

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband

10. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2023

akzept e.V. (Hrsg.)

10. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2023



<http://alternativer-drogenbericht.de/>

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)30 82706946

www.akzept.org

www.gesundinhaft.eu

www.alternativer-drogenbericht.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Redaktion: Heino Stöver, Bernd Werse, Larissa Hornig, Christine Kluge Haberkorn

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver



2023 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen

🌐 www.pabst-publishers.com

✉ pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-95853-888-7

eBook: ISBN 978-3-95853-889-4

Layout: Patrick Orths

Druck: KM-Druck · 64823 Groß-Umstadt

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	9
<i>Heino Stöver, Bernd Werse & Larissa Hornig</i>	
1 Cannabis	13
Cannabis: Bubatz nix ganz legal - aber ein Schritt in die richtige Richtung	15
<i>Ingo Ilja Michels, Maximilian Plenert & Rüdiger Schmolke</i>	
HHC – legale Cannabisprodukte am Kiosk?	27
<i>Fabian Pitter Steinmetz & Bernd Werse</i>	
Fachverbände fordern dringende Reformen beim ‚Cannabis-als-Medizin‘-Gesetz Verbändeübergreifendes Positionspapier	33
<i>ACM, BDCan, BvCW, BPC, DMCG, IABSP, SCM, VCA</i>	
Cannabis und Führerschein: Höchste Zeit für sinnvolle Regeln.....	41
<i>Bernd Werse, Fabian Steinmetz & Heiko Mohrdiek</i>	
2 Harm Reduction.....	47
Versäumnisse bei der Prävention der Alkoholkrankheit in Deutschland Bewusst das Bewusstsein beeinträchtigen	49
<i>Peter von Freyberg</i>	
Tobacco Harm Reduction – ohne geht es nicht!	55
<i>Larissa Steimle, Bernd Werse & Heino Stöver</i>	
Einweg-E-Zigaretten (Disposables) – ein Problem für Jugend-, Verbraucher- und Naturschutz.....	61
<i>Larissa Steimle, Bernd Werse & Heino Stöver</i>	
Rauchverbot im Auto: Effektiver Jugendschutz oder bloße Symbolpolitik?	68
<i>Dietmar Jazbinsek, Larissa Steimle & Heino Stöver</i>	

Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter Todesfälle in Deutschland	81
<i>Heino Stöver, Dirk Schäffer, Simon Fleißner & Maria Kuban</i>	
Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein Blick in die Zukunft.....	88
<i>Dirk Schäffer</i>	
Kratom – ein vermeintlich neuer, psychotroper Stoff zwischen Genuss- und Substitutionsmittel.....	96
<i>Dirk Netter & Fabian Pitter Steinmetz</i>	
Beschädigte Körper. Zu Versorgungssituation und sozialer Lage älterer und pflegebedürftiger Menschen in der niedrigschwelligen Frankfurter Suchthilfe	102
<i>Ina Amberg & Yannick Steinrück</i>	
Drugchecking: Durchbruch in der Gesetzgebung - Bundesländer in der Umsetzungspflicht!	107
<i>Nina Pritzens, Rüdiger Schmolke & Tibor Harrach</i>	
Zeitenwende - Überlebenseicherung und soziale Teilhabe für alle erfordert eine systemische, sektorenübergreifende Politikformulierung und eine diskriminierungsfreie Politikgestaltung!.....	115
<i>Ad-hoc-Gruppe - Stefanie Gellert-Beckmann, Melanie Bildesheim, Antje Matthiesen, Martina Tranel & Anneke Groth</i>	
3 Positionspapiere.....	119
Positionspapier zur (geplanten) Reform des Maßregelvollzugsgesetzes zur Unterbringung gem. §64 StGB für die Behandlung von drug use disorders in Deutschland	121
<i>Ingo Ilja Michels & Heino Stöver</i>	
Forderungen für eine verbesserte medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von drogenkonsumierenden Menschen.....	127
<i>Gabi Becker, Marion Fries & Heino Stöver</i>	
Psychosoziale Beratung und Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB). Ein Positionspapier zu den Potentialen und den Herausforderungen.....	138
<i>Heike Attinger, Friederike Neugebauer, Dirk Schäffer, Frank Schulte-Derne, Heino Stöver & Norbert Wittmann</i>	

Angehörigenarbeit in der Suchthilfe Warum Verbesserungen in der Praxis notwendig sind	145
<i>Larissa Hornig</i>	
Stellungnahme zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland	156
<i>Dirk Schäffer, Claudia Schieren & Heino Stöver</i>	
Naloxon rettet Leben Forderung nach flächendeckender Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Deutschland zur Reduktion von opioidbedingten Drogentodesfällen	161
<i>Dirk Schäffer, Simon Fleißner & Heino Stöver</i>	
4 Herausforderung Crack	165
Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe.....	167
<i>Lea Albrecht, Gabi Becker, Daniel Deimel, Larissa Hornig, Daniel Kiefer, Urs Köthner, Felicitas Krauss, Astrid Leicht, Ingo Ilja Michels, Oliver Müller-Maar, Nina Pritzens, Dirk Schäffer, Artur Schroers, Heino Stöver, Christine Tügel & Frank Woike</i>	
Autor:innen.....	185

Einleitung

Heino Stöver, Bernd Werse & Larissa Hornig

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht (ADSB) erscheint in diesem Jahr zum 10. Mal. Der Bericht wurde 2014 ins Leben gerufen als Antwort auf die unzureichende Berichterstattung der Bundesdrogenbeauftragten, die überwiegend hochselektiv und parteipolitisch gefärbt auf Themen abhoben, die volksnah zu ‚verkaufen‘ waren – in der Regel wurden Alarmmeldungen zum Konsum und den Risiken illegaler Drogen erstellt. Damit wurde gleichzeitig versucht, die Sinnhaftigkeit der Prohibition zu untermauern: *weil* diese Drogen so gefährlich sind, müssen sie auch verboten bleiben und ihre Konsument:innen strafverfolgt werden! Diesen Zirkelschluss zu hinterfragen und gleichzeitig gangbare Politikvorschläge zu machen, haben sich akzept (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik) und die vielen Autor:innen der 10 Ausgaben auf die Fahnen geschrieben: Entmystifizierung und Dekonstruktionen der Versuche, die willkürliche Einteilung in legale und illegale Drogen zu rechtfertigen. Und das ist auch zu einem großen Teil gelungen. Die Folgen nicht der Drogen selbst, sondern der Drogenpolitik wurden kritisch hinterfragt, die gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen und finanziellen Folgen der Kriminalisierung und Stigmatisierung von Menschen, die lediglich eine andere Drogenpräferenz haben als die allgemeine Bevölkerung, wurden offengelegt.

Seit diesem Jahr erscheint übrigens kein ‚offizieller‘ Drogen- und Suchtbericht mehr!

In den letzten zehn Jahren haben sich einige (manche würden sagen zu wenige) Dinge verändert: ein Gesetz zur medizinischen Verwendung von Cannabis, eine Rechtsgrundlage zum Drug-Checking (auch in Drogenkonsumräumen) und eine breite Diskussion um einen legalen Umgang mit Cannabis, womit zweifelsohne ein Paradigmenwechsel erfolgt ist. Die angeführten Veränderungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, aber es sind zentrale Themen, die in den 10 Ausgaben des ADSBs wiederholt bearbeitet und zu denen auch detaillierte Politikvorschläge unterbreitet wurden. Auch sind es Beispiele für Veränderungen, die noch stark bearbeitungsbedürftig sind, weil die praktischen Umsetzungen immer noch erhebliche Probleme in der Praxis mit sich bringen.

Mein Aha-Erlebnis zur Notwendigkeit des ADSB habe ich in einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtages zum Thema Naloxon erlebt, wo die Ausschussvorsitzende auf meine Frage, warum gerade Bayern ein Naloxonprojekt auflegt, antwortete, indem sie in ihre Handtasche griff, den ADSB herausholte und sagte „Hier steht’s doch drin“!

Natürlich haben wir viel mehr Veränderungen in der Drogenpolitik nötig! Allein die ‚Cannabislegalisierung‘ ist zu einem Gesetz geschrumpft, das den Besitz relativ

geringer Mengen duldet und das als einzige legale Beschaffungsmöglichkeiten den Anbau im eigenen Haus oder die Mitgliedschaft in vollkommen überregulierten „Anbauvereinigungen“ vorsieht. Das fortschrittliche Eckpunktepapier unseres Gesundheitsministers Lauterbach vom Herbst 2022 ist nach und nach – und fast scheint es, ohne Not – aufgegeben worden, zugunsten einer Minimallösung. ‚Besser als nichts‘ könnte man sagen, oder auch ‚als Tiger gesprungen - als Bettvorleger gelandet‘. Wir sind in einer Situation, in der das Momentum genutzt werden kann, um weitergehende Vorschläge zur Liberalisierung der Drogengesetze mindestens zu diskutieren.¹ Allein das vielbeschworene Portugiesische Modell richtet sich auf eine größere Zahl von psychoaktiven Substanzen, die zwar nicht legal sind, aber in Mengen zum Eigenbedarf keine Strafverfolgung nach sich ziehen.

Aber diese Diskussion zu eröffnen, bleibt fortschrittlichen Kräften und eben dem ADSB überlassen – wir benötigen offene Diskussionen über abgestufte Zugangsmodelle zu Drogen, Regulierungsmodelle, die auf Evidenzen beruhen und nicht auf Glauben und Ideologie, und vor allem benötigen wir eine Steuerung der Drogenpolitik, eine ganzheitliche Sicht auf den gesellschaftlichen Umgang mit Drogen. Diese Steuerung gibt es nicht in Deutschland: Drogenpolitik wird in unterschiedlichen Ministerien gemacht (z.B. diejenigen für Gesundheit, Ernährung und Landwirtschaft, Justiz und Verkehr), die sich oft gegenseitig im Weg stehen. Und die Drogenpolitik ist nicht wissenschaftsinformiert, Forschungen sind nicht politikleitend, sondern werden eher pflichtschuldig abgeheftet.

Das Fehlen von Steuerung, Vermittlung, Erkennen von Risiken und Nutzung von Forschungsergebnissen wird insbesondere da deutlich, wo es neue Herausforderungen gibt, die einer Regulierung bedürfen. Dies betrifft z.B. Einweg-E-Zigaretten, die kinder- und jugendaffin beworben werden dürfen, die im Hinblick auf Gesundheits-, Verbraucher- und Naturschutz Schäden anrichten. Die zuständigen Ministerien setzen bislang lediglich auf das Jahr 2027, wenn die EU-Kommission diese Einweg-E-Zigaretten verbieten will, ohne auch nur Vorschläge für eine vorherige Eindämmung dieses drängenden Problems zu machen. Stattdessen wird – kontraproduktiv für die Schadensminderung beim Nikotinkonsum – ein generelles Verbot von Aromen bei E-Zigaretten diskutiert.

Überhaupt wird angesichts der Massivität der Folgen des Drogenkonsums – v.a. in Bezug auf Alkohol und Tabak – in Deutschland sehr wenig Geld ausgegeben für Forschung (sozial-/politikwissenschaftliche wie auch medizinisch-pharmakologische). Angesichts einer Zahl von 11 Mio. Menschen, die zeitweise oder dauerhaft Probleme mit ihrem Drogenkonsum haben, sind die eingesetzten Forschungsmittel verschwindend gering! Allein der Erforschung des größten vermeidbaren Gesundheitsrisikos der Deutschen – dem Konsum von Verbrennungszigaretten – müssten erhebliche Finanzmittel zugewiesen werden, um veränderungsbereite Menschen besser unterstützen zu können. Die komplette Ausblendung der Bedeutung von Tobacco Harm Reduction zeigt, dass von Forschungsergebnissen in der Drogenpolitik kaum Notiz genommen wird.

¹[https://urldefense.com/v3/__https://www.zeit.de/gesundheits/2023-09/legalisierung-cannabis-entkriminalisierung-drogen-drogenpolitik/komplettansicht_;;!!PpQUWstlJCBFNr8!nOVHKTyivryVpxH0MWb4KGKT3M0IZqhBvcuNa9FF-G0dO4Arb8Ov8iMYXBi8PbOmCL0AFcIBv-2lnMw3BCjANRiHEK1ovArJpukFXI9uZ\\$](https://urldefense.com/v3/__https://www.zeit.de/gesundheits/2023-09/legalisierung-cannabis-entkriminalisierung-drogen-drogenpolitik/komplettansicht_;;!!PpQUWstlJCBFNr8!nOVHKTyivryVpxH0MWb4KGKT3M0IZqhBvcuNa9FF-G0dO4Arb8Ov8iMYXBi8PbOmCL0AFcIBv-2lnMw3BCjANRiHEK1ovArJpukFXI9uZ$)

Mut macht der Sucht- und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Burkhard Blienert, der selbst kritische Fragen stellt und der der Politik notwendige Veränderungen empfiehlt, so z.B. „Die Überpräsenz von Großflächenwerbung für Alkohol, für Tabak und E-Zigaretten an Kiosk und Tankstelle sowie für Glücksspiel im Fernsehen ist eine Großbaustelle der deutschen Verbraucherschutz-, Jugend- und Gesundheitspolitik. Tabak, Alkohol und auch Sportwetten sind viel zu präsent im öffentlichen Raum. Daran muss sich etwas ändern, und diese Änderung werde ich vorantreiben! Die große Mehrheit der Bevölkerung will keine Alkoholwerbung mehr, sie fordert einen Stopp jeden Sponsorings für Tabakprodukte oder durch Sportwettenanbieter beim Fußball. Das darf die Politik doch nicht länger ignorieren.“² Hier unterscheidet sich der offiziell für die deutsche Drogenpolitik Zuständige erfreulich von praktisch sämtlichen Vorgänger:innen. Allerdings wünschen wir uns auch von ihm mehr Engagement in anderen drängenden drogenpolitischen Fragen, allen voran den mannigfaltigen Schäden der selektiven Prohibition bestimmter Substanzen. Nicht nur deshalb bleibt die jährliche Veröffentlichung des Alternativen Drogen- und Suchtberichtes dringend notwendig.

Akzept und fachkundige Autor:innen werden auch weiterhin der Drogenpolitik den Spiegel vorhalten, eine ganzheitliche, evidenzbasierte Drogenpolitik und interministeriell abgestimmte Steuerung einfordern, politikgängige Vorschläge machen und eine aufmerksame und kritische Gegenöffentlichkeit zu einseitigen, fachunkundigen Politikvorschlägen bilden.

Frankfurt am Main, Oktober 2023

Heino Stöver, Bernd Wese, Larissa Hornig

²<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/alkohol-tabak-und-gluecksspielwerbung-benoetigen-viel-engere-leitplanken/>

Cannabis



1

Cannabis: Bubatz nix ganz legal - aber ein Schritt in die richtige Richtung

Ingo Ilja Michels, Maximilian Plenert & Rüdiger Schmolke

Die weltweite, europäische und deutsche Drogenpolitik in Bezug auf Cannabis befindet sich in einem Umbruch. Viele Staaten bewerten die einseitige Politikausrichtung auf das repressiv umzusetzende Drogenverbot als nicht mehr zeitgemäß bzw. effektiv. In vielen Ländern ist Cannabis in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Die grundsätzliche Anerkennung von Cannabis als Medizin gilt als fachlicher Konsens. Dies hat zu einer Erosion des Drogenverbots mit vielen Sonderregelungen jenseits der internationalen Suchtstoffkontrollübereinkommen geführt (u.a. Rolles et al. 2012; akzept e.V. o. J.).

