die mitgebrachten Substanzen auf Wirkstoffgehalt und Verunreinigungen getestet und im Anschluss zum Konsum an die konsumierende Person zurückgegeben. Auf diese Weise können versehentliche Überdosierungen bei einem unerwartet hohen Wirkstoffgehalt verhindert werden und Gesundheitsrisiken durch Verunreinigungen erkannt werden.

Trotz aller Maßnahmen zur *harm-reduction* besteht eine erhöhte Unfallgefahr in Konsumräumen im Vergleich zu anderen sozialen Einrichtungen. Ein ständiger Kontakt zur

---

<sup>3</sup> Einen ersten Ansatz bietet das Substanzmonitoring in Konsumräumen. Bei diesem Projekt in Frankfurt a.M. wurden Rückstände an Konsumutensilien aus Konsumräumen auf ihre Inhaltsstoffe analysiert, um ein grobes Bild der sich im,lauf befindenden Substanzen zu erstellen. (Stadt Frankfurt, 2018)

Rettungsstelle der Feuerwehr sollte gewährleistet sein, um im Falle einer Notfallsituation, die neben der Intervention des fachlich geschulten Personals externe Notfallversorgung benötigt, Wartezeiten auf ein Minimum zu beschränken. Dazu gehört auch die einfache Zugänglichkeit der Räumlichkeiten, um den Krankentransport nicht durch Treppen, enge Durchgänge oder versperrte Wege zu behindern (Schneider 2002: 16).

Das Klientel von Konsumräumen nimmt eine regelmäßige medizinische Untersuchung nur begrenzt wahr. Deshalb ist es sinnvoll, in Konsumräumen niederschwellige Untersuchungsangebote anzubieten. Dazu können neben allgemeinmedizinischer Beratung auch Wundversorgung sowie zahnmedizinische Angebote gehören.

Die Frage nach professionellen Standards und der Qualitätssicherung ist ein wertvolles Instrument zur Etablierung von Konsumräumen und wird seit der Einführung des § 10a BtMG immer wieder gestellt. Sowohl bei der Erstellung des Konzeptes, als auch bei der Einbindung in das lokale Hilfesystem und das lokale Umfeld, ist die gleichberechtigte Einbeziehung der Anforderungen an die Qualitätssicherung wichtig. Diese Anforderungen werden von der Auftrag gebenden Instanz (Parlament/Regierung), denen, die das Angebot nachfragen (die Hilfesuchenden) sowie den Fachdisziplinen (Wissenschaft, Fachverbände) und der (un-)mittelbaren öffentlichen Umgebung, bzw. dem regionalen Umfeld formuliert (Bossong 2000). Neben der Etablierung einer entsprechenden Rechtsverordnung muss vor der Eröffnung von Konsumräumen also auch eine Dialogplattform zwischen den vier Instanzen eingerichtet werden. Das Fehlen ausreichender Kommunikation ist die größte Schwachstelle bei der erfolgreichen Etablierung von Konsumräumen und hat schon zu Schließung, bzw. Standortsschwierigkeiten geführt (JES-Bundesverband 2012).

#### **1.4. Der Konsumvorgang im Konsumraum**

Beim Eintritt wird das Zutreffen der je nach Räumlichkeiten variierenden Zugangsvoraussetzungen abgefragt. Je nach Hausordnung werden das Alter, die Konsumerfahrenheit, anderweitige Intoxikation oder Wohnort überprüft<sup>4</sup>. Gegebenenfalls findet auch eine Sichtung der mitgeführten Substanzen statt. Daraufhin wird steriles Konsumzubehör, wie z.B. Spritzen, Kanülen, Löffel, Filter, Abbinder und Röhrchen ausgegeben. Der Konsum mittels mitgebrachtem Spritzbesteck ist in allen Konsumräumen untersagt, um Infektionen durch unhygienisches Spritzbesteck zu verhindern. Im eigentlichen

---

<sup>4</sup> In der Fachliteratur wird die Beschränkung der Zugangsberechtigung über Alter, Intoxikation oder Substitutions-Therapiestatus durchaus kritisch gesehen. (vgl. Mohnert 2004; Schäffer 2015; Schneider 2004)

Konsumraum angekommen, haben die Konsumierenden nun die Möglichkeit, ohne widrige Konsumumstände, wie das Verstecken des Konsums oder behördlicher Verfolgung und mit der Gewissheit einer hygienischen Umgebung in der ihr Konsum akzeptiert wird, die mitgebrachten Substanzen zu konsumieren. Der Konsumvorgang wird durch eine anwesende Fachkraft observiert, um im Fall von akutem Hilfebedarf einschreiten zu können. Konsumräume sind daher immer mit Beatmungsgeräten und dem Medikament Naloxon ausgestattet, das bei einer Opioid-Überdosierung die Aufnahme der Substanz an den jeweiligen Rezeptoren inhibiert und die atemdepressive Wirkung aufhebt. Oft reicht eine Beatmung aus, jedoch kann im Notfall die Zeit bis zum Eintreffen des Notdienstes überbrückt werden, was dazu führte, dass bisher in keinem Konsumraum jemals ein Todesfall durch den Konsum einer Substanz registriert wurde.

### **1.5. Das Potenzial von Konsumräumen**

Mit Aufkommen der akzeptierenden Drogenarbeit am Ende des 20. Jahrhunderts konnten sich zunächst Angebote wie die Substitutionstherapie etablieren, die durch Medikamente wie Methadon ein Straßenopioidkonsumfreies Leben ermöglichen kann. Die Medikamentenpalette hat sich stetig weiterentwickelt und bietet heutzutage viele Varianten von Medikamenten, die eine genaue und individuelle Einstellung der Therapie ermöglichen. Seit der Implementierung des Diamorphin-Gesetzes von 2009 können Menschen, bei denen eine besonders schwere Opiat-Abhängigkeit diagnostiziert wurde, mit synthetischem Heroin substituiert werden. Der gedankliche Schritt zum Konsumraum ist hier nicht mehr weit, darf doch das Substitut Diamorphin auch nur unter medizinischer Aufsicht verabreicht werden. Die Vorteile eines Konsumraums liegen jedoch nicht nur in der individuellen Gesundheit der Konsumierenden, es lassen sich auch gravierende Vorteile für die nähere Umgebung offener Drogenszenen feststellen, die im Weiteren dieser Arbeit in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt werden.

Argumente die eine vorherrschenden Meinung entkräften können finden sich nicht auf der individuellen Ebene. Das Interesse an der Gesundheit von Zugehörigen einer marginalisierten und stigmatisierten Gruppe ist selten Motivation für einen Paradigmenwechsel in der Lokalpolitik. Dieser kann jedoch mit Argumenten, welche die Verbesserung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung betreffen, erzielt werden. Dennoch liegt das Individuum seit jeher im Zentrum des akzeptanzorientierten Ansatzes, weshalb auch diese Argumentationslinie hier zunächst beschrieben wird.

### 1.5.1. Vorteile für die konsumierende Person

„Es ist anzunehmen, dass die fehlenden Druckräume in Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen zu der Ausbreitung von Hepatitis C beitragen.“

(Hermanns 2017: 40)