In Deutschland fordern Bündnis'90/DIE GRÜNEN und DIE.LINKE seit langem die Legalisierung von Cannabis. In den letzten Jahren haben sich auch FDP und SPD für drogenpolitische Veränderungen über die Entkriminalisierung hinaus geöffnet. Im 2021 geschlossenen Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und Bündnis 90/DIE GRÜNEN wurde die vollständige Legalisierung des Umgangs mit Cannabis angekündigt. Der folgende Beitrag geht auf den Stand der Umsetzung dieses Vorhabens im August 2023 ein.

Einschätzung des Risikopotentials von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen

Bei der Frage, welches Risiko beim Konsum psychoaktiver Substanzen besteht, wurde von Seiten der Bundesregierung lange Zeit nicht nach den tatsächlichen individuellen und gesellschaftlichen Risiken des Konsums unterschieden, sondern die Gefährlichkeit mit dem Legalstatus gleichgesetzt. In der Allgemeinbevölkerung etablierte sich die Wahrnehmung, der (mäßige) Konsum von Alkohol sei relativ unproblematisch. Alkoholkonsum ist in allen europäischen Ländern verbreitet und kulturell verwurzelt. Er ist Nahrungsmittel, Konsum- und Kulturgut, psychoaktive Droge und Handels- und Exportgut zugleich (Babor et al., 2005), steht jedoch auch mit vielfältigen sozialen Folgen wie Gewaltdelikten, Verkehrsunfällen und beruflichen Fehlzeiten in Verbindung (u.a. Edwards et al. 1994, Babor et al. 2005). Auch der Konsum von Tabakprodukten wurde jahrzehntelang verharmlost. Der Konsum „illegaler“ psychoaktiver Substanzen galt hingegen generell als unangemessen und gefährlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit. Auch Cannabiskonsum sei per se besonders gesundheitsschädlich und riskant.

Erst in jüngsten Forschungsansätzen wurde versucht, eine objektive Risikoanalyse psychoaktiver Substanzen unabhängig von ihrem Legalstatus vorzunehmen (Nutt

2007, 2010). Auf Grundlage der Studien von Nutt et al. lässt sich schlussfolgern, dass alle psychotropen Substanzen schädlich, jedoch nicht in gleichem Ausmaß schädlich sind. Mündige Bürger:innen sollten auf der Grundlage geeigneter Aufklärung statt Kriminalisierung die Möglichkeit haben, informierte Entscheidungen über ihren Konsum zu treffen (Nutt, 2010; Weltkommission für Drogenpolitik, 2019). Den Studien zufolge stellt z.B. das Rauchen von Cannabis ein „relativ kleines Risiko“ für psychotische Erkrankungen durch Cannabis dar. Ein Diskurs über Nutts Erkenntnisse fand in Deutschland in der Fachwelt statt, aber erst 2021/2022 veröffentlichten führende deutsche Suchtforscher:innen eine Analyse, die zu ähnlichen Schlüssen kommt (Bonnet et. al. 2022).

Bedingungen des Internationalen Öffentlichen Rechts für die Cannabis-Legalisierung

Auch über die Frage, unter welchen Bedingungen die grundsätzliche Legalisierung bzw. Strafreistellung des Umgangs mit Cannabisprodukten rechtlich umsetzbar ist, intensivierte sich in den vergangenen Jahren die Debatte.

Der EU-Rahmenbeschluss 2004/757/JI, Art. 2 (EU 2004), verpflichtet die Mitgliedstaaten dazu, jegliche Form des illegalen Handels mit Drogen (und damit auch mit Cannabis) unter Strafe zu stellen, sofern dieser „ohne entsprechende Berechtigung“ vorgenommen wurde (Art. 2 Abs. 1 Satz 1). Strafrechtler:innen der Universität Nimwegen kommen zu dem Ergebnis, dass die Einführung eines staatlich kontrollierten, nationalen Lizenzsystems für Genusscannabis durch einen EU-Mitgliedstaat unter bestimmten Voraussetzungen europa- und völkerrechtlich trotzdem möglich sei. Eine Legalisierung sei demnach dann zu rechtfertigen, wenn der betreffende Staat *„[...] aufrichtig davon überzeugt ist und überzeugend argumentiert, dass er über dieses System die individuelle und öffentliche Gesundheit, die Sicherheit der Öffentlichkeit und/oder die Verhinderung von Gewaltverbrechen wirksamer umsetzen kann, als er dies über den prohibitiven Ansatz für Cannabis für Genusszwecke zu erreichen vermag“* (Suliak 2023). Da ein staatlich lizenziertes und streng kontrolliertes Abgabesystem für Anbau, Vertrieb und Verkauf von Cannabis für Genusszwecke nicht dem Zweck des Art. 2 Abs. 1 des EU-Rahmenbeschlusses zuwider laufe, sei – vorausgesetzt, dass dies keine grenzüberschreitenden Auswirkungen habe oder die transnationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung des grenzüberschreitenden Drogenhandels behindere – eine „Berechtigung“ gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 durchaus gegeben. Um außerdem dem sogenannten Schengener Besitzstand (Schengen-Übereinkommen von 1985 und Durchführungsübereinkommen von 1990) nicht zu widersprechen, müsse das Lizenzsystem – wie dies bereits durch die Bundesregierung angekündigt war – zudem auch einen Beitrag zur Suchtprävention leisten und die erforderlichen verwaltungs- und strafrechtlichen Maßnahmen vorsehen, um den grenzüberschreitenden illegalen Drogenhandel zu verhindern und zu bestrafen (ebd.).

Ein ungleich größeres Hindernis stellten jedoch die Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen für die EU und deren einzelne Mitgliedstaaten dar. Insbesondere das Einheitsübereinkommen und das Übereinkommen gegen den unerlaubten Suchtstoffverkehr (UN 1971, 1972, 1988) lassen generell weder eine Legalisierung oder

Entkriminalisierung, noch eine politisch begründete Duldung des Anbaus, Vertriebs und Verkaufs von Cannabis für den nichtmedizinischen Markt zu. Der Umgang mit Betäubungsmitteln soll ausschließlich auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke beschränkt bleiben. Die EU selbst ist Vertragspartei dieses UN-Übereinkommens. Unter Bezugnahme auf die Menschenrechte bzw. die Pflichten, die sich aus den internationalen Menschenrechtsabkommen auch für die EU-Staaten ergeben, sei jedoch eine regulierte Erlaubnis für den Cannabisanbau und -handel zulässig, denn dies schaffe *„...eine bessere Möglichkeit, die grundlegenden Menschenrechte zu garantieren und somit seine positiven menschenrechtlichen Pflichten zu erfüllen, wonach dieser Staat verpflichtet ist, Vorkehrungen zum Schutz dieser Rechte zu treffen“* (ebd.). Eine weitere Option, die völkerrechtlichen Hindernisse beim Thema Cannabis zu überwinden, sei der Zusammenschluss mit gleichgesinnten anderen Ländern („like-minded states“), auf Grundlage von Art. 41 des Wiener Übereinkommens, um auf eine Änderung der Rechtslage hinzuwirken. Die Übereinkommen können so modifiziert werden, *„...„, dass sie für die Staaten kein Hindernis mehr darstellen, z.B. den Anbau, Vertrieb und Verkauf von Cannabis für Genusszwecke zu erlauben, wenn dies im Rahmen eines von diesem Staat eingerichteten nationalen Lizenzsystems erfolgt“* (ebd.; Jelsma 2022).

Neue Entwicklungen in der Cannabispolitik

In Deutschland wird die politische Debatte zum Umgang mit Cannabiskonsum nach wie vor kontrovers geführt. Psychiater:innen und andere Mediziner:innen betonen die Risiken des Konsums, insbesondere für Jugendliche, und warnen vor negativen Folgen einer Cannabis-Legalisierung (BAG KJPP et al. 2021). Dem steht eine große Mehrheit von Expert:innen anderer Bereiche (Sozialwissenschaften, Recht, Kriminologie, Psychologie, Suchtprävention und Drogenhilfe etc.) entgegen, die mehrheitlich eine Entkriminalisierung und/oder eine gesetzliche Re-Regulierung fordert. Auch der Vorsitzende des Bundes Deutscher Kriminalbeamter stellte bereits 2018 fest: *„Das Cannabisverbot ist weder intelligent noch zielführend“* (ZEIT Online 2018, SPIEGEL Online 2018).

Diverse Nichtregierungsorganisationen setzen sich seit vielen Jahren systematisch für die Entkriminalisierung bzw. Legalisierung von Cannabis ein, darunter der Deutsche Hanfverband (DHV), der akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, die Deutsche Aidshilfe (DAH), der Bundesverband Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES, und die Initiative #MyBrain MyChoice). Inzwischen fordern auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), der Fachverband Drogen und Sucht (fdr) und der Paritätische Wohlfahrtsverband eine solche Neuausrichtung der Cannabispolitik. In diversen Publikationen zeigten die Verbände Alternativen zur Prohibitionspolitik auf und beschrieben konkrete Zukunftsmodelle für eine regulierte Abgabe von Cannabis (Akzept 2012; Transform 2023). Akzept gibt zudem gibt zudem jährlich den „Alternativen Drogen- und Suchtbericht“ (ADSB) wie vorliegend heraus, der fehlende drogenpolitische Fortschritte moniert und notwendige Reformmodelle beschreibt.

In einer repräsentativen Umfrage im Jahr 2018 lehnten 63% der der deutschen Bevölkerung die Legalisierung von Cannabis ab, während 34% die Forderung unterstützten, „[...] *dass Erwachsene Cannabis für den Eigenbedarf als Rauschmittel in ausgewählten Geschäften erwerben können...*“ (Rheinische Post 2017). In Umfragen neueren Datums hielten dagegen 56% eine regulierte Cannabisabgabe für „längst überfällig“, während 39% dies für „unverantwortlich“ hielten (IPSOS 2023). In einer weiteren repräsentativen Umfrage vom April 2023 beurteilen 40% „...die Pläne der Bundesregierung, den privaten Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis in diesem Jahr zu legalisieren“, als (eher) richtig, 47% als (eher) falsch (Civey 2023).

Koalitionsvertrag 2021 und Diskurs um die Umsetzung

Im Koalitionsvertrag vom November 2021 kündigten die Ampel-Regierungsparteien die vollständige Legalisierung von Cannabis in Form einer kontrollierten Abgabe an: *„Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein. Dadurch wird die Qualität kontrolliert, die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet. Das Gesetz evaluieren wir nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen“* (SPD, Bündnis'90/DIE GRÜNEN, FDP 2021, 68). Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) ernannte mit Burkhard Blienert einen ausdrücklichen Befürworter einer liberalen Cannabispolitik zum Bundesdrogenbeauftragten (RND 2022). In zahlreichen Interviews betonte Blienert die Größe und Komplexität des Vorhabens, eine Abkehr von der Repressionspolitik und die Fokussierung der Umsetzung auf Prävention, Aneignung von Gesundheitskompetenz und Jugendschutz, der durch eine limitierte regulierte Abgabe möglich sei: *„Es sollte nicht unser Ansatz sein, Cannabis primär zu legalisieren, um mehr Steuern einzunehmen. Das ist sekundär. Unser Ziel ist, die Gesundheit der Konsumenten zu schützen, Kinder und Jugendliche vom Konsum fern zu halten, den Schwarzmarkt trocken zu legen“* (ebd.; STERN 2022, DER SPIEGEL 2022).

Um die Themen Cannabisprävention und Tabakentwöhnung zu stärken, erhöhte der Deutsche Bundestag im Juni 2022 den zunächst vorgeschlagenen Mittelansatz für „Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ um vier Millionen Euro. Zu einer Ausweitung bzw. Initiierung neuartiger Maßnahmen der Cannabisprävention konnte es dabei jedoch auch deshalb nicht kommen, weil die hiervon profitierende Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2022 insgesamt über weniger Mittel für die „Sucht- und Drogenprävention“ verfügte als 2021 (Der Drogenbeauftragte 2022a; Ärztezeitung 2022). Für 2024 sind weitere Einsparungsmaßnahmen vorgesehen (vgl. DHS 2023).

Unter der Leitung des Drogenbeauftragten wurden im Sommer 2022 in einem mehrtägigen, strukturierten Konsultationsprozess die zentralen Fragestellungen des Jugend-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes sowie der künftigen Produktion, Distribution, Lizenzierung und Besteuerung erörtert. Mithilfe des Konsultationsprozesses sollte das für die Umsetzung des Vorhabens erforderliche Fachwissen gebündelt und um die Erfahrungen anderer Länder ergänzt werden. Außerdem ging es darum, einen Raum auch für Einwände und Vorbehalte zu schaffen. Neben den an der Erstel-

lung des Gesetzentwurfes beteiligten Bundesministerien, waren hierzu Expert:innen und Vertreter:innen gesellschaftlicher Interessengruppen eingeladen (www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher; Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2022b).

Nach der internen Auswertung der Konsultationstreffen legte die Regierung im Oktober 2022 ein Eckpunktepapier vor. Danach sollte in Deutschland künftig der Kauf und Besitz von 20 Gramm Cannabis ab dem Alter von 18 Jahren grundsätzlich straffrei sein (BMG 2022). Die Bundesregierung vertrat die Auffassung, dass dies mit bestehenden internationalen Verträgen vereinbar und innerhalb geltenden Europarechts umsetzbar sei. Sie setze die generelle Straffreiheit bei Cannabis jedoch nur um, wenn eine Notifizierung der geplanten Regelungen von Seiten der EU-Kommission ein positives Echo erzeuge.

Mit einem auf Initiative der Jusos im März 2023 gefassten Beschluss bekräftigte der Bundes-Parteivorstand der SPD: „Wir setzen uns daher für eine zügige, europarechtskonforme Legalisierung von Cannabis ein“ (SPD Parteivorstand 2023). Allerdings sei eine umfassende Legalisierung aus europarechtlichen Gründen offensichtlich kurzfristig nicht umsetzbar. Daher unterstütze man die Bundesregierung bei praktikablen Schritten hin zur Legalisierung, etwa in Form von Modellprojekten mit Abgabestellen zunächst nur in einigen Städten, der Entkriminalisierung des Besitzes und des Eigenanbaus sowie der Zulassung von Cannabis Social Clubs. In diesen genossenschaftlich organisierten Vereinen oder Gesellschaften sollen Menschen ohne eigene Anbaumöglichkeit der Zugang zu legalem Cannabis ermöglicht werden (ebd.). In der Folge bezog sich die Bundesregierung unter anderem auf die im Auftrag des BMG entwickelten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Legalisierungsbestrebungen (Manthey et al. 2022, 2023a, 2023b).

Gesetzentwurf vom August 2023

Im April 2023 legte die Bundesregierung ein erneuertes Eckpunktepapier vor, das die Straffreiheit für den Besitz von Cannabisprodukten deutlich enger fasst. Die Möglichkeit zum gemeinschaftlichen Anbau ist demnach in nicht-kommerziellen Vereinigungen vorgesehen. Die Einführung von öffentlich zugänglichen Abgabestellen hingegen ist vorerst nur noch modellweise geplant, die Schaffung von hierfür notwendigen Rahmenbedingungen wird von der ersten Phase des Gesetzesvorhaben abgetrennt (BMG 2023a). Der auf dieser Grundlage interministeriell erarbeitete erste Gesetzentwurf (BMG 2923b) wurde durch das Einholen zahlreicher Stellungnahmen durch Fachverbände angereichert, so dass die Regierung am 16. August 2023 einen weiter entwickelten Entwurf im Bundeskabinett verabschiedete (BMG 2023c) und zur Beratung in den deutschen Bundestag einreichte. Das *Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)* soll dort noch 2023 verabschiedet werden. Der Gesetzentwurf vom August 2023 sieht folgende wesentlichen Regelungen vor:

- Für Erwachsene ist der private Eigenanbau von maximal drei weiblichen blühenden Cannabis-Pflanzen legal. Das Cannabis ist vor dem Zugriff durch Kinder und Jugendliche zu schützen.

- Nicht-gewinnorientierte, sogenannte Anbauvereinigungen mit max. 500 Mitgliedern dürfen unter engen, klar definierten gesetzlichen Rahmenbedingungen Cannabis zu Genusszwecken gemeinschaftlich anbauen und an Mitglieder für den Eigenkonsum abgeben. Die Mitglieder müssen volljährig sein und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.
- Der Konsum von Cannabisprodukten ist in den Anbauvereinigungen untersagt. Er ist in privaten Räumen erlaubt, jedoch nicht im Beisein von Minderjährigen. Im öffentlichen Raum ist ein Abstand von 200m zu Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen, Spielplätzen etc. einzuhalten.
- Die Mitglieder sollen möglichst aktiv in der Anbauvereinigung mitwirken. Eine Mitwirkung von Mitarbeitenden der Vereinigungen beim Anbau ist zulässig, die Beauftragung Dritter mit dem Anbau hingegen ausgeschlossen. Die Mitgliedschaft in mehreren Vereinigungen ist untersagt.
- Werbung und Sponsoring sind Anbauvereinigungen generell verboten.
- Zulassung und Überwachung der Anbauvereinigungen (u.a. in Bezug auf die Einhaltung der Mengen-, Qualitäts- und Jugendschutzvorgaben etc.) erfolgen durch die Landesbehörden. Die Anzahl der Vereinigungen kann nach Bevölkerungsdichte begrenzt werden.
- Die Mitglieder decken die entstehenden Kosten durch Beiträge, gestaffelt nach Abgabemenge (ggf. mit Grundpauschale und zusätzlichen Beträgen je abgegebenem Gramm).
- Die Abgabe der geernteten Cannabisblüten ist ausschließlich an Mitglieder erlaubt. Dabei dürfen max. 25g Cannabis pro Tag und max. 50g pro Monat, sowie max. 7 Samen oder 5 Stecklinge pro Monat bezogen werden. Für Heranwachsende unter 21 Jahren ist eine Begrenzung der Entnahmemenge auf maximal 30g pro Monat und eine zusätzliche Begrenzung des THC-Gehalts versehen.
- Neben dem geernteten Genusscannabis dürfen (nur) an die Mitglieder auch von der Vereinigung erzeugte Samen und Stecklinge für den Eigenanbau abgegeben werden. Saatgut und/oder Stecklinge können für den privaten Eigenanbau zu Selbstkosten über die Vereinigungen bezogen werden, ohne dass die Mitgliedschaft in einer Vereinigung dafür Voraussetzung ist.
- Besitz und Mitführen von Cannabis in der Öffentlichkeit ist bis 25g möglich. Es gelten Strafvorschriften für darüber hinaus gehenden Besitz, für Handel und Abgabe an Nichtmitglieder, für Kinder und Jugendliche sowie für die Abgabe von nicht in den Vereinigungen selbst angebautem Cannabis.
- Die Grenzwerte im Straßen-, Schiffs- und Luftverkehr werden unter Einbeziehung der einschlägigen Fachgremien überprüft. Regelungen über die Zulässigkeit von Fahrten unter Einfluss von Cannabis orientieren sich dabei ausschließlich an den Erfordernissen der Verkehrssicherheit.
- Das in vorherigen Versionen noch enthaltene, realitätsfremde Konsumverbot für Minderjährige wurde gestrichen. Minderjährigen bleibt jedoch jeglicher Be-

sitz von Cannabisprodukten verboten. Die Strafverfolgungsbehörden sind zur Beschlagnahme von Cannabis im Besitz von Jugendlichen und zur Benachrichtigung ihrer Personensorgeberechtigten verpflichtet. Den Jugendlichen bzw. ihren Eltern sollen Angebote der Frühintervention gemacht werden, wobei der obligatorische Charakter an deren Teilnahme im Gesetzestext in der letzten Fassung zwar abgemildert, aber letztlich nicht eindeutig formuliert wurde.

In einer zweiten Phase der Gesetzgebung sollen derzeit sich in der Vorprüfung befindliche Rahmenbedingungen und -regelungen für die kontrollierte Cannabisabgabe an Modellstandorten verabschiedet werden. Im August 2023 unterstützte die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland (eher) die Legalisierung von Cannabis, während 40 Prozent dies (eher) ablehnten (YouGov 2023).

Zwischenfazit: Eine gelungene Entkriminalisierung - doch nicht viel mehr

Das Gesetz geht weit über eine bloße Entkriminalisierung für Erwachsene hinaus: Da künftig der Besitz von bis zu 25 g Cannabis für Erwachsene uneingeschränkt legal ist, fallen bis zu dieser Schwelle Tatbestand und Anlass für die Strafverfolgung grundsätzlich weg. Mit der Möglichkeit zum privaten und genossenschaftlichen Eigenanbau wird zudem auch eine legale Bezugsmöglichkeit geschaffen. Beides zusammen genommen bedeutet einen großen Schritt in Richtung einer rationalen Drogenpolitik.

Beim vorgelegten Gesetzesentwurf handelt es sich aber bei weitem nicht um die im Koalitionsvertrag angekündigte und noch 2022 geplante vollständige Legalisierung im Sinne einer umfassenden Zugänglichkeit von qualitätsgeprüftem Cannabis für Erwachsene. Der vorliegende Gesetzesentwurf ‚atmet‘ zu großen Teilen den Geist des repressiven Betäubungsmittelgesetzes; die restriktive Auslegung des Drogenrechts durch die beteiligten Ministerien, detailversessene Verriegelungen und hohe bürokratische Schranken führen im Ergebnis eher zu einem ‚BtMG Light‘ als zu einer progressiv-pragmatischen Neuregulierung.

Bleibt es bei den bislang vorgesehenen Regelungen, so ist zu befürchten, dass zu wenige funktionale Anbauvereinigungen für eine flächendeckende Versorgung entstehen und die illegale Beschaffung und Weitergabe von Cannabis auf lange Zeit die Regel bleibt. In diesem Fall könnten die Anbaugemeinschaften nur wenig dazu beitragen, den illegalen Handel in einem relevanten Umfang zu ersetzen. Weit gefasste Konsumverbote in der Öffentlichkeit und Anbauvereinigungen, deren Mitgliedschaft hohe finanzielle Hürden aufweist, könnten zudem zu einer sozialen Schieflage führen, indem legales Cannabis für gut Situierte, die auch über genügend große private Räumlichkeiten zum Konsum verfügen, eine Realität wird, während andere sich auch künftig weitgehend auf illegalem Weg versorgen und auf verbotene Weise konsumieren müssen. Fragen zur Herstellung von Rechtssicherheit für die Teilnahme am Straßenverkehr oder der Umgang mit dauerhaft Cannabis Konsumierenden und/oder von Cannabis abhängigen Jugendlichen bleiben vorerst ausgeklammert bzw. dauerhaft ungelöst. Entsprechend großer Unmut zeigt sich bei den sich seit vielen Jahren mit konkreten Regulierungsmodellen befassenden Verbänden und Interessengruppen.

So bleibt insgesamt zu bezweifeln, ob der vorliegende, mit einem hohen Regelungs- und Kontrollaufwand versehene Kompromissvorschlag auch in einigen Jahren rück-

blickend noch als positives Beispiel als ein Baustein einer gelungenen Drogenpolitikreform gelten wird. Mittel- und langfristig führen nur eine vollständige Neuregulierung und die Legalisierung der vollen Produktions-, Abgabe- und Besitzkette von Cannabis zu einer, im Sinne des gesundheitspolitischen Primats, rationalen drogenpolitischen Lösung.

Beim vorgelegten Kompromissvorschlag bleibt zu hoffen, dass die Fraktionen der Ampelkoalition im Bundestag das Gesetz noch erheblich nachbessern, bevor es verabschiedet wird. Wichtigste Änderungsbedarfe lassen sich unter folgenden Stichpunkten zusammenfassen:

- Realistischer, entdramatisierter Umgang mit Cannabis: Die unterstellte “Anreizwirkung” auf Kinder und Jugendliche im öffentlichen Raum und das daraus abgeleitete Abstandsgebot von 200 Metern um Schulen, Spielplätze sowie Kinder- und Jugendeinrichtungen ist für Großstädte realitätsfern. Es würde in der Praxis rechtliche Unsicherheiten, einen gigantischen Verfolgungsaufwand für die Kontrollbehörden und bei den Konsument:innen das Gefühl einer erratischen, willkürlichen Strafverfolgung nach sich ziehen und muss deutlich reduziert werden.
- Förderung der sozialen Kontrolle und des gemeinschaftlichen Erlernens risikoarmer Konsummuster: Eigens angebautes Cannabis muss in der eigenen Wohnung gemeinsam mit anderen Erwachsenen konsumiert werden dürfen. Der gemeinsame Konsum von Cannabis in den Anbauvereinigungen schafft keine zusätzlichen Konsumanreize, fördert aber einen verantwortungsvollen Konsum und muss daher ermöglicht werden.
- Angemessene Sanktionen: Zwischen den im Gesetz definierten erlaubten Besitzmengen und dem Bereich der Straftatbestände muss ein Bereich der Ordnungswidrigkeiten formuliert werden. Für früher wegen konsumbezogener Delikte Verurteilte muss eine umfassende Amnestie erfolgen.
- Förderung statt Behinderung nicht-profitorientierter Produktion und Abgabe: Absenkung der Zugangsschwellen und Entbürokratisierungen für die Anbauvereinigungen. Clubs und Genossenschaften müssen niedrigschwellig organisierbar und führbar sein. Auflagen (z.B. Abstandsregelung, Dokumentations- und Berichtspflichten) müssen deutlich reduziert werden.

Im weiteren Verlauf der Drogengesetzgebung und konkret im angekündigten zweiten Schritt der Gesetzgebung noch in der Legislaturperiode 2021-2025 müssen vorrangig folgende Aspekte im Fokus stehen:

- Aufbau lizenzierter Abgabe: Um Erwachsenen, die keine Möglichkeit zur eigenen Produktion besitzen, den Zugang zu qualitätsgeprüften Cannabisprodukten zu ermöglichen, müssen flächendeckend Abgabestellen eingerichtet werden. Die Kommunen müssen aktiv unterstützt werden, hierbei mitzuwirken. Prioritäres Ziel muss die Marktdominanz von legal erworbenem, qualitätskontrolliertem und mit der Möglichkeit einer gesundheitskompetenten Aufklärung und Beratung verbundenem Cannabis sein. Mittelfristig müssen auch andere Organisationsformen als Vereine und Genossenschaften zugelassen werden, z.B. GmbHs.

- Systematische Förderung von Konsumkompetenz und Safer Use: Die Weiterentwicklung von Aufklärungs-, Informations- und Beratungsangeboten sowie von psychoedukativen Gruppenangeboten muss dringend angegangen werden. Dabei sollten Jugendliche und deren Bezugspersonen sowie junge Erwachsene die Hauptzielgruppen bilden. Zur Umsetzung sind langfristig erhebliche finanzielle Mittel auf Länder- und kommunaler Ebene nötig. Der Bund steht in der Pflicht, hier erhebliche Anschubfinanzierungen zu leisten und dauerhaft Mittel für Koordination und Evaluation zur Verfügung zu stellen.
- Konsistenter Jugendschutz statt Repression: Eine Legalisierung des Besitzes von Cannabis auch für Minderjährige wäre beim aktuellen Stand der drogenpolitischen Debatte weder angezeigt noch durchsetzbar gewesen. Langfristig muss es jedoch Ziel sein, analog zum Umgang mit Alkohol und Nikotinprodukten, auf Jugendschutz statt Sanktionierung von Jugendlichen hinzuwirken. Dazu ist es wichtig, Jugendlichen den Zugang zu für sie attraktive, freiwillige Informations-, Beratungs- und Präventionsangebote zu ermöglichen. Selbstredend braucht es dafür auch erhebliche finanzielle Mittel (DHS 2023). Auch für mit Cannabis auffällig gewordene Minderjährige muss die Teilnahme an Frühinterventionsprogrammen freiwillig sein. Die Wiederbelebung des Erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach §14 SGB VIII - für dessen Ausgestaltung allerdings die Kommunen in der Verantwortung sind - könnte hierbei eine Schlüsselrolle spielen. Da für einen Teil der Jugendlichen Cannabiskonsum eine hohe Attraktivität hat, bleibt es zudem eine dringende Aufgabe zu prüfen, ob mittelfristig auch Jugendlichen (mit Zustimmung ihrer Personensorgeberechtigten, unter pädagogischer Begleitung und bei vorheriger Aufklärung) der Zugang zu legalen Cannabisprodukten in begrenztem Rahmen ermöglicht werden muss - oder welche Alternativen Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, jugendlichem Experimentier- und Risikoverhalten entgegenzukommen und dies aktiv zu begleiten.

Der Gesetzentwurf wird im Oktober 2023 in den Bundestag eingebracht. Bereits am 29. September befasste sich der Bundesrat mit dem Gesetzentwurf. In der Stellungnahme des Bundesrates vom 29.9. 2023 wird nicht mehr empfohlen, das geplante Cannabis-Gesetz für zustimmungspflichtig zu erklären, obwohl auf Länder und Kommunen erhebliche Kontrollfunktionen zukommen, aber die Mengenbegrenzung für den Besitz von 25 Gramm Cannabis sei „deutlich zu hoch angesetzt“ und gehe „weit über den Eigenbedarf hinaus“, ebenso wie die täglichen und monatlichen Bezugsmengen von Cannabis in den privaten „Anbauvereinigungen“. Immerhin gibt es in der Stellungnahme keine grundsätzliche Ablehnung des Gesetzesvorhaben (wie von Bayern gefordert); der Bundesrat begrüßt vielmehr das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel, auf dem Weg zu einer fortschrittlichen und gesundheitsorientierten Drogenpolitik dem Kinder- und Jugendschutz einen besonderen Stellenwert im Cannabisgesetz einzuräumen und die cannabisbezogene Aufklärung und Prävention zu stärken. Auch im Bundestag sind anschließend noch eingehende Debatten über die Cannabis-Freigabe zu erwarten. Die sucht- und drogenpolitischen Sprecher:innen der Ampelkoalition wollen bei den Beratungen im Bundestag auf weitreichende Änderungen des Gesetzentwurfes der Bundesregierung drängen.