Die Etablierung der akzeptierenden Drogenarbeit hat ihre Wurzeln unter anderem in der AIDS-Epidemie der 80er und 90er Jahre des 20. Jahrhunderts. Es hat sich gezeigt, dass das abstinenzorientierte Hilfesystem den Konsumierenden weder präventiv noch intervenierend helfen konnte. Hier zeigt sich der Hang der Gesellschaft, Probleme erst dann anzugehen, wenn sie in ihrem Ausmaß schon tragische Dimensionen angenommen haben (Schabdach 2009: 194). Analog zu *safer-sex* Instruktionen wurden *safer-use* Vorschriften entwickelt und unter die Konsumierenden gebracht. Es ist allgemein bekannt, dass das Teilen von Spritzen und Kanülen das Übertragungsrisiko von Infektionskrankheiten erhöht. Weniger bekannt ist jedoch, dass auch das Teilen von weiterem Konsumzubehör, wie Löffel und Filter zur Übertragung von Hepatitisviren führen kann. Viruserkrankungen sind jedoch nur ein Teil der konsummethodenbezogenen Risiken, so kann intravenöser Konsum auch zu Abszessen oder Nekrosen oder zu Überdosierungen führen. Durch die Anwesenheit des Personals können Konsumräume die Mortalität bei intravenösem Konsum verringern (Hermanns 2017: 38). Die Verwendung von bereits benutztem oder ungeeignetem Zubehör (Insulin-Spritzen/einteiliges oder ungeschliffenes Spritzbesteck) birgt die Gefahr von weiteren Verletzungen. Die Vermeidung dieser Risiken ist ein Ziel von Konsumräumen, einhergehend mit der Möglichkeit, Hilfebedarf durch bereits eingetretene Problemsituationen professionell, d.h. medizinisch oder sozialarbeiterisch, zu erkennen. Durch die strengen Regeln in Bezug auf das Teilen von Konsumutensilien ist eine Übertragung von Krankheitserregern quasi ausgeschlossen. Weder das gegenseitige Injizieren, noch das sogenannte *needle-sharing* wird in Konsumräumen geduldet und wird durch die Aufsicht meist durch ein Hausverbot auf bestimmte Zeit sanktioniert (Truttmann 2005: 40; Robert Koch-Institut 2016: 60).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Hier entsteht ein Widerspruch zu dem akzeptanzorientierten Ansatz, der Grundlage von Konsumräumen ist. Hausverbot als Sanktionsmaßnahme bei Fehlverhalten führt nur dazu, dass wieder außerhalb des Konsumraums konsumiert wird, jedoch unter solchen Bedingungen, welche der Konsumraum versucht zu vermeiden (vgl. Tschirner 2000: 21; Truttmann 2005: 41).

Die Nutzung eines Konsumraums hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit der Konsumierenden. Sie bietet – und ist dazu auch gesetzlich verpflichtet – weiterführende Angebote an, die den Konsumierenden Alltagsbewältigungsstrategien an die Hand geben. Der Aufenthalt in einem Konsumraum birgt in sich eine Art soziale Kontrolle. Es besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hilfestellungen zur Bewältigung sozialer Verpflichtungen, wie z.B. Schuldenberatung und Beratungen zu Amtskommunikation, was den Konsum auf eine sozial integrierbare Ebene heben kann. So kann z.B. der gemeinsame Kontakt von Klientel und Sozialarbeitenden zu Institutionen wie dem Jobcenter oder juristischen Behörden eine stabilisierende Wirkung auf den Alltag der Konsumierenden haben. Da der Konsumraum je nach Einrichtung den Nutzenden Zugang zu Waschmaschinen und Duschen verschafft, kann das eigene Körpergefühl sowie die Außenwirkung der Konsumierenden verbessert werden. Der Zugang zu sozialen Interaktionen kann hierdurch erleichtert werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch gesundheitliche Vorteile, einfacheren Zugang zu Hilfestrukturen und die sozial stabilisierende Wirkung von Konsum in einem interaktiven Rahmen mit regelmäßigen Kontakten außerhalb der Szene ein Weg zurück zu einem selbstbestimmten, risikoarmen und sozial-integrierten Konsum gefunden werden kann. Fest steht, dass die Konsumumstände und deren Folgen in einem Konsumraum verbessert werden und falls nötig sozialarbeiterisch begleitet werden.

### **1.5.2. Vorteile für die Gesellschaft**

Die Vorteile, die ein Konsumraum seiner Umgebung bieten kann, befinden sich zum einen auf einer sozialräumlichen Ebene, zum anderen greifen sie in die Struktur gewisser Gesellschaftsmechanismen ein. Risikobehaftete Handlungen und Situationen werden an einen sicheren Ort verlegt. Die ordnungspolitische Wirkmacht von Konsumräumen gilt in der Fachliteratur als unbestritten (Truttmann 2005: 56). Das Konzept von Konsumräumen wird so auf die Umgebung abgestimmt, dass die Spuren von risikobehaftetem Konsum, die auch andere betreffen können, im Rahmen des Möglichen aus der Öffentlichkeit verdrängt werden. Es ist jedoch nicht möglich alle Konsumvorgänge einer Szene in einen Konsumraum zu verlagern. Diese, oftmals von Anwohnenden formulierte Erwartung, gilt es bei der Etablierung eines Konsumraums zu thematisieren, um einer Ablehnungshaltung durch die Nichterfüllung zu hoher Erwartungen entgegenzuwirken. Des Weiteren lassen sich Vorteile darin sehen, dass die Verelendung einer Gruppe soweit wie möglich Einhalt geboten wird. Dadurch können öffentliche Ausgaben für Behandlung und Rehabilitation verringert werden.

Wie bereits erwähnt, kann ein Konsumraum zwar in gewissem Maße die Situation entspannen, er kann jedoch nicht als Universallösung für alle drogenbezogenen Konflikte herhalten. Der Wirkungsbereich von Konsumräumen befindet sich im Kontext einer repressiven und illegalisierenden Drogenpolitik nur auf einer problemregulierenden Ebene. Er stellt eine Art Kontrollbereich dar, der ein unumgängliches Phänomen unter die regulierende Bewachung einer öffentlichen Stelle bringt. Für Polizei und Politik ist damit der gewünschte Effekt erzielt: problematischer Konsum verschwindet aus dem öffentlichen Bild. Für die akzeptierende Drogenarbeit kann hier jedoch kein Schlussstrich gezogen werden, da sie ihrem Anspruch der Normalisierung des Konsums und Autonomisierung der Konsumierenden nicht gerecht werden kann. Vor allem die Illegalisierung der Substanzen bewirkt eine ständige Veränderung des Wirkstoffgehalts und den beigemengten (Streck-) Mitteln. Der kann auch ein Konsumraum nur eine überwachende und keine präventive Praxis entgegenhalten kann. Eine zentrale Forderung der politischen Ebene der akzeptierenden Drogenarbeit, die sich am Beispiel von Konsumräumen verdeutlichen lässt, ist die gescheiterte Drogenprohibition zu beenden (Truttmann 2005: 45 u. 54).

## **1.6. Rechtliche Situation von Konsumräumen**

Was in Konsumräumen Alltag ist, steht an anderen Orten im Konflikt mit der etablierten Drogenpolitik. Konsumräume und ihr näheres Umfeld könnten den Ordnungsbehörden eine einfache Möglichkeit geben Ermittlungserfolge zu inszenieren und Aufklärungsraten öffentlichkeitswirksam hochzuschrauben. Zum Zweck der Niederschwelligkeit wird, in Absprache mit der Einrichtung, davon abgesehen Personenkontrollen oder überwachenden Tätigkeiten durchzuführen. Der Besitz von „Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch“ wird innerhalb der Einrichtung geduldet, bzw. nicht verfolgt, da sonst das zentrale Angebot einer Möglichkeit zum hygienischen und stressfreien Konsum nicht mehr umsetzbar wäre (§ 10a BtMG Abs. 2 Nr. 5). Um diese Absprachen rechtlich zu sichern, gilt es als betreibender Träger eines Konsumraums, die Auflagen, die im Bundes- und Landesrecht festgehalten sind, sorgfältig umzusetzen.

Das International Narcotics Control Board, als eine unabhängige Kontrollstelle, die über die Einhaltung internationaler Abkommen zur Drogenkontrolle wacht, sah 2014 noch Probleme mit der Übereinstimmung des Konzepts „Konsumraum“ und seinen Bestimmungen. Im Bericht 2017 wurde dagegen bereits festgestellt, dass Konsumräume durchaus ihre Berechtigung in der internationalen Drogenpolitik haben, sofern sie weiterführende Hilfen



vermitteln (International Narcotics Control Board 2015: 85; International Narcotics Control Board 2018: 118). Dieser Paradigmenwechsel einer legislativ-überwachend arbeitenden internationalen Behörde ist richtungsweisend für eine moderne Drogenpolitik und sollte von der lokalen Gesetzgebung beachtet werden.

Der Konsumraumalltag hat einige Berührungspunkte mit Situationen, die außerhalb dieses Kontextes als strafrechtlich relevant oder zumindest ordnungswidrig eingestuft werden könnten. Es bedarf deshalb einer umfangreichen rechtlichen Einbettung der Einrichtung und einer klaren Verteilung von Aufgaben und Verantwortungsbereichen sowie einer unmissverständlichen Absprache, inwiefern polizeiliche Intervention als nötig erachtet wird und wo sie zu unterlassen ist.

### **1.6.1. Verankerung im Bundesrecht**

Seit dem 28. März 2000 regelt der in einer Änderung des BtMG eingeführte § 10a BtMG die rechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb eines Konsumraums. Vorher operierten die entsprechenden Einrichtungen ohne eine klare rechtliche Grundlage. Im § 10a Abs. 1 wird die Entscheidung über die Eröffnung eines Konsumraums in die Verantwortung der Landesregierungen gelegt. Der § 10a Abs. 2 ermächtigt eine Landesregierung mittels einer Rechtsverordnung die Genehmigung für das Betreiben eines Konsumraums zu erteilen, sofern die bundeseinheitliche Mindeststandards, welche an gleicher Stelle festgehalten sind, erfüllt werden. Es ist also die Aufgabe der Kommunen, den Bedarf festzustellen, und die Aufgabe der Landesregierung, auf die Bedürfnisse der Kommunen zu hören und dementsprechend zu handeln und eine entsprechende Rechtsverordnung nach Expertenmeinung entweder zu implementieren oder zu aktualisieren. Die Haltung des Bundesministeriums für Gesundheit ist seit Jahren klar:

„Die Bundesregierung und die Mehrheit der Länder halten die Einrichtung von Drogenkonsumräumen an bestimmten Orten für dringend notwendig [...].“

(Michels 2000: 9)

### **1.6.2. Verankerung im Landesrecht**

Es liegt also in der Hand der Landesregierungen, in einer Rechtsverordnung die Möglichkeit zur Genehmigung einer Betriebserlaubnis für einen Konsumraum zu etablieren. In dieser

Rechtsverordnung werden die bereits erwähnten Mindeststandards bzw. Voraussetzungen genauer definiert. Die Rechtsverordnungen bieten die Möglichkeit, nach eingehender Analyse der lokalen Anforderungen, ein maßgeschneidertes Regelwerk vorzulegen, um eine bestmögliche Umsetzung und Annahme des Angebots durch die Konsumierenden und durch den Sozialraum zu gewährleisten (vgl. Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen 2019).

Durch den §10a BtMG und die Formulierung von Rechtsverordnungen Anfang der 2000er erhielten bereits existierende Konsumräume eine stabile rechtliche Grundlage. Mit zunehmender Erfahrung, einer fortschreitenden Professionalisierung und Etablierung im Hilfesystem wurde eine positive Erfolgsentwicklung festgestellt werden. Im folgenden Kapitel wird der zukunftsweisende „Frankfurter Weg“ aus Frankfurt a.M. gezeigt, welcher bundesweit zur Galionsfigur moderner Drogenpolitik wurde.

## **2. Das Beispiel Frankfurt a.M.**

Die Stadt Frankfurt a.M. hat als Reaktion auf eine katastrophale Situation bezüglich des Substanzkonsums in den 1990er Jahren neuen Arbeitsweisen in der Drogenhilfe etabliert. Der sogenannte „Frankfurter Weg“ beruht auf Kooperation und Akzeptanz nicht nur gegenüber den Konsumierenden, sondern auch unter den Akteuren der Drogenpolitik. So findet ein regelmäßiges Treffen der involvierten Institutionen statt, welches sich als „Drogenreferat“ um die jeweiligen Belange der vier Säulen der Drogenpolitik kümmert. Mitarbeitende von sozialarbeiterischen (Therapie-) Einrichtungen und Ordnungsbehörden vertreten die Teilbereiche Prävention, Therapie, Repression und Schadensminimierung. Durch die Implementierung neuartiger Hilfen und die Bereitschaft neue Wege zu gehen, konnte z.B. die Zahl der Drogentoten in Frankfurt a.M. seit 1991 innerhalb eines halben Jahrzehnts von 147 in dem Jahr auf jährlich 20 bis 40 in den letzten 20 Jahren gesenkt werden (Stadt Frankfurt 2019).

### **2.1. Die Frankfurter Drogenpolitik**

Das Land Hessen hat erstmalig am 10.09.2001, etwa 18 Monate Jahre nach dem Inkrafttreten des § 10a BtMG, die „Verordnung über die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ (DrogKRaumV) erlassen (Landesregierung Hessen 2001). Sie orientiert sich strukturell an den im § 10a Abs. 2 BtMG festgehaltenen Vorschriften und formuliert diese konkret aus. So ist der Kreis der Nutzenden effektiv auf Volljährige beschränkt, da die Rechtsverordnung eine Kommunikation mit dem Jugendamt vorsieht, falls Minderjährige in einem Konsumraum psychoaktive Substanzen konsumieren wollen und keine Erlaubnis der Erziehungsberechtigten haben. Somit ist die Niederschwelligkeit für diese Gruppe aufgehoben. Nur 0,5 % der Konsumraumnutzenden sind unter 19 Jahren alt (Stöver, Förster 2018: 62). Gleichsam sind Alkoholisierte, Erstkonsumierende und Menschen „denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Verabreichung erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt“ von der Benutzung ausgeschlossen. (§ 9 DrogKRaumV). Diese Einschränkungen gelten in den meisten Bundesländern, halten aber die Betroffenen zumeist nicht vom Konsum ab, weshalb eine Diskussion über die Streichung solcher Zugangsvoraussetzungen geführt wird (Schäffer 2015). Aufgrund der Metropoldynamik hat Frankfurt a.M. als einzige Stadt Hessens Konsumräume in ihrer Drogenhilfe etabliert. Etwa 60% der Nutzenden sind nicht in der Stadt wohnhaft. Der Erfolg dieser Drogenpolitik führte

zu einem positiven Blick der Beteiligten auf die akzeptierende Drogenarbeit (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2011: 123f).

## **2.2. Die Frankfurter Drogenszene**

Im nachfolgenden Abschnitt soll die sogenannte „offene Drogenszene“ Frankfurts, zu der intravenös Konsumierende und damit potentiell Klientel der Konsumräume hauptsächlich gehören, betrachtet werden. In Frankfurt a.M. gilt das Bahnhofsviertel als zentraler Treffpunkt. Gänzlich offen ist die Szene jedoch nicht, denn es versteht sich von selbst, dass nur der sichtbare Teil der Lebensrealitäten der zu dieser Szene gezählten Menschen betrachtet werden kann. Auf Grund der repressiven Natur der Drogenpolitik findet ein Großteil der Interaktionen außerhalb eines beobachtbaren, geschweige denn quantifizierbaren, Rahmens statt. In Frankfurt a.M. werden die lokalen Gegebenheiten von verschiedenen fortlaufenden Studien und Dokumentationen untersucht. Dazu gehört eine quantitative jährliche Dokumentation der Konsumraumbesuche sowie eine qualitative zweijährliche Studie über Trends in den verschiedenen Bereichen des Substanzkonsums (MoSyD-Studie). Die Verdrängung Konsumierender aus ihrem gewohnten Umfeld durch Gentrifizierung führt in Frankfurt zu einer Zentralisierung der Szene (Kamphausen, Werse, Klaus, Sarvari 2018: 25).

### **2.2.1. Größe der Frankfurter Drogenszene**

Genaue Zahlen, wie viele Menschen intravenös konsumieren lassen sich weder bundesweit noch lokal, hier bezogen auf Frankfurt a.M., errechnen. Statistiken wie die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) scheitert an einer großen Dunkelziffer, deren Existenz z.B. darüber erkennbar wird, dass 40% aller Drogentoten vorher nicht als Konsumierende erfasst waren (Eppler 2008: 47). Die Ermittlung der Größe einer lokalen Szene ist nicht nur zu Vergleichszwecken äußerst interessant, es lässt sich so auch ein viel konkreteres Hilfsangebot planen. Die Polizeistatistik zählte im Jahr 2017 611 Delikte im Zusammenhang mit Heroin und 1747 Fälle im Zusammenhang mit Kokain/Crack (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2019). Durch seine führende Rolle in der langjährige Geschichte der akzeptierenden Drogenarbeit hat Frankfurt a.M. den Vorteil gegenüber vielen anderen Orten, an denen Konsumräume betrieben werden, dass viele professionelle Institutionen die Konsumraumlandschaft genau dokumentieren. Der jährlich erscheinende Konsumraumbericht des Drogenreferats der Stadt Frankfurt a.M. zeichnet in seinem Umfang

und seiner Beständigkeit ein akkurates Bild der sich ständig verändernden Konsumumstände und -gegebenheiten. Es wurden 2017 4.649 Personen gezählt, die in Frankfurt a.M. einen Konsumraum aufgesucht haben und insgesamt 191.015 Konsumvorgänge durchgeführt haben. Nur etwa 40% der Nutzenden sind in Frankfurt a.M. wohnhaft, gleichzeitig ist dies die Gruppe mit der höchsten Nutzungsfrequenz (Stöver, Förster 2018).