Um einen nachhaltigen, rationalen gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis zu ermöglichen, muss sich die Bundesregierung zudem durch Bildung einer europäischen Allianz offensiv für eine Änderung internationaler Verträge einsetzen, so dass diese die rechtskonforme vollständige Legalisierung ermöglichen.

Literatur

- Akzept e.V. (Hrsg.) (2012): Nach dem Krieg gegen die Drogen. Modelle für einen regulierten Umgang. <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2020/12/Blueprint12web.pdf>
- Ärztezeitung 2022: Lauterbachs Haushalt: Koalition von fünf Fraktionen wendet Mittelkürzung für Drogenprävention ab. 13.10.2022. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Grosse-Koalition-von-fuenf-Fraktionen-wendet-Mittelkuerzung-fuer-Drogenpraevention-ab-433294.html>
- Babor T, Room R, Rehm J (2005): Alcohol and public health; Lancet . 2005 Feb 5-11;365(9458):519-30. doi: 10.1016/S0140-6736(05)17870-2
- BAG KJPP (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.) et al. (2021): Gesundheitliche Risiken einer Cannabislegalisierung für Kinder und Jugendliche. Appell der kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften und Verbände in Deutschland. https://www.dgkjp.de/wp-content/uploads/Punchpaper-Cannabislegalisierung_fin.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022): Eckpunktepapier der Bundesregierung zur Einführung einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/Kabinetttvorlage_Eckpunktepapier_Abgabe_Cannabis.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023a): Kontrollierte Abgabe von Genusscannabis an Erwachsene. Eckpunkte eines 2-Säulen-Modells. Eckpunktepapier vom 24.03.2023. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Cannabis/Eckpunkte_2-Saeulenmodell_Cannabis.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023b): Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG). Referentenentwurf vom Juli 2023.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023c): Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG). Referentenentwurf vom August 2023.
- Bonnet et al. (2022): Abwägung von Nutzen und Schädlichkeit von berauschenden und schmerzlindernden Substanzen aus der Perspektive von deutschen Suchtmedizinerinnen (Weighing the benefits and harms of psychotropic and analgesic substances - A perspective of German addiction medicine experts); Fortschr Neurol Psychiatr 2022; 90(01/02): 19-29 DOI: 10.1055/a-1363-0223
- Bundesrat Drucksache 367/1/23 (Beschluss) 29.09.23 *Empfehlung des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)*
- Civey (2023): Wie beurteilen Sie die Pläne der Bundesregierung, den privaten Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis in diesem Jahr zu legalisieren? <https://civey.com/umfragen/30645/wie-beurteilen-sie-die-plane-der-bundesregierung-den-privaten-besitz-von-bis-zu-25-gramm-cannabis-in-diesem-jahr-zu-legalisieren>

- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022a): Bundeshaushalt 2022: Mehr Geld für die Suchtprävention. Pressemitteilung vom 03.06.2022. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/bundeshaushalt-2022-mehr-geld-fuer-die-suchtpraevention/>
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022b): Cannabis-Regulierung: Nationale Expertenkonsultation und International Expert Hearing Konferenz „Cannabis, aber sicher“. Dokumentation des Konsultationsprozesses. Berlin
- DER SPIEGEL (2022): Rauschmittel gehören zur Gesellschaft. Interview mit Burkhard Bliener. 19.3.2022, S.104f.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2023): DHS kritisiert Kürzungspläne im Bundeshaushalt 2024. Pressemitteilung vom 12.07.2023. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2023-07-12_PM_Internet_Suchtpr%C3%A4vention_Bundeshaushalt_2024.pdf
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., MaËkelaË, K., Midanik, L. T., NorstroËm, T., OËsterberg, E., RomelsjoË, A., Room, R., Simpura, J. and Skog, O.-J. (1994): Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press, Oxford
- EU (Europäische Union) (2004): Rahmenbeschluss 2004/757/JI des Rates vom 25. Oktober 2004 zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32004F0757>
- IPSOS (2022): Cannabis-Legalisierung: Deutliche Mehrheit unterstützt Ampel-Pläne; 08. September 2022. <https://www.ipsos.com/de-de/cannabis-legalisierung-deutliche-mehrheit-unterstutzt-ampel-plane>
- Jelsma, M. (2022): Cannabis regulation vs. international and EU law. Legal tensions and compliance options. In: Heino Stöver & Ingo Ilja Michels (Hrsg.): Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 11. Jahrgang, Heft 3/4-2022.
- Manthey, J., Jacobsen, B., Hayer, T., Rosenkranz, M., Verthein, U., Kalke, J. (2022): Handlungsempfehlungen zur Legalisierung von Cannabis in Deutschland. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2023/01/Handlungsempfehlungen_221209_barrierefrei.pdf
- Manthey, J., Hayer, T., Jacobsen, B., Kalke, J., Klinger, S., Rehm, J., Rosenkranz, M., Verthein, U., Wirth, M., Armstrong, M., Myran, D., Pacula, R., Queirolo, R., Zobel, F. (2023a): Technischer Bericht: Auswirkungen der Legalisierung von Cannabis (ECaLe). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/230623_Technical_Report_de_bf.pdf
- Manthey, J., Hayer, T., Jacobsen, B., Kalke, J., Klinger, S., Rehm, J., Rosenkranz, M., Verthein, U., Wirth, M., Armstrong, M., Myran, D., Pacula, R., Queirolo, R., Zobel, F. (2023b): Policy Paper: Effekte einer Cannabislegalisierung (ECaLe). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/ECaLe_Policy_Paper.pdf
- Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C (March 2007): “Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse” (PDF). *Lancet*. 369 (9566): 1047–53. doi:10.1016/S0140-6736(07)60464-4. PMID 17382831. S2CID 5903121

- Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. (2010): "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis" (PDF). *Lancet*. 376 (9752): 1558–65. CiteSeerX 10.1.1.690.1283. doi:10.1016/S0140-6736(10)61462-6. PMID 21036393. S2CID 5667719.
- Rheinische Post (2017): Forsa-Umfrage: 63 Prozent gegen Cannabis-Legalisierung. Available at: https://rp-online.de/panorama/deutschland/forsa-umfrage-2017-63-prozent-gegen-cannabis-legalisierung_aid-20786657
- RND (Redaktionsnetzwerk Deutschland) (2022): Drogenbeauftragter über geplante Cannabis-Freigabe: „Ein Ritt auf der Rasierklinge.“ Interview vom 20.01.2022
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Slater, J. (2012): Alternative World Drug Report: Counting the Costs of the War on Drugs. <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/640e45e3-1413-4f19-b18d-c12303bbe9fc/alternative-drug-report-20120626.pdf>
- SPD, Bündnis'90/DIE GRÜNEN, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
- SPD Parteivorstand (2023): Drogenpolitik sozialdemokratisch gestalten. Beschluss vom 27.03.2023. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Partei-spitze/PV_2023/20230327_PV_Drogenpolitik.pdf
- SPIEGEL Online (2018): „Das Cannabisverbot ist weder intelligent noch zielführend.“ 05.02.2018. <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/cannabis-legalisierung-was-dafuerspricht-a-1191487.html>
- STERN (2022): Bei Cannabis ist das Strafrecht kein Instrument, das hilft. Interview mit Burkhard Blienert. Interview vom 12.3.2022.
- Suliak, H. (2023): Cannabis-Freigabe und internationales Recht: Ist die Legalisierung ein Gebot der Menschenrechte? In: LTO (Legal Tribune Online) vom 01.03.2023
- Transform Drug Policy Foundation (Hrsg.) (2023): Cannabis regulieren. 3. Auflage, Deutsche Übersetzung. https://legalisierung.info/wp-content/uploads/2023/02/DE_CR_Body_Web4.pdf
- UN (United Nations) (1971): Convention on Psychotropic Substances of 1971, https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf;
- UN (United Nations) (1972): Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf;
- UN (United Nations) (1988): Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988, https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf
- Weltkommission für Drogenpolitik (Global Commission on Drugs) (2019): Klassifizierung psychoaktiver Substanzen. Die Wissenschaft im Abseits. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2020/02/2019Report_DEU_web.pdf
- YouGov (2023): Deutsche beim Thema Cannabis-Legalisierung unentschieden. <https://yougov.de/topics/politics/articles-reports/2023/08/28/deutsche-beim-thema-cannabis-legalisierung-unentsc>
- ZEIT Online 2018: „Das Cannabisverbot ist weder intelligent noch zielführend“; 05.02.2018. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2018-02/cannabis-bdk-chef-andre-schulz-legalisierung>

HHC – legale Cannabisprodukte am Kiosk?

Fabian Pitter Steinmetz & Bernd Werse

Zusammenfassung

Cannabisalternativen auf dem regulären Markt sind nichts Neues. Nach ‚Spice‘ und CBD-Blüten gibt es aber nun Produkte, die dem konventionellen, THC-haltigen Cannabis bemerkenswert ähnlich sind. Hauptwirkstoff ist zumeist HHC, ein semisynthetisches Cannabinoid mit einer ähnlichen Wirkung und Potenz wie THC, welches bspw. auf Nutzhanfblüten aufgetragen wird. Diverse Produkte werden online, aber auch in Kiosken und anderen Verkaufsstellen angeboten. Eine Regulierung bezüglich Abgabe und Qualität fehlt bislang allerdings weitgehend, was zusätzlich zu den typischen Risiken von Cannabis das Risikopotenzial weiter erhöht. Da bereits Produkte mit weiteren Wirkstoffen (HHC-O, H4CBD etc.) auf dem Markt verfügbar sind, über deren Effekte teilweise noch weniger bekannt ist, kann die Entwicklung durchaus als bedenklich betrachtet werden. Dennoch ist es wichtig, einen kühlen Kopf zu bewahren und das Problem mit einer vernünftigen Legalisierung von konventionellem Cannabis zu lösen. Denn auch der aktuelle HHC-Trend ist höchstwahrscheinlich nur eine Ausweichbewegung.

Hintergrund

Cannabis ist illegal, weil es verboten ist – so oder so ähnlich beschrieb es die ehemalige Drogenbeauftragte Marlene Mortler in einem Interview. Und weil der Verkauf von Cannabis eben verboten ist, läuft dieser zum einen illegal ab, zum anderen gibt es auch immer mal wieder mehr oder minder künstliche Cannabis-Alternativen auf dem regulären Markt zu finden. Populäre Beispiele dafür waren die Kräutermischungen, die ab 2004 in Headshops als ‚Spice‘ verkauft wurden. Diese waren mit synthetischen Cannabinoiden wie JWH-018 versetzt, was die relativ potente Wirkung erklärt (Auwärter et al., 2009). Auch die nicht/kaum psychoaktiven, rauchbaren CBD-Produkte, die in den Folgejahren auf den Markt kamen und bis heute in einer rechtlichen Grauzone verkauft werden, wurden teilweise mit synthetischen Cannabinoiden gestreckt und auf dem Schwarzmarkt als herkömmliches, illegales Cannabis weiterverkauft. Dabei wurden häufig noch potentere synthetische Cannabinoide, z.B. MDMB-4en-PINACA, genutzt (Oomen et al., 2022).

Aktuell macht aber die Substanz Hexahydrocannabinol (HHC) von sich reden. Chemisch gesehen handelt es sich um einen Rückschritt zu einem weniger potenten und chemisch näher am THC orientierten Molekül. Das alleine sagt aber erstmal nur bedingt etwas über Wirkung und Risiken aus. In Kiosken sowie im Online-Handel findet man diverse HHC-Produkte, von Blüten und Haschisch über E-Zigaretten

(Vapes) und (nahezu) reines HHC bis hin zu mit der Substanz versetzte Lebensmittel (Edibles). Erfahrungsberichte, Dokumentationen und Werbung via Social-Media tragen zur Verbreitung bei.

Was ist HHC?

Wenn man THC und HHC ausschreibt, als Tetrahydrocannabinol und Hexahydrocannabinol, dann wird auch chemischen Laien schnell klar, dass diese Stoffe eng miteinander verwandt sind. Sie unterscheiden sich nämlich nur um zwei Wasserstoffe, während andere synthetische Cannabinoide (wie die oben genannten JWH-018 und MDMB-4en-PINACA¹) chemisch gesehen nicht viel mit THC zu tun haben. Natürlich interagieren alle diese Stoffe mit unserem Endocannabinoidsystem, und zwar dem CB1-Rezeptor, allerdings tun dies THC (und vermutlich auch HHC) deutlich schwächer. Das erklärt auch, warum synthetische Cannabinoide à la MDMB-4en-PINACA mit schweren Vergiftungen und Todesfällen in Verbindung gebracht werden, und THC eben nicht (EMCDDA, 2021). Das Sicherheitsprofil von HHC ähnelt dabei wohl dem von THC, allerdings hängt dies von ein paar Bedingungen ab (z.B. ausreichende Aufreinigung des Wirkstoffs, vergleichbare Konzentration). Aber auch bei den qualitativ besten Produkten bleibt ein zusätzlicher Risikofaktor erhalten, der auf das inhärente Risiko von THC addiert werden muss.

HHC selbst ist ein „Minor Cannabinoid“, d.h. es kommt neben mehr als 100 weiteren Cannabinoiden natürlich in der Pflanze vor, allerdings nur in Spuren (Hanuš et al., 2016). Laut einem US-Patent des Chemikers Roger Adams wurde HHC bereits in den 1940ern synthetisiert (US2419937A). Ob die Hanfpflanze den Stoff selbst produziert oder ob dieser erst bei Lagerung oder Weiterverarbeitung entsteht (wie bspw. das Oxidationsprodukt Cannabinol) ist unklar. Was den Handel angeht, wird wohl sämtliches Material via chemischer Synthese hergestellt. Insbesondere die Hydrierung von Δ^8 -THC, welches wiederum aus CBD isomerisiert werden kann, bietet sich hier an (Collins et al., 2023; Marzullo et al., 2020). HHC, das Syntheseprodukt, besteht aus zwei Stereoisomeren, (9S)-HHC und (9R)-HHC, wobei letzteres wohl das aktivere Cannabinoid ist und somit maßgeblich für die Wirkung verantwortlich ist (Russo et al., 2023; Casati et al., 2022; Reggio et al., 1989). Es gibt viele Gerüchte über Verunreinigungen (Synthesebeiprodukte, Katalysatorrückstände, Schwermetalle etc.), allerdings kaum Belege dafür – online werden Analysezertifikate, die nur bedingt Risiken implizieren, diskutiert. Aufgrund mangelnder Regulierung, also keinerlei Zulassungsverfahren, Qualitätsstandards oder Behördenaudits, ist es nicht unwahrscheinlich, dass etwas an diesen Gerüchten dran ist.