### **2.2.2. Bevorzugte Substanzen und Konsumformen**

In Frankfurt a.M. wird Heroin vor allem der offenen Szene zugeordnet. Außerhalb dieser spezifischen Gruppe findet diese Substanz kaum Verbreitung. In der MoSyD-Studie, die das Konsumverhalten der Frankfurter Bevölkerung untersucht, wird berichtet, dass unter Jugendlichen Heroin eine große Ablehnungshaltung entgegengebracht wird. (Kamphausen, Wese, Klaus, Sarvari 2018: 16). Daraus ist zu schließen, dass Konsumierende eher in einer höheren Altersklasse anzusiedeln sind, was sich auch im Altersdurchschnitt der Konsumraumnutzenden widerspiegelt. Das Durchschnittsalter liegt hier bei 39 Jahren und nur 4% der Nutzenden sind jünger als 25 Jahre (Stöver, Förster 2018: 13 u. 61). Auch in der DRUCK-Studie zur Prävalenz von Infektionskrankheiten unter intravenös Konsumierenden wurde das höchste Durchschnittsalter der Frankfurter Szene zugeordnet (Robert Koch-Institut 2016: 39). Viel verbreiteter ist jedoch der Gebrauch von Crack. Zuletzt hat die Bedeutung inhalativen Konsums in Frankfurter Konsumräumen zugenommen. Durch die Einrichtung von weiteren Rauchräumen in existierenden Konsumräumen wird eine weitere Gruppe Konsumierender angesprochen. In der MoSyD-Studie wurde festgestellt, dass der Konsum anderer Substanzen wie Benzodiazepin, Alkohol, Cannabis aber auch Amphetamin und Fentanyl in dieser Szene eine eher untergeordnete Rolle spielen. Auch im Städtevergleich liegt Frankfurt beim Mischkonsum mit Alkohol am unteren Ende der Liste (Robert Koch-Institut 2016: 42). Methamphetamin und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) werden hier vermutlich wegen der Verbreitung von Crack nicht konsumiert (Kamphausen, Wese, Klaus, Sarvari 2018: 29). Die DRUCK-Studie zeigt, dass die Verwendung von benutzten Konsumutensilien in Frankfurt unter den Teilnehmenden nicht sehr verbreitet ist. Unsterile Nadeln bzw. Spritzen werden nur von 3% der Konsumierenden genutzt und nur von 2% weitergegeben. Dies impliziert einen ausreichenden Zugang zu sterilen Konsumutensilien. 86% bezogen ihre Konsumutensilien von Konsumräumen und Beratungsstellen (Robert Koch-Institut 2015b: 45).

### **3. Die Situation in Leipzig**

Ziel dieser Arbeit ist, neben der Darstellung der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit, wenn nicht sogar Notwendigkeit des Angebotes eines Konsumraums in Regionen mit einer signifikanten Anzahl intravenös Konsumierenden, speziell die Betrachtung der Situation in Leipzig im Hinblick auf risikobehaftete Konsumformen. Zunächst werden einzelne Positionen aus der Politik zusammengetragen und ausgewertet, um im Anschluss die Situation in Leipzig im Hinblick auf potentiell Klientel von Konsumräumen zu betrachten.

#### **3.1. Die Leipziger Drogenpolitik**

Wie bereits erwähnt, obliegt die Schaffung der Voraussetzungen zur Genehmigung von Konsumräumen der jeweiligen Landesregierung. Unter der CDU-dominierten Landespolitik der letzten 28 Jahre konnte jedoch auch in neuerer Zeit keine Entwicklung zu einer realitätsbezogenen Drogenpolitik in Sachsen beobachtet werden. Es bleibt stattdessen bei Absichtserklärungen, die keine Verbindlichkeitsformulierungen beinhalten. So erklärt das Koalitionspapier von der Christlich Demokratischen Union (CDU) und der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD): “Wir setzen uns auf Bundesebene dafür ein, dass rechtliche Hindernisse bei der fachlich für notwendig erachteten Zusammenarbeit beseitigt werden“ (CDU Landesverband Sachsen, SPD Landesverband Sachsen 2014: 64).

Auf Konsumräume bezogen benötigt die Landesregierung eine Bedarfserklärung der Kommunen, um die entsprechende Rechtsverordnung zu formulieren. Der Bürgermeister für Soziales, Prof. Dr. Thomas Fabian, sah im Jahr 2017 keinen Bedarf für Konsumräume in Leipzig (Stadtrat Leipzig 2017: 37). Er befand das Spritzentausch-Programm der Beratungsstellen und den Einsatz von Straßensozialarbeitenden, die Spritzentausch anbieten für ausreichend. Das Aufstellen von Spritzenentsorgungsbehältern an szenespezifischen Orten komplettiere das Angebot. Trotz Beschwerden über die Verschmutzungen durch benutztes Spritzbesteck durch Anwohnende bzw. Elterninitiativen betroffener Einrichtungen wird immer noch kein weiterer Handlungsbedarf gesehen. Des Weiteren wird mit den Sucht- und Drogenpolitischen Leitlinien aus dem Jahr 2013 gegen eine vermeintliche Szenebildung vor Konsumräumen argumentiert. Diese halten fest, dass durch Repression eine Szenebildung verhindert werden soll (Stadtrat Leipzig 2017: 38). Die Veränderungen der

letzten Jahre, wie sie der Suchtbericht der Stadt Leipzig feststellt, werden außer Acht gelassen. Sie manifestieren sich z.B. in einem Anstieg der getauschten Spritzen durch veränderte Konsummuster, die zu mehr Konsumvorgängen führen und somit zu einem erhöhten Gefahrenpotenzial führen (Stadt Leipzig 2018: 34).

In der Begründung für einen Beschlussvorschlag gibt die CDU am 25.06.2018 an, dass Kinderspielplätze durch zweckfremde Nutzung durch „Glasscherben, Zigarettenkippen und Drogenspritzen“ vermüllt würden (Stadtrat Leipzig 2018). Auf der einen Seite wird das Vorkommen von Spritzenansammlungen als Argument zur Notwendigkeit der Verbesserung der Sicherheit auf Kinderspielplätzen betont. Auf der anderen Seite wird im Kontext der Drogenhilfe für risikohaft Konsumierende die Problemlage von Spritzbesteck im öffentlichen Raum runtergespielt und als bereits geregelt dargestellt. Der Umgang mit dem Problem beschränkt sich auf das Verhindern von „Szenebildung“, bei der Konsumierende von Ort zu Ort gedrängt werden.

### **3.2. Die Leipziger Drogenszene**

Es bestehen gravierende regionale Unterschiede zwischen den Szenen, in denen Konsum stattfindet. Diese beziehen sich vor allem auf die jeweils konsumierten Substanzen und die bevorzugte Applikationsform. Jedoch existieren auch auf lokaler Ebene voneinander abgetrennte Szenen. Die Ausarbeitungen dieser Arbeit sollen sich auf riskante Konsumvorgänge beschränken, da sich das Arbeitsfeld von Konsumräumen auf diese Art des Konsums beschränkt. Vornehmlich sollen die Zusammenhänge um den intravenösen Konsum verschiedener Substanzen beleuchtet werden. Für verschiedene Substanzen existieren jedoch auch unterschiedliche Konsummuster, somit ist der inhalative Konsum auch ein wichtiger Aspekt in der Konzipierung von Konsumräumen. Diese Konsummuster gelten weiterhin als typisch für eine offene Szene. In Leipzig werden vor allem Heroin und Methamphetamin auf diese Arten konsumiert (Robert Koch-Institut 2015a: 39).

#### **3.2.1. Größe der Leipziger Drogenszene**

Die Ermittlung der Dimension der offenen Drogenszene in Leipzig gestaltet sich mangels zuverlässiger Dokumentation bzw. großer Dunkelziffern relativ schwierig. Es sei an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, dass die Menge des potentiellen Klientels nur einen kleinen Faktor zur Legitimierung von Konsumräumen darstellt. Lebensrettende Maßnahmen sind schon ab einem sehr kleinen Wirkungsgrad alternativlos und sinnvoll. Um den ungefähren Bedarf zu errechnen, wird im Folgenden der Versuch unternommen, die Zahl der

risikohaft Konsumierenden in Leipzig zu umreißen. In einem Interview mit dem damaligen Polizeipräsidenten Bernd Merbitz wird von 1200 Konsumierenden „harter Drogen“ gesprochen (Hilder, Milde, Döring 2011). Im Suchtbericht der Stadt Leipzig wird ein Anstieg der Rauschgiftdelikte beobachtet. Mit 126 festgestellten Delikten im Zusammenhang mit Heroin und 959 im Zusammenhang mit Methamphetamin wurden insgesamt halb so viele Straftaten gezählt wie in der ähnlich bevölkerten Stadt Frankfurt a.M. Heroin und Crack zusammen ausmachen.

### **3.2.2. Bevorzugte Substanzen und Konsumformen**

Leipzig weist in Bezug auf die dort konsumierten Substanzen einige Besonderheiten auf. Die Stadt ist das Zentrum der Region in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Methamphetamin-Konsumierenden. Als Umschlagsort gewinnt es eine weitere Bedeutung. In der DRUCK-Studie wurde gezeigt, dass Leipzig die Stadt mit dem größten Anteil an Menschen ist, die eine andere Substanz als Heroin oder Kokain injizieren, vornehmlich Methamphetamin (Robert Koch-Institut 2016: 45). So wurde festgestellt, dass 45% aller an der DRUCK-Studie in Leipzig Teilnehmenden *nur* Heroin intravenös konsumierten, 34% *nur* Methamphetamin und 15% eine Mischung aus Heroin und anderen Substanzen. Insgesamt werden also zu 94% diese Substanzen injiziert (Robert Koch-Institut 2015a: 37). Bei 746 Kontakten in Beratungsstellen im Jahr 2017 war Methamphetamin die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Dieser Substanz wird die größte Verbreitung unter den illegalisierten Substanzen zugeschrieben. Von der Polizeidirektion Leipzig, dem Bürgermeister für Soziales sowie auch medial wird dieser Substanz der größte Prävalenz eingeräumt. Mit 566 Kontakten liegt die Zahl für Beratungen mit dem Fokus auf Opiat-Konsum auch in einem nennenswerten Bereich. So verzeichnet der Suchtbericht der Stadt Leipzig im vergangenen Jahr wieder eine Verschiebung hin zu Heroinkonsum (Stadt Leipzig 2018: 31). Es existieren keine Zahlen zu Kontakten bei denen risikobehafteter Konsum thematisiert wurde. Es ist jedoch davon auszugehen, dass vor allem Konsumierende von Opiaten einen intravenösen Konsum pflegen. Die Altersverteilung der Konsumierenden illegalisierter Substanzen in Leipzig hat ihren Schwerpunkt in den letzten Jahren auf Altersgruppen ab 30 Jahren verschoben. (Stadt Leipzig 2018: 18). Dennoch konnte in der DRUCK-Studie, an der größtenteils langzeit-intravenös Konsumierende teilgenommen haben, ein Altersdurchschnitt von 29 Jahren festgestellt werden. Zudem war der Anteil der *new injectors* (Menschen die in den letzten 2 Jahren das erste Mal intravenös konsumiert haben) mit 11% in Leipzig im bundesweiten Städtevergleich am höchsten (Robert Koch-



Institut 2016). Es lässt sich also feststellen, dass jüngere Konsumierende in Leipzig keinen guten Kontakt zu Hilfesystemen haben. Dies zeigt sich auch in der signifikant niedrigeren Rate, als Konsumierende Person HIV und HCV getestet zu sein (Robert Koch-Institut 2016: 76). Obwohl Leipziger Teilnehmende der DRUCK-Studie im Städtevergleich eher selten HCV-infiziert sind, was auf deren durchschnittlich junges Alter zurückzuführen sein kann, ist Leipzig die in der DRUCK-Studie erfasste Stadt mit dem höchsten Anteil an neuen HCV-Infektionen. HIV-Infektionen konnten unter den Teilnehmenden nicht gefunden werden (Robert Koch-Institut 2016: 85 u. 92). „Nur 43% der [Teilnehmenden] waren ausreichend mit sterilen Nadeln je Injektion in den letzten 30 Tagen versorgt“ (Robert Koch-Institut 2015a: 69) und nur 56% der Teilnehmenden bezogen ihre Konsumutensilien von Angeboten der Sozialarbeit (ebd.).

## 4. Kritische Stimmen

Die Diskussion um Konsumräume wird mit verhärteten Fronten geführt. Es gibt auf der einen Seite Argumente, welche sich aus wissenschaftlichen Analysen und der sorgfältigen Dokumentation von Angeboten der akzeptierenden Sozialarbeit speisen und auf der anderen Seite das Festhalten an den Strategien, die bis dato den Großteil der Drogenpolitik ausmachen. Es findet eine Auseinandersetzung zwischen Tradiertem und neuen Wegen der akzeptierenden Drogenpolitik statt. Die jeweilige Wirkungsmacht der beiden Ansätze wird im Folgenden auf Grund der Ausarbeitungen der vorherigen Kapitel zusammengefasst.

### 4.1. Widerlegung der Gegenargumente

Durch die Einbettung der Drogenhilfe in die allgemeine Drogenpolitik, maßgeblich beeinflusst durch die Säulen Repression und Therapie, wird das Konzept „Konsumraum“ weiter an den alten Standards gemessen. So wird noch häufig die Forderung formuliert, dass Konsumierende mit fehlender Änderungsmotivation keine günstigen Konsumumstände erhalten sollten. Hier wird gänzlich außer Acht gelassen, dass eine Substanzabhängigkeit laut Gesetz als Krankheit definiert wird und somit (Über-)Lebenshilfen nicht von etwaiger Eigenmotivation abhängig gemacht werden dürfen (Preusse 1998: 71). Gleichzeitig wird der Fortschritt, den die akzeptierende Drogenarbeit mit der Abkehr von der Abstinenzpflicht erreicht hat, mit der Frage, bis wann ein Leben rettenswert ist, konfrontiert. Diese Frage entbehrt jedweder Legitimität. Ebenso ist die Frage nach dem Wirkungsgrad in diesem Arbeitsfeld obsolet. Sie wird mit dem Argument, dass nicht jede Überdosierung zu verhindern sei, unterstrichen. Dies als Anlass zu nehmen und alle Anstrengungen zur Verhinderung einer Überdosierung unterbleiben zu lassen, steht im Widerspruch zum nachgewiesenen Erfolg von Konsumräumen. Durch hygienische und stressfreie Konsumumstände und vor allem die Überwachung des Konsums durch geschultes Personal wird der Tod als Folge der Überdosierung verhindert (Köthner 2010: 23). Zu einer Überdosierung führt nicht nur die Wirkstoffmenge in der jeweiligen Substanz, auch die Sorgfalt beim Konsumvorgang sowie der körperliche Zustand der Konsumierenden ist hierfür ausschlaggebend. Während es schon Konzepte zum *Drug-Checking* gibt, die jedoch nicht umgesetzt werden, führt die Beaufsichtigung des Konsumvorgangs durch Mitarbeitende des Konsumraums zu einer erhöhten Rettungswahrscheinlichkeit (Schneider 2004: 19). Hier setzt das Gegenargument zu einer Zugangsbeschränkung an. Obwohl eine Zugangsbeschränkung im § 10a BtMG nur „offenkundige Erst- und