¹Von der chemischen Struktur her handelt es sich bei diesen Substanzen um Derivate, die allesamt auf anderen Gerüsten aufbauen als THC, CBD, CBN etc. Nach dem Baukasten-Prinzip wurden diese stetig verändert, um die Potenz zu steigern und um Verbote zu umgehen. Um diese Substanzen von natürlichen Cannabinoiden abzugrenzen, werden sie oft als Cannabinoidmimetika oder SCRA (synthetic cannabinoid receptor agonists) bezeichnet.

Wie ist HHC rechtlich einzuordnen?

HHC fällt aktuell weder unter das BtMG noch unter das NpSG. Daher ist der Besitz und die Abgabe *per se* keine strafbare Handlung – auch nicht an Minderjährige. Allerdings muss bei Nutzhanf der „Missbrauch zu Rauschzwecken“ ausgeschlossen werden (BtMG, Anlage I). Während die Begrifflichkeit originär darauf abzielt, den THC-Gehalt zu kontrollieren, ist das Auftragen eines Analogons mit ähnlicher Wirkung theoretisch ebenso strafbar. Demnach dürfte HHC-haltiges Hanfblütenmaterial nicht verkehrsfähig sein. Auch HHC-Haschisch könnte dieser Passus u.U. unter Bezugnahme auf die Bezeichnung „Cannabisharz“ angewendet werden. Des Weiteren gelten für Lebensmittel zahlreiche Regularien, die das Versetzen mit neuartigen, synthetischen Stoffen initial zulassungspflichtig machen (entsprechend der EU-Novel Food-Verordnung; EU, 2015). Unklarer erscheint der Rechtsstatus bei HHC-„Vapes“, also (Einweg-)E-Zigaretten, die als „Tabakwaren-Substitut“ mit Steuermarke verkauft werden und in der Regel hohe Anteile (oft über 90%) des synthetischen Wirkstoffs, aber keine Cannabisbestandteile enthalten. Paradoxerweise ist es hier also gerade das Fehlen nicht pharmakologisch wirksamer Pflanzenbestandteile, welche das hochpotente Produkt ‚legaler‘ werden lässt.

Der Umstand, dass der Verkauf zumindest von HHC-Produkten mit Cannabis-Bestandteilen entsprechend der o.g. Argumentation nicht erlaubt sein dürfte, hat aber bislang offenbar nichts daran geändert, dass HHC sehr leicht verfügbar ist. So finden sich bei einer einfachen Internetsuche zahlreiche deutschsprachige Online-Shops, bei denen nicht nur die gesamte Palette HHC-haltiger Produkte, sondern auch weitere mit THC verwandte Stoffe (s.u.) erhältlich sind. In Online-Foren wie *eve-rave.ch* finden sich Meldungen aus zahlreichen Regionen Deutschlands darüber, in welchen vielfältigen Verkaufsstätten HHC-Produkte verkauft werden: von Berliner „Spätis“ über andere Kioske, Hanfläden, Tabakhandel und Tattoo-Studios bis hin zu Automaten. Größere Mengen an hochprozentigem HHC sind online teilweise sehr günstig erhältlich. Zudem haben, ähnlich wie bei Shisha-Tabak und nikotinhaltigen Vapes, mittlerweile auch Rapper ihre eigenen HHC-Vape-Labels auf dem Markt platziert. Auch wenn in manchen Regionen von Beschlagnahmungen berichtet wird, scheint der HHC-Verkauf weitgehend von der Strafverfolgung unbehelligt weiterzulaufen.

Abgesehen von der leichten Verfügbarkeit kann ein ‚Ersatzprodukt‘ wie HHC für manche Personen von Interesse sein, die Drogentests (z.B. aufgrund von Arbeit oder Führerscheinverfahren) absolvieren müssen. Allerdings ist es sehr wahrscheinlich, dass die chemische Ähnlichkeit zu THC zu positiven Reaktionen führt. Die Stoffwechselprodukte sind sich sehr ähnlich, teilweise sogar identisch, und spätestens mit chromatografischen Methoden ist ein signifikanter Konsum zweifelsfrei feststellbar (Höfert et al., 2023). Wichtig in diesem Kontext ist auch zu erwähnen, dass beraushtes Fahren auch von vermeintlich legalen Stoffen geahndet wird und der Konsum auch grundsätzlich Folgen für den Besitz der Fahrerlaubnis haben kann.

Wie verbreitet ist HHC?

Zu dieser Frage gibt es mangels empirischer Daten bislang leider keinerlei gesicherte Erkenntnisse, lediglich vage Anhaltspunkte. Zunächst ist dabei die hohe Verfügbarkeit genannt, die möglicherweise tendenziell dort noch höher sein könnte, wo üblicherweise besonders restriktiv mit Cannabis umgegangen wird (hierauf weisen anekdotische Berichte aus München hin). In einschlägigen Online-Foren sowie auf Sozialen Medien gibt es zahlreiche Einträge zu HHC-Konsum. Vor allem HHC-Vapes bzw. -Disposables (siehe auch Steimle et al. in diesem Band) scheinen sich großer Beliebtheit zu erfreuen. Aufgrund der leichten Verfügbarkeit ohne Jugendschutz einschränkungen sowie im Zusammenhang mit dem an junge Käufer:innen gerichteten (Online-)Marketing könnten HHC-Produkte möglicherweise insbesondere für Minderjährige attraktiv sein. Nochmals deutlich gesunkene Prävalenzraten bei (THC-haltigem) Cannabis in der Frankfurter MoSyD-Schulbefragung (Werse et al., 2023) könnten möglicherweise auf einen gewissen Substitutionseffekt hindeuten – im nächsten Jahr wird es aus dieser Erhebung gesicherte Zahlen über HHC-Erfahrungen Jugendlicher geben.

Ausblick

Neben HHC gibt es noch weitere Stoffe, die chemisch nah am THC bzw. CBD sind. Mittlerweile haben die meisten Online-Shops, die mit HHC handeln, auch Produkte mit HHC-O, HHCP, THCP und H4CBD in ihr Angebot aufgenommen – diese sind teilweise stärker in der Wirkung als THC bzw. HHC. Das Katz-und-Maus-Spiel, das mit Spice begann, geht also in die nächste Runde. Auch wenn diese Stoffe wegen ihrer Ähnlichkeit zu THC möglicherweise generell weniger problematisch sind als die ‚alten‘ synthetischen Cannabinoide, so bleiben sie dennoch weitestgehend unerforscht und sind aktuell komplett unreguliert und unterliegen keinem Jugendschutz. Allerdings wäre es fatal, den gleichen Fehler wie beim NpSG zu machen und sämtliche THC- und CBD-Analoga mittels einer chemischen Stoffgruppe zu verbieten. Zum einen ändern solche Verbote nicht viel an der Verbreitung und vor allem den Risiken für die Konsumierenden (Kraus et al., 2019), zum anderen würde ein Stoffgruppenverbot die Nutzhanfindustrie und die Cannabisforschung schwer treffen. Denn eine chemische Gruppe, die all diese Stoffe abdeckt, würde unnötigerweise viele, potenziell wertvolle Substanzen verbieten, womöglich sogar CBD (jenseits zugelassener Medikamente). Das beste Instrument, um dem unregulierten HHC-Markt zu begegnen, ist und bleibt die Legalisierung von konventionellem Cannabis. Denn wo sich ein entsprechender legaler Markt für Cannabis etablieren kann, dort spielen jene künstlichen Alternativen eine deutlich geringere Rolle. Hierzu genügt schon ein Blick in die Niederlande oder Spanien (bspw. deren Drug-Checking-Programme), auch wenn man dort von einer echten Legalisierung des Marktes ebenso weit entfernt ist wie in Deutschland.

Trends wie der aktuelle HHC-Trend werden durch agile Märkte und Soziale Medien stark begünstigt bzw. beschleunigt. Allerdings ist es wichtig festzuhalten, dass es sich vornehmlich um eine Ausweichbewegung handelt, und dass der offene Verkauf zumindest eines Teils der HHC-Produkte mittels aktueller Gesetze (BtMG,

Lebensmittelrecht u.a.) ohnehin unterbunden werden könnte. Besonders unklar ist die Rechtslage indes bei den offenbar populären HHC-Vapes. Ohnehin besteht bei Einweg-E-Zigaretten akuter Regulierungsbedarf (Steimle et al. in diesem Band). Im Fall der HHC-Vapes ist in besonderem Maße darauf zu achten, dass Jugend- und Verbraucherschutz berücksichtigt werden, etwa durch neutrale Verpackungen, genaue Deklaration, Warnhinweise und Kontrollen des Jugendschutzes. Generell ist zu hinterfragen, inwiefern es wenig erforschte Konsumprodukte auf dem Markt geben muss, die vor allem deshalb existieren, weil andere Produkte bislang verboten sind. Insofern zeigt sich anhand von HHC und den anderen THC-Analoga ein weiterer Grund dafür, dass die Bundesregierung baldmöglichst die Cannabis-Legalisierung – nicht nur in Form von erlaubten Besitzmengen, Eigen- und Vereinsanbau, sondern auch Modellversuchen zum kontrollierten Verkauf – umsetzt.

Literatur

- Auwärter V, Dresen S, Weinmann W et al. (2009). ‚Spice‘ and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs? *Journal of Mass Spectrometry* 44(5): 832-837
- BtMG (o.J.): Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/ (Letzter Zugriff 27.09.2023)
- Casati S, Rota P, Bergamaschi RF et al. (2022). Hexahydrocannabinol on the light cannabis market: the latest “new” entry. *Cannabis and Cannabinoid Research*; Epub ahead of print (23.11.2022)
- Collins A, Ramirez G, Tesfatsion T et al. (2023). Synthesis and characterization of the diastereomers of HHC and H4CBD. *Natural Product Communications*. 2023;18(3)
- EMCDDA (2021). Spotlight on... Synthetic cannabinoids (last updated 21.10.2021). Online verfügbar unter: https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/synthetic-cannabinoids_en (Letzter Zugriff 21.09.2023)
- EU (2015): Verordnung (EU) 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates, 25. November 2015, über neuartige Lebensmittel, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 258/97 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EG) Nr. 1852/2001 der Kommission. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32015R2283> (Letzter Zugriff 27.09.2023)
- Hanuš OL, Meyer SM, Muñoz E et al. (2016). Phytocannabinoids: a unified critical inventory. *Natural Product Reports* 33, 1357-1392
- Höfert L, Becker S, Dreßler J et al. (2023). Quantification of (9R)- and (9S)-hexahydrocannabinol (HHC) via GC-MS in serum/plasma samples from drivers suspected of cannabis consumption and immunological detection of HHC and related substances in serum, urine, and saliva. *Drug Testing and Analysis*. Epub ahead of print (31.08.2023)
- Kraus L, Schiemann A, Verthein U et al. (2019). Abschlussbericht (Sachbericht) - Evaluation der Auswirkungen des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG). München: Institut für Therapieforchung. https://ift.de/wp-content/uploads/2022/08/Kraus_et_al_2020_NpSG-Abschlussbericht.pdf (Letzter Zugriff: 22.09.2023)
- Marzullo P, Foschi F, Coppini DA et al. (2020). Cannabidiol as the substrate in acid-catalyzed intramolecular cyclization. *Journal of Natural Products* 83(10): 2894-2901

- Oomen PE, Schori D, Tögel-Lins K et al. (2022). Cannabis adulterated with the synthetic cannabinoid receptor agonist MDMB-4en-PINACA and the role of European drug checking services. *International Journal of Drug Policy* 100: 103493
- Reggio PH, Greer KV, Cox SM (1989). The importance of the orientation of the C9 substituent to cannabinoid activity. *Journal of Medicinal Chemistry* 32(7): 1630-1635
- Russo F, Vandelli MA, Biagini G et al. (2023). Synthesis and pharmacological activity of the epimers of hexahydrocannabinol (HHC). *Scientific Reports* 13(1): 11061
- Werse B, Martens J, Klaus L, Kamphausen G (2023). MoSyD Jahresbericht 2022. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M. (im Erscheinen)

Fachverbände fordern dringende Reformen beim ‚Cannabis-als-Medizin‘-Gesetz

Verbändeübergreifendes Positionspapier

ACM, BDCan, BvCW, BPC, DMCG, IABSP, SCM, VCA

Mit Inkrafttreten des ‚Cannabis als Medizin‘-Gesetzes 2017 wurde schwer erkrankten Patientinnen und Patienten der Zugang zu medizinischem Cannabis und eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen grundsätzlich ermöglicht. Die Erfahrungen aus sechs Jahren Medizinalcannabis in der Praxis zeigen jedoch: Es besteht ein dringender Bedarf an Reformen und Entbürokratisierung.

In Anbetracht der Legalisierungsbestrebungen der Bundesregierung und der damit verbundene regulativen Änderungen sowie des Stellungnahmeverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Arzneimittelrichtlinie zu Cannabisarzneimitteln ist sich ein Bündnis aus Fachverbänden von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern mit der Cannabiswirtschaft einig: Das ‚Cannabis als Medizin‘-Gesetz muss novelliert werden.

Die Verbände¹ haben im Frühjahr 2023 ein gemeinsames Positionspapier erarbeitet, das am 24. Mai 2023 veröffentlicht wurde und an die Politik gerichtete Handlungsempfehlungen enthält.

Regulativ gab es im Bereich Medizinalcannabis seit der Veröffentlichung des Papiers einige (geplante) Entwicklungen in die richtige Richtung, unter anderem durch die Änderungen am Genehmigungsvorbehalt im Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfung- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) oder das im Kabinettsbeschluss zum Cannabisgesetz (CanG) geplante eigenständige Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG).

Nichtsdestotrotz haben die fünf Kernforderungen des verbändeübergreifenden Positionspapiers nicht an Aktualität und Relevanz verloren:

- Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen bei der Kostenübernahme für eine Therapie mit Cannabisarzneimitteln abschaffen, bei gleichzeitigem Regresschutz für die Ärzteschaft
- Medizinalcannabis aus dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes herausnehmen
- Rechtlichen Rahmen für Cannabisarzneimittel bundesweit vereinheitlichen und anwenden

¹Beteiligte Verbände in alphabetischer Reihenfolge am Ende des Beitrages

- Nationale Förderung von Forschungsvorhaben für Cannabis-Therapien ausbauen
- Flächendeckende und vorrangige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit qualitätsgesicherten Cannabisarzneimitteln sicherstellen.

Um das gemeinsame Ziel der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit qualitätsgesichertem medizinischen Cannabis in Deutschland zu gewährleisten, setzen die unterzeichnenden Verbände sich aktiv für eine Reform der gesetzlichen Rahmenbedingungen ein.