Gelegenheitskonsumenten“ von der Benutzung ausschließt, werden in den Rechtsverordnungen der Länder weitere Gruppen ausgeschlossen. Hier sind oft Minderjährige, Substituierte oder anderweitig Intoxikierte (z.B. Alkoholisierte) aufgelistet. Dieses Überbleibsel der restriktiven Drogenpolitik steht im Widerspruch zu einem akzeptierenden Ansatz, der versucht, Hilfen allen Menschen zugänglich zu machen, die sie brauchen. Die Entscheidung zum Konsum wird nicht durch einen verwehrtten Zugang zu hygienischen und stressfreien Umständen revidiert. Die in diesem Kontext entstehenden Schäden und Folgen sind somit dieser Restriktion, welche als „wenig[...] rational und sachlich begründet, [sondern] eher auf das Kräfteverhältnis der Akteure [verweisend]“ beschrieben wird, indirekt zuzuschreiben (Köthner 2010: 23). Der Grad der Dominanz der Ordnungsbehörden wird somit zum ausschlaggebenden Faktor, der das Gelingen des Konsumraums bestimmt. Dem muss die gesammelte Erfahrung aus Konsumräumen entgegengestellt werden, die zeigt, dass Erstkonsumierende und solche, die noch nicht lange konsumieren, nicht in Konsumräume kommen. Entweder wollen sie ihren Konsum verstecken oder sehen keine Problematik in ihrem Konsum (Preusse 1998: 72). Weitergedacht ist das Erreichen dieser Gruppe durchaus sinnvoll, um *safe-use* Instruktionen an die Hand zu geben und einen frühzeitigen Kontakt zu einem Unterstützungssystem aufzubauen und um problematische Folgen des Konsums zu verhindern. Die Vermittlung solcher Hilfen als zentraler Inhalt von Konsumräumen wird aus der Gegenposition relativiert, indem der Zusammenhang von Konsumraumbesuch und Inanspruchnahme von Hilfen voneinander entfernt wird. Der Grund, dass nicht jeder Besuch auch zu einer Vermittlung von Hilfen führt, ist die Freiwilligkeit Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dem ist das erfolgreiche Anbinden von Menschen, die auf andere Weise nicht erreicht werden, hinzuzufügen (Truttmann 2005: 38). Konsumräume bieten Konsumumstände, die ein schambehaftetes Verhalten normalisieren um somit die Bereitschaft erhöhen, Hilfen anzunehmen oder zumindest einen Anstoß zur Reflektion des eigenen Konsums geben können. Von Kritischen Positionen wird befürchtet, dass diese von Konsumierenden als angenehm wahrgenommene Situation zur Begünstigung des Konsums führt. Kritische Stimmen sehen hier die Eventualität, dass eine Änderungsbereitschaft verfällt oder gar nicht erst entwickelt wird. Im *European Report on drug consumption rooms* ließ sich das nicht nachweisen (Hedrich 2004: 83). Leidensdruck ist zwar ein starker Motivationsfaktor, doch das Vorenthalten von niederschweligen (Über-)Lebenshilfen um diesen zu erhöhen und somit das Annehmen von nicht selbst gewählten Hilfen zu fördern, kann nicht Ziel einer humanen Drogenpolitik sein. Der Erfolg eines Angebots wird maßgeblich von der

freiwilligen Inanspruchnahme desselben bestimmt. Es ist nicht das Ziel von Konsumräumen, Substanzkonsum im Allgemeinen zu beenden, stattdessen werden die Lebensumstände der Konsumierenden verbessert (Preusse 1998: 70). Die gesundheitliche und soziale Stabilisierung, die ein Konsumraum hervorrufen kann, kann auch als Verlängerung bzw. Verbesserung des Lebens interpretiert werden, und somit den Konsum in eine weniger problembehaftete Richtung lenken (Hermanns 2017: 37). Dass der Konsum aber unverändert fortgeführt und durch begünstigende Umstände befeuert würde, lässt sich nicht beobachten (Hedrich 2004: 83). Wie bereits erwähnt, besteht aktuell eine Dominanz der Überwachungsbehörden. Diese ist Ausdruck einer restriktiv regulierenden Arbeitsgrundlage, die im Gegensatz zu der von Konsumräumen praktizierten Akzeptanz steht. Die Glaubwürdigkeit der Behörden schwindet, denn sie erhalten ihren Auftrag aus unzeitgemäßen Beschlüssen, die Konsumräume zu überwinden versuchen. Während wie in Leipzig noch nach Leitlinien aus dem Jahr 2014 gearbeitet wird, hat sich die Drogenlandschaft in den letzten fünf Jahren massiv verändert. Neu entstehende Lösungsansätze, die Versäumnisse und Fehlkalkulationen der letzten Jahre miteinbeziehen, zeigen die Unwirksamkeit einiger dieser prohibitiven Maßnahmen. Konsumräume als Ausdruck des Unvermögens der staatlichen Behörden, substanzbezogene Probleme zu lösen, werden als Angriff und nicht als notwendige Alternative bewertet. Die Unglaubwürdigkeit, die in der Gesellschaft wahrgenommen wird, entsteht aus der Verweigerung, aus Erfahrungen zu lernen und stattdessen an überholten Ansichten festzuhalten. Diese Diskrepanz zeigt sich in Argumenten, die betonen, dass alle bereits ergriffenen Maßnahmen ausreichen würden. Am Beispiel der Äußerungen von Prof. Dr. Thomas Fabian, dem Sozialbürgermeister der Stadt Leipzig, in einer Stadtratsdiskussion zum Thema Konsumräume, soll dies aufgezeigt werden (Stadtrat Leipzig 2017: 37). Der Behauptung, dass alle sozialarbeiterischen Maßnahmen ausreichen würden, ist das Vermögen von Konsumräumen entgegenzustellen, einen Kreis an Konsumierenden zu erreichen, die vorher keinen Kontakt zu Drogenberatungsstellen hatten, wie im *European report on consumption rooms* gezeigt werden konnte (Hedrich 2004: 73). Konsumräume bieten dazu Leistungen an, die Straßensozialarbeit, wie sie in Leipzig zu finden ist, nicht bereithalten kann. Vor allem medizinische Versorgung und psychologische Beratung können von Straßensozialarbeit nicht so zeit- und konsumnah wie von Konsumräumen geleistet werden (vgl. Truttmann 2005: 41). Die Wirksamkeit von Konsumräumen als zusätzliches Standbein der Drogensozialarbeit bleibt unwiderlegt. Weiter wird behauptet, dass die Bemühungen einzelner Behörden eine ausreichende Reaktion auf risikohaften Substanzkonsum in der Öffentlichkeit sind. Zum

einen ist es gängige Praxis, die Orte, an denen konsumiert wird, dahingehend zu verändern, dass sie nicht mehr dafür genutzt werden können. Dazu gehört unter anderem auch der Rückschnitt von Büschen und Bäumen in Parks oder auf Grünstreifen. Damit kann der Konsum nicht mehr im Verborgenen stattfinden und wird entweder der öffentlichen Ächtung ausgesetzt oder – und darin liegt die Hauptmotivation – einfacher von Ordnungsbehörden erkannt und unterbunden. Vor Ort folgt darauf eine Entspannung der Situation, der Konsum findet jedoch weiterhin an anderen Orten statt. Sowohl in Frankfurt a.M. als auch in Leipzig kann eine Verlagerung der Konsumorte von leerstehenden Gebäuden in die Öffentlichkeit beobachtet werden (Stadt Leipzig 2018). Gleichzeitig führt die polizeiliche Strategie an Orten mit erhöhtem Konsumaufkommen intensiver zu kontrollieren in eine ähnliche Richtung. Zwar kann an einzelnen Orten der Konsum von psychoaktiven Substanzen unterbunden werden, jedoch nicht ohne Fortführung des Konsums an anderer Stelle. So resümiert auch der Suchtbericht der Stadt Leipzig: “Die dadurch entstehenden Probleme können nur in einem abgestimmten, dezernats- und behördenübergreifenden Prozess bearbeitet werden” (Stadt Leipzig 2018: 30). Ein solcher Prozess beinhaltet in Frankfurt a.M. neben dem Betreiben von Konsumräumen einen Austausch aller Beteiligten im Drogenreferat. Konsumräume leisten einen Beitrag zu Entlastung der Öffentlichkeit, indem sie dem Konsum einen dafür vorgesehenen Raum geben, der die negativen Auswirkungen, die sonst die Öffentlichkeit belasten würden, abfedert oder sogar verschwinden lässt. Sie geben der Szene einen Ort zum Konsumieren, und können in Zusammenarbeit mit allen anderen in der Drogenarbeit Tätigen eine problematische Szenebildung im unmittelbaren Umfeld verhindern. So können Kapazitäten, die sonst auf ein Katz-und-Maus-Spiel verwendet werden, anderweitig genutzt werden und den Konsumierenden ein unkompliziertes, niederschwelliges Angebot bereiten. Negative Konsequenzen sind nur bei unzureichender Planung und Umsetzung von Konsumräumen zu erwarten. Vor allem die Abstimmung mit der näheren Umgebung und die ausreichende personelle Besetzung entscheiden über das erfolgreiche Bestehen von Konsumräumen (Truttmann 2005: 39).

#### **4.2. Kritik an Konsumräumen von der akzeptierenden Drogenarbeit**

Die akzeptierende Drogenarbeit, als interdisziplinärer Ansatz zur Unterstützung von Konsumierenden, befindet sich einem Prozess der ständigen Selbstreflexion. Sie sieht Konsumräume als Zwischenlösung, um Schaden von Konsumierenden abzuwenden. Im Gegensatz zum substanzfixierten Bild entstehen diese Schäden nicht durch die psychoaktive Substanz selbst, sie sind viel eher Folge der vielen gesellschaftlichen Mechanismen, die den

Konsum ächten und unter Strafe stellen sowie der Unregulierbarkeit des Schwarzmarktes solange psychoaktive Substanzen illegalisiert werden. In Konsumräumen wird der Versuch gesehen diese Schäden aus der Öffentlichkeit zu verdrängen, um Handlungsbedarf zu verschleiern. Somit kann einer Änderung der Drogenpolitik entgegengewirkt werden (Hermanns 2017: 38). Als Lösung wird ein Ende der Drogenprohibition eingefordert, welche für die soziale und gesundheitliche Verelendung verantwortlich gemacht wird (Truttmann 2005: 54).

## **5. Zusammenführung der drei vorhergehenden Punkte**

Der bisher geschilderten Konzeptionierung von Konsumräumen sowie den Analysen der stadtsspezifischen Faktoren ist zu entnehmen, dass ein Konsumraumkonzept auf die gegebenen Verhältnisse zugeschnitten sein muss, um einen reibungslosen sowie erfolgreichen Betrieb zu gewährleisten. Im ersten Kapitel wurde gezeigt, dass Konsumräume, auch wenn sie schon lange etabliert und konzeptionell durchdacht sind, einer kontinuierlichen Überprüfung unterliegen sollten, um auf Veränderungen adäquat reagieren zu können. Dazu gehört jedoch auch die Bereitschaft der Politik sowie der Verwaltungsinstanzen, die Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen umzusetzen und somit eine funktionierende Praxis zu erlauben. Diese Bereitschaft ist insbesondere dort einzufordern, wo bis jetzt noch keine gesetzlichen Voraussetzungen für Konsumräume geschaffen wurden. Am Beispiel Frankfurt a.M. konnte im zweiten Kapitel der Erfolg einer zukunftsweisenden Drogenpolitik dargestellt werden. Es ist jedoch auch zu erwähnen, dass Frankfurt a.M. den Vorteil hat, auf eine lange Dokumentation und Evaluation im Bereich der Drogenarbeit mit einer Fülle an Expertise und Erfahrung zurückgreifen zu können. Dies befähigt und ermutigt die beteiligten Instanzen dazu, innovative Ansätze a priori auf ihre Umsetzbarkeit und ihre Erfolgsaussichten hin analysieren zu können. Auf diesen Erfahrungsschatz können jedoch alle Städte und Gemeinden zurückgreifen, um ihn im Rahmen des Möglichen auf die eigene lokale Situation zu beziehen. Dies erfordert die Bereitschaft zu einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit der Thematik. Diese konnte in Leipzig bislang nicht beobachtet werden. Die Vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass die Etablierung von Konsumräumen an jedem Ort, an dem sich eine offene Szene gebildet hat, eine sinnvolle Erweiterung des Angebots der Drogenarbeit darstellt. Konsumräume sind nicht als Ablösung bisheriger Hilfsstrukturen zu betrachten, sondern ergänzen die Drogenarbeit um ein Angebot, welches Menschen, die noch nicht erreicht werden, eine Anlaufstelle bietet und ihnen eine Stabilisierung ermöglicht. Wie in Kapitel 4 gezeigt werden konnte, fehlt den Absagen an bisherige Vorstöße zur Etablierung von Konsumräumen in Leipzig eine inhaltlich fundierte Argumentationslinie. Sie begründen sich eher auf ideologische Grundsätze, die wissenschaftliche Erkenntnisse unbeachtet lassen. Im Gegensatz dazu konnte in der Analyse der Situation in Leipzig ein Bedarf an weiteren (Über-)Lebenshilfen im Bereich der Drogensozialarbeit festgestellt werden.

## Fazit

Die Idee der Konsumräume entstand durch einen realitätsbezogenen Bedarf, der neben der historischen Entwicklung des Substanzkonsums auch aus der rechtlichen Einordnung psychoaktiver Substanzen entsteht. Sie müssen als Zwischenlösung verstanden werden, um einem unvermeidbaren Phänomen die daraus entstehende Verelendung oder sogar Mortalität zu nehmen. Das Konsumraumkonzept der Bundesrepublik kann von den Angeboten, die in anderen Ländern praktiziert werden, lernen. Als Beispiele können hier die weitere Schadensminderung durch *Drug-Checking* in der Schweiz und Reevaluierung der Zugangsvoraussetzungen genannt werden. Die gesundheitlichen und sozialen Vorteile, die ein Konsumraum Konsumierenden bietet, sind eine große Motivation, diesen zu besuchen. Konsumräume sollten deshalb weniger restriktiv zugänglich gemacht werden. Dies bietet die Möglichkeit, den risikobehafteten Konsum aus der Öffentlichkeit in eine kontrollierte Umgebung zu verlegen. Neben der Überarbeitung des § 10a BtMG liegt es vornehmlich in der Hand der Landesregierungen, die erlassenen Rechtsverordnungen dahingehend zu ändern, dass sie dem Anspruch einer funktionierenden akzeptierenden Drogenarbeit gerecht werden. Die Streichung des Zutrittsverbots für Substituierte wie in Nord-Rhein-Westfalen ist ein erster Schritt in diese Richtung (Schäffer 2015). Auch in Hessen sind Substituierte nicht vom Konsumraumbesuch ausgeschlossen. Konsumierende finden hier ein passendes Angebot vor, was sich darin widerspiegelt, dass die Konsumräume ausgelastet sind. Durch die erfolgreiche Vernetzung der verschiedenen Zuständigkeitsbereiche wurde ein funktionierendes sozialarbeiterisches Konzept ausgearbeitet, welches alle Beteiligten zufrieden stellt.

Aufgrund der Ausarbeitungen der vorliegenden Arbeit lässt sich der Bedarf an der Einrichtung von Konsumräumen in der Stadt Leipzig ableiten. Die Anzahl der Konsumierenden, die einen Konsumraum nutzen würden, ist um das drei- bis fünffache niedriger als in Frankfurt a.M. Das Angebot könnte somit mit weniger Einrichtungen als sie in Frankfurt a.M. existieren abgedeckt werden. Zur Realisierung dieses Vorhabens sind drei Schritte zu beachten. Zunächst muss in einem Dialog aller beteiligten Instanzen ein Fahrplan ausgearbeitet werden, mit dem als zweites ein maßgeschneidertes Konzept erarbeitet wird, welches im dritten Abschnitt einer ständigen Angleichung an die sich verändernden Umstände auszusetzen ist.



Es muss darauf hin gearbeitet werden, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse politisch umgesetzt werden, um das Unvermögens der bisherigen Drogenpolitik einige Konflikte beseitigen zu können aufzuzeigen, sodass ein weiteres Angebot in die Landschaft der Drogenhilfe eingeführt werden muss. Den Vorurteilen gegenüber Konsumräumen muss im offenen Dialog begegnet werden, um eine breitere Akzeptanz dieser Einrichtungen zu bewirken. Die Ausarbeitung der Anforderungen an das Konsumraumangebot sollte die Nachfrage mit einbeziehen. Mit einer Schätzung der Dimension der Szene wird der Bedarf an Konsumplätzen ausgearbeitet. Die Szenestruktur kann unter Umständen die Einrichtung mehrerer kleiner Konsumräume an unterschiedlichen Orten erfordern. In Kommunikation mit Konsumierenden können die Ansprüche an Öffnungszeiten und Ausstattung am besten erarbeitet werden. Je realitätsbezogener diese Faktoren mitbedacht werden, desto größer ist die Annahme des Angebots unter den Konsumierenden. Da Sachsen noch keine Rechtsverordnung für Konsumräume erlassen hat, besteht die Möglichkeit, hier Vorschriften zu formulieren, die den Forderungen der Betroffenen und der Wissenschaft nachkommen. Zuletzt ist zum erfolgreichen Betreiben von Konsumräumen ein ständiger Austausch zwischen den involvierten Institutionen unabdingbar. Nach dem Vorbild des Drogenreferats in Frankfurt a.M. könnte auch in Leipzig eine bedarfsgerechte, stetige Weiterentwicklung des Angebots der Drogenarbeit gewährleistet werden. Die Einbeziehung von Konsumraumnutzenden in diese Gremienarbeit ist ein weiterer Schritt in die Autonomie und unterstützt somit das Ziel der akzeptierenden Drogenarbeit.