Handlungsempfehlungen zur Novellierung des ‚Cannabis-als-Medizin‘-Gesetzes

Mit den nachfolgenden Handlungsempfehlungen möchten wir auf die am dringendsten notwendigen Verbesserungen hinsichtlich der Versorgung mit cannabisbasierten Medikamenten hinweisen. Die unterzeichnenden Verbände fordern, dass nachfolgend genannte Anpassungen des ‚Cannabis-als-Medizin‘-Gesetzes vor oder zumindest zeitgleich mit der angekündigten gesetzlichen Regelung zum kontrollierten Zugang für Genusscannabis für Erwachsene erfolgen.

Genehmigungsvorbehalt abschaffen oder anpassen

Die Erstattung von Medizinalcannabis steht gem. § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Dies ist mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Die Entscheidungskriterien, die zur Zustimmung oder Ablehnung des Genehmigungsantrags führen, wie z. B. die Definition des Begriffs „schwerwiegende Erkrankung“ und die Frage, ob Patientinnen und Patienten bereits austherapiert sind, bleiben auch nach Abschluss des G-BA-Stellungnahmeverfahrens (siehe 1) unklar definiert und damit anfällig für intransparente und willkürliche Entscheidungen. Dies führt zu vielfältigen Unsicherheiten, behindert den Zugang zu medizinischem Cannabis und sorgt durch Einspruchs- und Gerichtsverfahren für zusätzlichen bürokratischen Mehraufwand. Gleichmaßen werden diese Unsicherheiten durch die im G-BA-Beschluss implizit formulierte Nachrangigkeit der Verordnung bzw. Erstattungsfähigkeit von getrockneten Cannabisblüten zur inhalativen Anwendung verstärkt. Bekannt ist, dass für eine Vielzahl von Anwendungen gerade die schnelle Wirkstoffaufnahme durch das rasche Anfluten beim Verdampfen und Inhalieren von Cannabis erforderlich ist, die weder durch verfügbare cannabinoidehaltige Fertigarzneimittel noch durch die orale Aufnahme von Cannabisextrakten erzielt werden kann (Grotenhermen, 2003). Weiterhin wird im Abschlussbericht der BfArM- Begleiterhebung zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln in der Zusammenfassung formuliert: „Mit Cannabisblüten behandelte Patientinnen und Patienten bewerten den Therapieerfolg grundsätzlich höher, brechen die Therapie seltener ab und geben seltener Nebenwirkungen an“ (BfArM, 2022: 4). Daraus lässt sich ableiten, dass Cannabisblüten sehr gut wirksam und verträglich sind. Die zusätzliche Forderung nach einer expliziten ärztlichen Begründung im Rahmen des

Genehmigungsvorbehalts nur für Cannabisblüten wird das Genehmigungsverfahren und damit den Zugang für Patientinnen und Patienten zu einer geeigneten Therapieform unnötig einschränken und erschweren. Bereits heute beklagen viele Ärztinnen und Ärzte den hohen bürokratischen Aufwand des Antragsverfahrens und entscheiden sich oftmals gegen die Unterstützung solcher Anträge.

Die gegenwärtige, (zu) hohe Ablehnungsquote der Erstattungsanträge durch die gesetzlichen Krankenkassen führt dazu, dass viele Patientinnen und Patienten ihre Cannabistherapie selbst finanzieren müssen. Insbesondere bei den oftmals chronischen Erkrankungen und der dadurch bedingten regelmäßigen Medikation ist es problematisch, dass Patientinnen und Patienten häufig keine andere Wahl bleibt, als sich (dauerhaft) mit Cannabis aus unsicheren, illegalen Quellen zu versorgen und selbst zu therapieren. Eine Cannabistherapie muss immer unter Anleitung von medizinischem und pharmazeutischem Fachpersonal erfolgen.

Zur Abschaffung dieser Hürden schlagen die unterzeichnenden Verbände vor, den Genehmigungsvorbehalt, bei gleichzeitigem Regresschutz für die Ärztinnen und Ärzte, vollständig zu streichen.

Sollte eine Streichung des Genehmigungsvorbehalts nicht in Frage kommen, schlagen wir alternativ die Einführung einer antrags- und genehmigungsfreien „Test-Therapiephase“ von mindestens drei Monaten vor, in der die Therapie erstattet wird. In dieser Phase kann in der Regel die Wirksamkeit der Therapie mit Medizinalcannabis festgestellt werden, so dass die Genehmigung dann einfach und faktenbasiert erfolgen kann.

Die unterzeichnenden Verbände fordern den Gesetzgeber daher auf, folgende Verbesserungen und Vereinfachungen des Genehmigungsvorbehalts vorzunehmen:

- Stärkung der Therapiehoheit der Ärztinnen und Ärzte durch Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts hinsichtlich einer Kostenerstattung durch die GKV bei gleichzeitigem Regresschutz
- Kein Sonderstatus oder nachrangige Einstufung für medizinische Cannabisblüten und Cannabisextrakte gegenüber cannabinoidhaltigen Fertigarzneimitteln
- Sollte eine Streichung des Genehmigungsvorbehalts nicht in Frage kommen, schlagen wir alternativ die Einführung einer antrags- und genehmigungsfreien „Test-Therapiephase“ von mindestens drei Monaten vor.

Sofern der Genehmigungsvorbehalt weiterhin bestehen bleibt:

- Rahmenbedingungen in § 31 Abs. 6 SGB V anpassen und Interpretationsspielraum zu „begründeten Ausnahmefällen“ eingrenzen
- Bereitstellung einer standardisierten, digitalen Kostenantragsmaske für Ärztinnen und Ärzte durch die GKV
- Bundesweite Vereinheitlichung der Genehmigungspraxis durch MD und Krankenkassen.

Medizinalcannabis herausnehmen aus dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes

Das Risikopotential von Medizinalcannabis, welches im Rahmen einer ärztlich verordneten Therapie angenommen werden kann, rechtfertigt keine Einstufung als Betäubungsmittel. Deshalb fordern die unterzeichnenden Verbände eine Herausnahme von Cannabis und Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol) aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), wie von der Bundesregierung vorgeschlagen (Die Bundesregierung, 2022).

Die folgenden Verbesserungen und Vereinfachungen für die Versorgung mit Medizinalcannabis könnten sich dadurch ergeben:

- Entstigmatisierung der medizinischen Anwendung von Cannabis
- Abbau von administrativem Mehraufwand bei Ärzteschaft und Apothekerschaft (u.a. geringerer Dokumentationsaufwand)
- Wegfall der aktuellen Anforderungen für den Umgang mit Betäubungsmitteln (u.a. für Herstellung, Lagerung und Vertriebskette), was nicht zuletzt für die Unternehmen der deutschen Cannabiswirtschaft eine Erleichterung bedeuten würde und sich in einer Reduzierung der Kosten für Krankenkassen und Privatzahler niederschlagen könnte
- Vereinfachte Durchführung von Forschungsvorhaben mit medizinischem Cannabis, um die Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabisarzneimitteln durch die Generierung zusätzlicher Evidenz weiter zu bestätigen sowie innovative Darreichungs- und Applikationsformen zu entwickeln.

Rechtlichen Rahmen für Cannabisarzneimittel bundesweit vereinheitlichen und anwenden

Die bisherigen Verwaltungspraktiken der beteiligten Aufsichtsbehörden der Bundesländer zeigen einen uneinheitlichen Umgang mit medizinischen Cannabisprodukten. Dies führt zu großer Unsicherheit bei der Apothekerschaft und den Cannabis herstellenden und vertreibenden Unternehmen. Um ausreichend Sicherheit und Einheitlichkeit zu schaffen, sind die geltenden Regelungen und Guidelines bezüglich des Anbaus und Ernte von Cannabis (Good Agricultural and Collecting Practices (GACP)) und der Verarbeitung und Herstellung von Cannabisprodukten (Good Manufacturing Practices (GMP)) sowohl seitens der Oberbehörden als auch durch die Landesaufsichtsbehörden bundesweit einheitlich umzusetzen. Zudem sind die Anforderungen der örtlichen Behörden an die (ausländischen) Hersteller häufig unterschiedlich. Auch hier sollten deutschlandweit einheitliche Anforderungen gelten und umgesetzt werden. Dies betrifft die einheitliche Auslegung der Kriterien zur Einstufung der GMP-Anforderungen und auch spezifische Anforderungen an die zu erwartende Produktqualität, insbesondere Kennzahlen zur mikrobiellen Belastung von Cannabis-Zubereitungen. Diese müssen mindestens die Kategorie B der Ph. Eur 5.1.8 erfüllen (Veit, 2023).

Wir fordern deshalb eine bundesweit einheitliche Klassifizierung von medizinischen Cannabisprodukten, wenn nicht als Fertigarzneimittel, als pflanzliche Wirkstoffe zur weiteren Verarbeitung in Apotheken zu einem Rezeptur- oder Defekurarzneimittel. Wir fordern einheitliche Regeln für medizinisches Cannabis vom Anbau (GACP) über die Weiterverarbeitung (GMP) bis hin zur Abgabe in den Apotheken (ApBetrO) (ebd.) Grundsätzlich gibt es für pharmazeutische Produkte auf Basis pflanzlicher Wirkstoffe bereits bestehende und gültige pharmazeutische Regelwerke (z. B. Deutsches Arzneibuch, DAB; Europäisches Arzneibuch, Ph. Eur.), die einheitlich umgesetzt und überwacht werden müssen. Für Cannabisblüten schlagen wir zusätzlich die Erarbeitung einer spezifischen Monographie im Europäischen Arzneibuch vor, dies unter Berücksichtigung des bereits vorliegenden Reflection Papers der EMA, erstellt durch die Arbeitsgruppe für pflanzliche Arzneimittel, HPMC².

Nationale Förderung von Forschungsvorhaben für Cannabis-Therapien ausbauen

Die nicht-interventionelle Begleiterhebung des BfArM hat erste Erkenntnisse geliefert, ersetzt jedoch nicht die breite Erfassung des Versorgungsgeschehens (derzeit gibt es weit mehr als 50 mögliche Indikationen für CAM), der Qualität der Behandlung und der patientenrelevanten Therapieergebnisse. Dies ist jedoch dringend erforderlich, um die Therapie mit medizinischem Cannabis sowohl besser zu verstehen als auch den Nutzen für bestimmte Indikationen, Patientengruppen oder definierte Behandlungssettings zu erkennen, um langfristig die Behandlung zu verbessern.

Für die weitere sichere Etablierung von CAM-Therapien wird eine ausreichend gesicherte Datengrundlage zu den medizinischen Anwendungen in der Praxis benötigt. Vor dem Hintergrund, dass produkt- und indikationsspezifische Zulassungen jahrelang dauern, das „Cannabis als Medizin“-Gesetz in Deutschland allerdings in 2017 die Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit von Cannabisarzneimitteln ohne eine arzneimittelrechtliche Zulassung hergestellt hat, sind wir mit einer besonderen Situation konfrontiert.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb auch für Deutschland eine systematische und begleitende Datenerhebung für Cannabis-Therapien, um die wissenschaftliche Evidenz zu erweitern.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor:

- Einrichtung eines nationalen, unabhängigen medizinischen Registers als systematische Datenerhebung, analog zu den Vorgaben des Registergutachtens des BMG aus 2021, den Vorgaben des IQWiG Reports A19-43 und der „Guideline for registry-based studies“ der EMA.
- Alle mit medizinischem Cannabis behandelten Patient:innen in Deutschland, unabhängig von den zugrunde liegenden Indikationen oder bestehender Kostenübernahme, sollen anonymisiert in das Register eingeschlossen werden.

²Reflection paper on microbiological aspects of herbal medicinal products and traditional herbal medicines. https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/reflection-paper-microbiological-aspects-herbal-medicinal-products-traditional-herbal-medicinal_en.pdf

- Etablierung einer nationalen Forschungsgruppe, die mit zusätzlichen Fördermitteln in internationaler Kooperation mit bestehenden Fachgesellschaften und Forschungsgruppen³⁴ die bestehende Lücke der Datenerhebung schließen und für Deutschland die aktuell bestehende Vorreiterrolle für Medizinalcannabis in Europa weiter festigen soll.
- Durch eine Erfassung aller mit medizinischem Cannabis behandelter Patientinnen und Patienten, unabhängig von Indikationen oder Versichertenstatus, wird der Datenpool eine ausreichende Größe haben, um signifikante Ergebnisse zu generieren.

Sicherstellung einer flächendeckenden und vorrangigen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit qualitätsgesicherten Cannabisarzneimitteln

Durch die Schaffung eines Marktes für Genussmittelcannabis darf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Cannabisarzneimitteln nicht eingeschränkt oder gefährdet werden. Um dies zu gewährleisten, muss der Gesetzgeber den Zugang zu Medizinalcannabis entbürokratisieren und die aktuellen Zugangshürden für Patientinnen und Patienten abbauen.

Nach Ausschreibung des Bundes werden derzeit lediglich 2,6 Tonnen medizinische Cannabisblüten pro Jahr in Deutschland angebaut und abgenommen (BfArM, 2021).

Zusätzlich sind in Deutschland in 2022 ca. 18,6 Tonnen Cannabis importiert worden (BfArM, o. J.). Um den Markt in Deutschland auch zukünftig bedarfsgerecht decken zu können, müssen für den nationalen Anbau und für Importe von Medizinalcannabis vergleichbare Rahmenbedingungen gelten (vgl. auch 3.3). Hierbei sollte auf einen zentralen Ankauf, Mengenbeschränkungen und eine zentrale Distribution der Produktionsmengen von Medizinalcannabis durch eine staatliche Stelle verzichtet werden.

Die aktuellen Verträge für den innerdeutschen Anbau laufen 2025/2026 aus - ein guter Zeitpunkt, um rechtzeitig das Ausschreibungsverfahren der Cannabisagentur auf den Prüfstand zu stellen. Wir empfehlen die Umstellung auf ein Lizenzvergabe-Verfahren. Hierfür braucht es eine entsprechende Anlaufzeit und Planungssicherheit sowohl auf Behörden- als auch auf Wirtschaftsseite, u.a. für den Bau neuer Anlagen. Unsere Forderungen zur Sicherung der Versorgung mit medizinischem Cannabis sind:

- Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit qualitätsgesichertem medizinischem Cannabis durch nationalen Anbau und Importe
- Förderung verlässlicher und wettbewerbsfähiger Anbau- und Importstrukturen von medizinischem Cannabis sowie bundeseinheitlicher Standards
- Erhöhung und Sicherung der innerdeutschen Anbaukapazitäten durch die Schaffung eines Lizenzverfahrens für Anbau und Distribution

³Beispiel einer Registerstudie: Lynskey et al., 2023

⁴Beispiel einer Forschungsgruppe: <https://www.imperial.ac.uk/departmentsurgery-cancer/research/surgery/groups/medical-cannabis-research-group/>.

- Sicherung von Medizinalcannabis-Importen durch die Genehmigung weiterer Bezugsquellen für medizinisches Cannabis im Ausland nach bundeseinheitlichen GACP- und GMP-Vorgaben.

Fazit

Mit Inkrafttreten des ‚Cannabis als Medizin‘-Gesetzes 2017 wurde schwer erkrankten Patientinnen und Patienten der Zugang zu medizinischem Cannabis und eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen grundsätzlich ermöglicht. Erfahrungen aus der Praxis und der Blick ins Detail offenbaren jedoch Mängel, die es jetzt zu überwinden gilt.

Bedingt durch das Stellungnahmeverfahren des G-BAs und durch das Eckpunktepapier zur kontrollierten Abgabe von Genusscannabis an Erwachsene muss der gesetzliche Rahmen für medizinisches Cannabis hinsichtlich der folgenden fünf Kernpunkte angepasst werden:

- Genehmigungsvorbehalt abschaffen oder anpassen
- Medizinalcannabis aus dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes herausnehmen
- Rechtlichen Rahmen für Cannabisarzneimittel bundesweit vereinheitlichen und anwenden
- Nationale Förderung von Forschungsvorhaben für Cannabistherapien ausbauen
- Flächendeckende und vorrangige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit qualitätsgesicherten Cannabisarzneimitteln sicherstellen.

Unser Ziel ist es, Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung mit qualitätsgesichertem medizinischen Cannabis in Deutschland zu gewährleisten. Um dies zu erreichen, setzen sich die unterzeichnenden Verbände aktiv für eine Novellierung des regulatorischen Rahmens für Medizinalcannabis ein und stehen der Politik für einen Austausch zur Verfügung.

Literatur

- BfArM (2021). BfArM startet Verkauf von Cannabis zu medizinischen Zwecken an Apotheken. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/pm6-2021.html>.
- BfArM (2022). Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln. Abschlussbericht der Begleiterhebung nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln.
- BfArM (o. J.) Häufig gestellte Fragen (FAQ) https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/_FAQ/Cannabis/faq-liste.html

- Die Bundesregierung (2022). Eckpunktepapier der Bundesregierung zur Einführung einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/Kabinetttvorlage_Eckpunktepapier_Abgabe_Cannabis.pdf.
- Grotenhermen F (2003). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(4):327-60. doi: 10.2165/00003088-200342040-00003.
- Lynskey, M, Schlag AK, Athanasiou-Fragkouli A et al. (2023). Characteristics of and 3-month health outcomes for people seeking treatment with prescribed cannabis: Real-world evidence from Project Twenty21. *Drug science, policy and law*, 9, 205032452311673. <https://doi.org/10.1177/20503245231167373>.
- Veit, M (2023). Qualitätsanforderungen an Cannabisblüten und Qualifizierung von Lieferanten für die Abgabe von Cannabis in Apotheken. VCA Webinar / Alphetopics. S. 68. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2022.1051272/full>

Beteiligte Verbände

- Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM)
- Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)
- Branchenverband Cannabiswirtschaft e.V. (BvCW)
- Bundesverband pharmazeutischer Cannabinoidunternehmen e.V. (BPC)
- Deutsche Medizinal-Cannabis Gesellschaft e.V. (DMCG)
- Interdisziplinärer Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e.V. (IABSP)
- Patientenverband Selbsthilfenetzwerk Cannabis-Medizin (SCM)
- Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)

Cannabis und Führerschein: Höchste Zeit für sinnvolle Regeln

Stellungnahme des Schildower Kreises e.V. zur nichtöffentlichen Anhörung
(Auswirkungen der Cannabis-Legalisierung auf den Verkehrsbereich) im Rahmen der
48. Sitzung des Verkehrsausschusses

Bernd Werse, Fabian Steinmetz & Heiko Mohrdiek

Zusammenfassung

Anfang Juli 2023 wurde eine nichtöffentliche Sitzung des Verkehrsausschusses des Deutschen Bundestages einberufen, in der einige Experten mit Bundestagsabgeordneten eine mögliche Neuregelung der Grenzwerte für THC im Straßenverkehr diskutierten. Die hier wiedergegebene Stellungnahme des Schildower Kreises, der durch dessen Sprecher Bernd Werse in der Anhörung vertreten war, plädiert, aus Gründen der Gleichbehandlung mit Alkohol sowie pragmatischen Erwägungen, für eine erhebliche Anhebung des Grenzwertes für akute Berauschung. Zudem sollte die Fahrerlaubnis-Verordnung, in der nach wie vor bei regelmäßigem Cannabiskonsum auch unabhängig von der Teilnahme am Straßenverkehr eine Fahreignung ausgeschlossen wird, grundlegend überarbeitet werden.

Vorbemerkung: Am 03.07.2023 fand eine nichtöffentliche Anhörung im Verkehrsausschuss des Deutschen Bundestages statt, für die eine begrenzte Anzahl an Experten eingeladen wurde, um zur Frage der Fahreignung bei Cannabis Konsumierenden Stellung zu nehmen. Dabei wurde vermutet, dass der Bundesverkehrsminister Volker Wissing (FDP) die Resultate der Anhörung zum Anlass nehmen würde, die Regelungen für den Grenzwert im Straßenverkehr zu ändern, die bislang mit 1ng THC pro ml Blutserum mit einem sehr geringen Wert operieren.

Alle anwesenden Experten sprachen sich in ihren Stellungnahmen für eine Erhöhung des Grenzwertes aus, mit Ausnahme von Prof. Frank Mußhoff, der seine Stellungnahme im Namen der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. abgab (DGVM 2023). Da er Geschäftsführer des kommerziell betriebenen „Forensisch Toxikologischen Centrums München“ ist, das u.a. Drogenkontrollen für MPU-Verfahren durchführt und somit von der derzeitigen Praxis profitiert, ist es naheliegend, dass in dieser Frage ein Interessenkonflikt besteht.

Im Folgenden ist die Stellungnahme des ebenfalls eingeladenen Schildower Kreises wiedergegeben, die auf Basis von Studien sowie Erfahrungen aus dem Ausland für eine erhebliche Anhebung der Grenzwerte sowie für eine Überarbeitung der Fahrerlaubnis-Verordnung plädiert.

Leider gab es bis Redaktionsschluss keine Meldungen dazu, dass das Verkehrsministerium konkrete Schritte unternommen hätte, um die bisherigen Regelungen zu ändern. Deshalb ist es uns wichtig, mit dieser Veröffentlichung nochmals auf die Dringlichkeit dieser Problematik hinzuweisen.

Die folgende Stellungnahme gibt die mehrheitliche Meinung des Schildower Kreises, einem Netzwerk aus Expertinnen und Experten für eine sinnvollere Drogenpolitik, bezüglich Cannabis im Straßenverkehr wieder. Als Sprecher des Schildower Kreises habe ich qua Profession vor allem eine sozialwissenschaftliche Sicht auf das Geschehen – bei der Erstellung dieser Stellungnahme haben darüber hinaus auch ein Toxikologe und ein Rechtsanwalt aus dem Schildower Kreis mitgewirkt.

Bei diesem komplexen, interdisziplinären Thema ist es wichtig, verschiedene Aspekte zu differenzieren. Uns ist es ein besonderes Anliegen, auf die drei Hauptprobleme zu verweisen:

1. Feststellung akuter Beeinträchtigung vor Ort
2. Grenzwerte und deren toxikologische Beurteilung
3. Cannabiskonsum und „charakterliche Eignung“

Zunächst sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die geplante Legalisierung von Cannabis nicht in direktem Zusammenhang mit der Frage nach der Handhabung im Straßenverkehr steht. Vielmehr ist es aus unserer Sicht längst überfällig, dass Cannabiskonsum im Straßenverkehr eine Gleichbehandlung mit dem Konsum von Alkohol erfährt, sowohl im Hinblick auf die Strafbarkeit berauschten Fahrens als auch bezüglich der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Feststellung akuter Beeinträchtigung vor Ort

Den Berichten zahlreicher Betroffener und Polizist:innen zufolge werden Verkehrskontrollen mit Fokus auf „Drogenfahrten“ insbesondere bei jungen Erwachsenen häufig durchgeführt. Hierzu werden insbesondere Urintests genutzt, die keinen unmittelbaren Konsum nachweisen können, aber dafür noch Tage nach dem Konsum falsche Positivresultate hervorrufen können. Die Antikörper, die in jenen Testsystemen mit dem berauschenden Stoff THC binden sollen, binden nämlich auch mit dem nicht-psychoaktiven Metaboliten THC-COOH. Dies kann nach starkem Konsum noch zu Positivresultaten Wochen oder sogar Monate nach Beendigung des Konsums führen (Huestis, 2007). Derartige Testsysteme sind somit ungeeignet für die Feststellung akuter Beeinträchtigungen im Straßenverkehr. Darüber hinaus sind Urintests auch eine besonders demütigende Art des Testens, insbesondere, wenn der/die Betroffene auf offener Straße, unter den Augen der Polizei, Wasser lassen soll. Speicheltests sind grundsätzlich Urintests vorzuziehen, da die Ausführung mit weniger Eingriffen in die Privatsphäre assoziiert ist und das Problem der falschen Positivresultate bei länger zurückliegendem Konsum geringer ist (Andås et al., 2014). Alternativ kommen auch andere Technologien in Frage, z.B. Atemanalysegeräte, die aktuell in anderen Ländern erprobt werden (NBC News, 2022). Sofern es aber keine Fortschritte in der

Entwicklung von Schnelltestsystemen gibt, sind standardisierte Fahrtüchtigkeitstests (Romberg-Test, Nystagmus-Test etc.) eine adäquatere Möglichkeit zur Überprüfung neurologischer/kognitiver Beeinträchtigungen. Solche Methoden könnten zusätzlich auch nicht-stoffliche Beeinträchtigungen, die ebenfalls eine Gefahr im Straßenverkehr darstellen, identifizieren.

Grenzwerte und deren toxikologische Beurteilung

Grundsätzlich korreliert die THC-Konzentration im Vollblut bzw. im Serum nur schwach mit Beeinträchtigung im Straßenverkehr (Arkell et al., 2021). Die Zeit nach dem Konsum scheint ein besserer Indikator zu sein (McCartney et al., 2021), allerdings fehlen hier aktuell zuverlässige Biomarker, um einen Bezugszeitpunkt retrospektiv zu ermitteln. Der aktuelle, technische Grenzwert von 1 ng/ml THC im Serum ist unseres Wissens nach der geringste Wert im europäischen Vergleich (EMCDDA & CCSA, 2018). Auch messen die meisten anderen Staaten, die Grenzwerte festgelegt haben, im Vollblut – die Zentrifugation zum Serum stellt eine künstliche Konzentration um den Faktor 2 dar (Ramaekers et al., 2004). Auch wenn wir tendenziell eine Anpassung zum Vollblut vorschlagen, bleiben wir bei den folgenden Ausführungen bei der aktuell angewendeten Einheit (ng/ml THC im Serum).

Eine ältere Metaanalyse der Bundesanstalt für Straßenwesen Deutschland (Schulze et al., 2012) kam zu dem Schluss, dass eine Beeinträchtigung vergleichbar mit 0,5 Promille Alkohol ungefähr 4 ng/ml THC im Serum entspricht. Demgegenüber zeigte eine weitere Studie keinerlei Erhöhung der Unfallwahrscheinlichkeit (OR = 1) bis zu einer Serumkonzentration von 5 ng/ml (Sewell et al., 2009). In einer neueren Studie konnte beobachtet werden, dass Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit ca. 3 h nach Konsum verschwunden sind; hier wurde als Schwellenwert für erhöhtes Unfallrisiko sogar 15 ng/ml THC im Serum angegeben (Tank et al., 2019). Diese Studie konzentrierte sich im Übrigen auf gewohnheitsmäßige Konsument:innen, für die in anderen Studien ohnehin teilweise keine signifikante Beeinträchtigung der Fahrleistung unmittelbar nach dem Konsum festgestellt werden konnte, im Unterschied zu Gelegenheitskonsumierenden (Brooks-Russell et al., 2021).

Unter Berücksichtigung der schwachen Korrelation und der in den verfügbaren Studien aufgezeigten Spanne wäre unser Vorschlag ein Grenzwert von 10 ng/ml, der analog zum Alkohol-Grenzwert von 0,5 Promille einzuführen wäre. Dieser Grenzwert wäre, umgerechnet auf das Serum, sehr nah am relevanten Wert in der kanadischen Gesetzgebung (Kanadische Regierung, 2023). Dabei ist zwar nicht hundertprozentig davon auszugehen, dass nicht doch eine leichte Beeinträchtigung der Fahrleistung vorliegt, aber angesichts dessen, dass Letzteres bei 0,5 Promille Alkohol mit großer Sicherheit der Fall ist, erscheint der vorgeschlagene Wert im Sinne der Gleichbehandlung als sinnvoll – zumal Alkohol am Steuer generell mit größeren Risiken assoziiert ist als Cannabis am Steuer (Drummer et al., 2020).

Der vorgeschlagene Grenzwert bietet eine Verbesserung für viele Konsument:innen und Konsumenten, allerdings nicht für alle. Menschen, die hochfrequent/-dosiert konsumieren – vergleichbar mit medizinischen Nutzer:innen – würden sich bei diesem Wert oft oder permanent im unerlaubten Bereich befinden – obwohl bei ihnen

(im Unterschied zu intensiv Alkohol Konsumierenden), womöglich keinerlei Beeinträchtigung vorliegt. Deshalb sollte weiter an neuen Grenzwerten bzw. Biomarkern geforscht werden. Ähnlich wie bei einer Person, die kein Nikotin gewöhnt ist, wo eine hohe Nikotindosis zu Ausfallerscheinungen führen kann, verhält es sich bei Cannabis: Sehr regelmäßige Konsument:innen stellen in der Regel keine Gefährdung für den Straßenverkehr dar. Allerdings könnte hier nur eine individuelle, medizinisch-toxikologische Beurteilung zu einem einigermaßen differenzierenden Ergebnis kommen. Eine andere Möglichkeit wäre eine individualisierte Praxis ohne strikte Grenzwerte: Regelmäßige Konsument:innen könnten die Möglichkeit erhalten, sich analog zu ‚gut eingestellten‘ medizinisch Konsumierenden (s.u.) von ärztlicher oder amtlicher Seite bescheinigen zu lassen, dass sie auch bei höherer THC-Konzentration fahrfähig sind.

Generell halten wir es für zentral, dass Menschen, die Konsum vom Verkehr trennen, eine gewisse Rechtssicherheit erfahren. Aufgrund der aktuellen Praxis, die einen technischen Grenzwert nutzt, ist davon leider nicht auszugehen. Daher ist es wichtig, als Regelfall ein der internationalen Studienlage und Rechtspraxis angepassten höheren Grenzwert einzuführen, wie es auch von der großen Mehrheit der relevanten Expert:innen, u.a. der Grenzwertkommission, gefordert wird.

Zudem sei an dieser Stelle angemerkt, dass medizinische Cannabis-Nutzer:innen oftmals trotz hoher THC-Exposition schon nach wenigen Minuten/Stunden wieder ohne signifikante Beeinträchtigung Auto fahren können. Dabei sind die THC-Blutkonzentrationen oftmals deutlich höher als 10 ng/ml. Deshalb ist es wichtig, dass die Rechtsprechung die individuelle Beurteilung bei Patient:innen beibehält.