Menschen haben schon immer psychoaktive Substanzen konsumiert und werden dies auch zukünftig tun. Es ist an der Zeit, dieser Tatsache mit Angeboten zu begegnen, die den Konsum so sicher wie möglich gestalten und einen positiven Einfluss auf die Folgen des Konsums haben. Dieser Schritt in Richtung Schadensbegrenzung wäre jedoch keine komplette Lösung für die prekären Lebenslagen Langzeitabhängiger, aber eine mögliche Verbesserung ihrer Situation und damit ein Gewinn für die Gesamtgesellschaft.

„Eine wirkliche Verbesserung werden wir wahrscheinlich nur mit einer Änderung des  
Betäubungsmittelgesetzes in Richtung Entkriminalisierung erreichen.“  
(Tschirner 2000: 21)

## Literaturverzeichnis

- Barsch, G. (2010). Drogen und soziale Praxis. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Bossong, H. (2000). Qualitätssicherung im sozialen Arbeitsfeld z.B. in Gesundheitsräumen. In AKZEPTANZ Nr. 1/2000. Berlin: akzept e.V.
- CDU Landesverband Sachsen, SPD Landesverband Sachsen. (2014). Koalitionsvertrag 2014 bis 2019 zwischen der CDU Sachsen und der SPD Sachsen. Abgerufen am 19.03.2018 von <https://www.spd-sachsen.de/wp-content/uploads/2014/11/Koalitionsvertrag-A5.pdf> abgerufen
- Deutsche AIDS-Hilfe. (2016). Drogenkonsumraum. Abgerufen am 05.12.2018 von <https://www.drogenkonsumraum.net/>
- Eppler, N. (2008). Mythos Sucht Heroinvergabe - Chance oder Endstation. Marburg: Tectum Verlag.
- Förster, S., Stöver, H. (2015). Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2014, Zusammenfassung. Frankfurt a.M.: Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main.
- Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. Luxemburg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction .
- Hermanns, S. (2017). Akzeptierende Drogenarbeit. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Hilder, B., Milde, U., Döring, F. (2011). LVZ Online: Landespolizeipräsident Bernd Merbitz rechnet mit Drogenpolitik der Stadtverwaltung ab. Abgerufen am 14.12.2018 von <http://www.lvz.de/Leipzig/Lokales/Landespolizeipraesident-Bernd-Merbitz-rechnet-mit-Drogenpolitik-der-Stadtverwaltung-ab>
- International Narcotics Control Board. (2015). Report of the International Narcotics Control Board for 2014. New York: United Nations.
- International Narcotics Control Board. (2018). Report of the International Narcotics Control Board for 2017. New York: United Nations.
- JES-Bundesverband (2012). Drogenkonsumräume in Deutschland in Drogenkurier 4/2012. Berlin: JES-Bundesverband.
- Kamphausen, G., Werse, B., Stöver, H. (2018). 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018. Berlin: akzept e.V.
- Kamphausen, G., Werse, B., Klaus, L., Sarvari, L. (2018). MoSyD Jahresbericht 2017 Drogentrends in Frankfurt am Main. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research.
- Kemmesies, U. (1995). Die ‚Offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in FaM – ein erster ‚Erfahrungsbericht‘. Frankfurt am Main/Wiesbaden: INDRO e.V.
- Köthner, U. (2010). Drogenkonsumräume in Deutschland - Ein kurzer Überblick. In AKZEPTANZ Nr.1/2010. Berlin: akzept e.V.
- Landesregierung Hessen. (2001). Hessenrecht, Rechts- und Verwaltungsvorschriften: Verordnung über die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Abgerufen am 07.02.2019 von: [https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht\\_rv.html#lawid:146073,1](https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_rv.html#lawid:146073,1)
- Michels, I. (2000). Drogenkonsumräume als Teil von Überlebenshilfen. In AKZEPTANZ Nr.1/2000. Berlin: akzept e.V.
- Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (2019). Geltende Gesetze und Verordnungen: Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Abgerufen am 06.02.2019 von: [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=212&bes\\_id=4919&aufgehoben=N&menu=1&sg=0](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=212&bes_id=4919&aufgehoben=N&menu=1&sg=0)

- Mohnert, A. (2004). Lebe wild und gefährlich - Warum harm-reduction im Leben von Jugendlichen so wenig Platz hat. In AKZEPTANZ Nr. 1/2004. Berlin: akzept e.V.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main. (2011). Polizeiliche Kriminalstatistik 2011. Frankfurt a.M.: Polizeipräsidium Frankfurt am Main.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main. (2019). Polizeiliche Kriminalstatistik, Grundtabelle Straftaten 2018. Frankfurt a.M.: Polizeipräsidium Frankfurt am Main.
- Preusse, M. (1998). Zur drogenpolitischen Sinnhaftigkeit und strafrechtlichen Zulässigkeit des Einrichtens und Betreibens von Fixerräumen. Frankfurt a.M.: Lang.
- Robert-Koch-Institut (2015a). Ergebnisbericht der Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten (DRUCK-Studie) in Leipzig. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2015b). Ergebnisbericht der Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten (DRUCK-Studie) in Frankfurt am Main . Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland (DRUCK-Studie). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schabdach, M. (2009). Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schäffer, D. (2015). Politik mit Mut und Sachverstand. In Drogenkurier Nr. 4/2015. Berlin: JES\*-Bundesverband e.V.
- Schäffer, D. (2000). Referat "Druckräume aus der Sicht der Nutzer/innen". In AKZEPTANZ Nr.1/2000. Berlin: akzept e.V.
- Schneider, W. (2002). Zur Umsetzung von Drogenkonsumräumen: Das Beispiel Münster. In AKZEPTANZ Nr. 2/2001. Berlin: akzept e.V.
- Schneider, W. (2004). Zwischen Anspruch und Wirklichkeit von Drogenkonsumräumen. Erfahrungen aus Münster. In AKZEPTANZ Nr. 1/2004. Berlin: akzept e.V.
- Springer, A. (11 2003). Indro-Online: Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Abgerufen am 05.03.2019 von: <http://www.indro-online.de/dat/springer.pdf>
- Stadt Frankfurt (2019). Der Frankfurter Weg in der Drogenpolitik. Abgerufen am 13.03.2019 <https://frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3007>
- Stadt Frankfurt (2018). Stefan Majer präsentiert bundesweit einmaliges Drogen-Monitoring in Frankfurter Konsumräumen. Abgerufen am 04.03.2019 von: [https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3003&\\_ffmpar\[\\_id\\_inhalt\]=33624218](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3003&_ffmpar[_id_inhalt]=33624218)
- Stadt Leipzig. (2018). Suchtbericht 2018. Leipzig: Stadt Leipzig.
- Stadtrat Leipzig. (2018). Vorlage-VI-A-01906; Bestimmungsgemäße Nutzung von Spielplätzen und Sicherheit für die dort spielenden Kinder. Leipzig: Stadtrat Leipzig.
- Stadtrat Leipzig. (2017). Protokoll der Ratsversammlung vom 18.01.2017. Leipzig: Stadtrat Leipzig.
- Stöver, H., Förster, S. (2018). Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume Jahresbericht 2017. Frankfurt a.M.: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.
- Tschirner, T. (2000). Gesundheitsräume im ländlichen und Kleinstädtischen Bereich. In AKZEPTANZ Nr. 1/2000. Berlin: akzept e.V.
- Truttmann, R. (2005). Drogenkonsumräume im Spannungsfeld zwischen Akzeptanzorientierung und Drogenprohibition. Bern, CH: Edition Soziothek.
- Zurhold, H., Kreutzfeld, N., Degkwitz, P., Verthein, U. (2001). Drogenkonsumräume. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Vorname, Nachname

Korrespondenzadresse: [valentin.jakisch@stud.hs-merseburg.de](mailto:valentin.jakisch@stud.hs-merseburg.de)