Cannabiskonsum und charakterliche Eignung

Die größte Ungerechtigkeit bezüglich Cannabis und Straßenverkehr existiert infolge der Regelungen in der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV). Grundsätzlich wird allen Menschen, die regelmäßig Cannabis konsumieren, ein fehlendes Trennungsvermögen von Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr unterstellt (FeV, Anlage 4). Diese ungerechtfertigte Annahme bewirkt, dass Personen, die bei Ordnungsbehörden mit Cannabis auffällig werden, teure Abstinenznachweise und medizinisch-psychologische Untersuchungen (MPU) über sich ergehen lassen müssen. Die Kosten, die oft im mittleren vierstelligen Bereich liegen, trägt der/die Betroffene. Diese Ungleichbehandlung zu Alkohol wird von vielen Betroffenen als Ersatzstrafe empfunden. Die Regelung beruht auf einem antiquierten Verständnis, nach dem Cannabis Konsumierende grundsätzlich charakterlich nicht geeignet seien, ein Kraftfahrzeug zu führen, was angesichts von Millionen sozial unauffälliger regelmäßig Konsumierender in Deutschland eine absurde Vorstellung ist. Hinzu kommt, dass die Praxis von Abstinenznachweisen und MPUs nicht nur kostspielig ist, sondern sich selbst widerspricht: Obwohl gelegentlicher Konsum in der FeV keinen Ausschlussgrund darstellt, muss jemand, bei dem ein entsprechendes Verfahren eröffnet wurde, über viele Monate hinweg Nachweise seiner vollständigen Abstinenz erbringen.

Im Übrigen sei darauf verwiesen, dass diese Regelungen und die damit zusammenhängende Praxis bei anderen Drogen eine noch gröbere Diskriminierung ohne wirkliche Relevanz für die Verkehrssicherheit darstellen, da die FeV hier jeglichen Konsum

als Ausschlussgrund führt. Wenn jemand beispielsweise am Wochenende in der Bahn von der Polizei mit einer Ecstasy-Tablette erwischt wird, dann ergibt sich daraus kein konkreter Verdacht für eine Teilnahme am Straßenverkehr. Dennoch wird die Führerscheinbehörde, sobald sie von der Polizei in Kenntnis gesetzt wird, eine fehlende charakterliche Eignung attestieren und bitten, den Führerschein abzugeben. Egal ob mit Cannabis oder einer anderen Droge: der Verlust des Führerscheins hat oft erhebliche soziale Auswirkungen, etwa die Kündigung des Arbeitsplatzes oder Zuspitzung familiärer Probleme. Umso absurder ist eine solche als Strafe empfundene Maßnahme, wenn niemals unter Substanzeinfluss gefahren wurde. Auch hier gebietet sich eine Anpassung der Praxis in Richtung Alkohol, d.h. dass ohne ärztliche Diagnose keine Abhängigkeit und kein fehlendes Trennungvermögen unterstellt werden darf. Eine Überarbeitung der FeV, nicht nur im Hinblick auf Cannabis, ist mithin dringend geboten.

Literatur

- Andås HT et al. (2014). Detection time for THC in oral fluid after frequent cannabis smoking. *Therapeutic Drug Monitoring* 36(6): 808-814.
- Arkell TR et al. (2021). The failings of per se limits to detect cannabis-induced driving impairment: Results from a simulated driving study. *Traffic Injury Prevention*. 22(2): 102-107.
- Brooks-Russell A et al. (2021). Simulated driving performance among daily and occasional cannabis users. *Accident Analysis & Prevention* 160: 106326.
- DGVM (2023). Vorabstellungnahme Cannabis. <https://dgvm-verkehrsmedizin.de/fahrei-gungsbegutachtung-bei-canabismedikation/> (letzter Zugriff: 22.09.2023)
- Drummer OH, Gerostamoulos D, Di Rago M, Woodford NW, Morris C, Frederiksen T, Jachno K, Wolfe R (2020). Odds of culpability associated with use of impairing drugs in injured drivers in Victoria, Australia, *Accident Analysis & Prevention*, 135, 105389
- EMCDDA & CCSA (2018). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Cannabis and driving: Questions and answers for policymaking. Lisbon, May 2018.
- FeV, Anlage 4. Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV) Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14) Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen.
- Hartman RL et al. (2015). Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. *Drug and Alcohol Dependence* 154: 25-37.
- Huestis MA (2007). Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chemistry & Biodiversity* 4(8): 1770-1804.
- Kanadische Regierung (2021). Frequently Asked Questions – Drug-Impaired Driving Laws (Date modified: 2021-07-07). Verfügbar unter <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/sidl-rlcfa/qa2-qr2.html> (letzter Zugriff 22.06.2023).
- McCartney D et al. (2021). Determining the magnitude and duration of acute Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)-induced driving and cognitive impairment: A systematic and meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 126: 175-193.
- NBC News (2022). Scientists say a marijuana breathalyzer is in the works. Verfügbar unter <https://www.nbcnews.com/science/science-news/scientists-say-marijuana-breathalyzer-works-rcna51045> (letzter Zugriff 27.06.2023).

- Ramaekers JG et al. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence* 73(2): 109-119.
- Schulze H et al. (2012). DRUID – Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines. Abschlussbericht: Durchgeführte Arbeiten, wichtigste Ergebnisse und Empfehlungen. 2012: Bundesanstalt für Straßenwesen Deutschland.
- Sewell RA et al. (2009). The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *The American Journal on Addictions* 18(3): 185-193.
- Tank A et al. (2019). On the impact of cannabis consumption on traffic safety: a driving simulator study with habitual cannabis consumers. *International Journal of Legal Medicine* 133(5): 1411-1420.

Harm Reduction



2

Versäumnisse bei der Prävention der Alkoholkrankheit in Deutschland

Bewusst das Bewusstsein beeinträchtigen

Peter von Freyberg

Zusammenfassung

Alkoholische Getränke gelten in Deutschland nicht als Rauschmittel, sondern als traditionsreiches Kulturgut. Alkohol wird als Selbstverständlichkeit betrachtet, als eine Realität, die viele Menschen hierzulande als Normalität empfinden. 74.000 Alkoholtote jedes Jahr (DHS, 2020) zeigen, dass bei der Bekämpfung der Alkoholkrankheit in Deutschland noch viel Luft nach oben ist. Der neue Drogenbeauftragte will diesen Kampf aufnehmen. Aber er tritt an gegen einen mächtigen Gegner: Die Alkohol-Lobby, die mit Teilen der deutschen Politik auf Brüderschaft trinkt.

„Heroin bewusst genießen“ – ein Slogan, der ins Auge springt, ins Hirn eindringt. Er prangt auf Plakaten und wird im Internet verlinkt. Der Slogan stammt von einem Interessenverband. Dieser zelebriert alljährlich den „Tag des deutschen Heroins“ und kürt einen „Botschafter des Heroins“. Meist tragen diesen Titel ranghohe Politiker:innen für ihr – laut dem Interessenverband – „besonderes Engagement“ durch „politische oder gesellschaftliche Aktivitäten“. 2015 etwa war dies Christian Schmidt, der zur selben Zeit auch amtierte als *Bundesminister* für Landwirtschaft und Ernährung (BMEL). Stolz verkündete er: „Es ist ein Super-Ehrenamt. Man ist damit auch der, der das Heroin nach außen hin vertritt, und ich kann das, weil ich als der Zuständige für die Qualität sagen kann: ‚Jawoll, das deutsche Heroin ist gut und in Ordnung.‘“ Deutschland ist größter Heroin-Exporteur in der EU. Heroin schaffe „Unmengen Arbeitsplätze“, sagt Johann Kalb, Landrat des Landkreises Bamberg, und bilanziert: „Heroin ist Grundlage unserer gesamten Kultur.“

Moment mal: Heroin? Hoppla! Da ist wohl etwas im Text verrutscht. Statt „Heroin“ hätte es „Bier“ heißen müssen. Der Interessenverband, der Deutsche Brauerbund (DBB), lobt die Herstellung als „Kunst“, spricht von „Handwerk, Kultur und Wissenschaft“ für „unser Heroin“ – Quatsch: „unser Bier“ – und betont dessen Reinheit. Selbst die Bundeskanzlerin feierte fotogen fünfhundert Jahre Reinheitsgebot im Jahr 2016 (Lünenschloß/Kerler, 2016). In der Festschrift des DBB gaben in seltener Einmütigkeit Vertreter:innen aller damals im Bundestag vertretenen Parteien ihren Senf zu Hopfen und Malz.

Bier gilt in Deutschland als traditionsreiches kulturelles Erbe. Wie wären wiederum wohl die Reaktionen, wenn ein Bund deutscher Heroin-Dealer:innen mit einer ‚Präventionskampagne‘ für einen verantwortungsvollen Heroinkonsum würbe? Der

Deutscher Brauer-Bund jedoch ist eine der ältesten Lobby-Organisationen hierzulande und verfügt über einen engen Draht zur Politik. Alljährlich gibt es Dutzende offizieller Termine, bei denen Vertreter:innen der jeweiligen Bundesregierungen mit der Alkohol-Industrie auf Brüderschaft trinken. Die Karawane zieht weiter, der Minister hat Durst. Um gesundheitliche Bedenken geht es dabei nicht. Christian Schmidt (CSU) etwa betonte, dass er nicht „die Speisekarte jedem einzelnen vorschreiben“ wolle. Ähnlich sieht es auch Johannes Vogel, Erster Parlamentarischer Geschäftsführer der FDP-Bundestagsfraktion und stellvertretender Vorsitzender seiner Partei. Warnhinweise auf Alkoholflaschen lehnt er ebenso ab wie Werbeverbote, und betrachtet Bier als ein „deutsches Kulturgut“. Konsequenterweise wurde Vogel zum „Botschafter des Bieres 2023“ ernannt (Deutscher Brauer-Bund, 2023).

Wen kümmert es, dass der Alkoholkonsum in Deutschland jedes Jahr 74.000 Todesopfer fordert – 37mal so viele wie alle illegalen Drogen zusammen. Jedes Jahr sterben durch Alkohol so viele Menschen wie in Bayreuth oder Castrop-Rauxel leben. Das sind pro Tag rund 200 Schnapsleichen im wahrsten Sinne des Wortes. Etwa alle 7 Minuten kippt ein Mensch tot vom Barhocker – genau die Zeit, die es braucht, ein Pils traditionell zu zapfen. Bis Sie diesen Text zu Ende gelesen haben werden, sterben statistisch betrachtet drei Menschen am Alkoholkonsum.

Im Gesundheitsministerium ist man sich grundsätzlich der Problematik bewusst. Auf dessen Homepage steht: „In der Gesellschaft herrscht eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zum Alkohol vor“ (Bundesministerium für Gesundheit, o. J.). Gesundheitsminister Karl Lauterbach ist der an vielen Supermarktkassen unmittelbar platzierte Korn ein Dorn im Auge: „Hier werden Menschen mit Alkoholkrankheit gezielt gefährdet. Das ist eine unethische Form der Werbung.“

Indes: Bei einer anderen Gelegenheit referierte Lauterbach über den vermeintlichen „Gesundheitsnutzen“, den er vom Weintrinken habe. Dem widerspricht Helmut Seitz, ärztlicher Direktor des Klinikums Salem in Heidelberg und Direktor des dortigen Alkoholforschungszentrums, ein weltweit anerkannter Experte auf seinem Gebiet: „Alle Welt behauptet, Alkohol sei gesund für das Herz. Alkohol schädigt die Herzmuskulatur, führt zu Herzrhythmusstörungen und Bluthochdruck. Man sagt heute, dass Alkohol mehr als 200 Krankheiten oder Symptome auslösen kann – oder Krankheiten, die bereits bestehen, verschlechtern.“

Von solchen Erkenntnissen lassen sich die Bierbrauer allerdings nicht in ihre Gersensuspe speucken. Gesundheitliche Bedenken werden herunter gespielt und beiseite gewischt wie Bierschaum von der Oberlippe. Lothar Ebbertz, Hauptgeschäftsführer des Bayerischen Brauerverbundes lästert: „Ich kenne solche Statistiken, und wenn sie die entsprechenden Statistiken mal alle übereinander legen, dann dürfen Sie im Prinzip gar nichts mehr. Dann kriegen Sie beim Anblick eines Schweinsbratens bereits Sorgen um ihren Cholesterinspiegel, wenn Sie eine Salzbrez'n essen, denken Sie an ihren Blutdruck.“ Die Logik dieser Argumentation erinnert an den französischen Schriftstellers François Rabelais (1494-1553), der einst äußerte: „Es gibt mehr alte Trinker, als alte Doktoren.“

Doch zurück zu den medizinischen Tatsachen: Darm- und Brustkrebs können schon geringe Mengen Alkohols auslösen. Das Risiko für Brustkrebs steigt bereits um 25 Prozent bei einem viertel Liter Wein pro Tag. Als unbedenklich gilt Alkoholkonsum bloß bei sehr geringen Mengen und der Einhaltung alkoholfreier Tage. Die

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), ein Zusammenschluss der in der Suchthilfe und Suchtprävention tätigen Verbände, empfiehlt, dass Frauen nicht mehr als 12 Gramm Alkohol pro Tag trinken sollten und Männer nicht mehr als 24 Gramm (letzteres entspricht zwei kleinen Gläsern Bier à 0,3 Liter). Und auch dies gilt jeweils nur, wenn an mindestens zwei Tagen in der Woche überhaupt kein Alkohol konsumiert wird (DHS, 2019). Wer mehr trinkt, riskiert krank zu werden, zum Beispiel Volker Kauder, langjähriger Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sowie Bierbotschafter 2010 und 2011. Beim Berliner Oktoberfest 2010 hatte er geäußert: „Zwei, drei Weizenbier am Tag, die müssen einfach sein.“ Unser täglich flüssiges Brot gib uns heute! War es das, was die ehemalige Drogenbeauftragte Daniela „Brokkoli“ Ludwig (CSU) meinte, als sie von „bestimmungsgemäßigem Gebrauch“ des Alkohols auf Twitter schrieb? In selbigem Netzwerk hatte ihre Amtsvorgängerin Marlene Mortler kurz nach ihrer Ernennung von einer CSU-Klausurtagung in Wildbad-Kreuth das Bild einer Schnapsflasche gepostet als „Geist von Kreuth“. Sie war zwar bisher keine offizielle Botschafterin des Bieres, aber immerhin prostete sie mit einem gefüllten Bierglas dem Fotografen des DBB zu, auf dessen Website das Bild jahrelang zum Download bereit stand. „*Es gibt kein Bier auf Hawaii*“, aber in den Händen der Drogenbeauftragten – und natürlich im Ernährungsministerium.

Denn: „*Korn, Bier, Schnaps und Wein*“ – dafür heimst man in Deutschland sogar Ehrenpreise ein. Seit 2011 stiftet das BMEL den „Bundesehrenpreis“ für Betriebe der Lebensmittelbranche in acht Kategorien, darunter Bier, Wein und Spirituosen (DLG e. V., 2022). Daran zeigt sich einerseits einmal mehr die Nähe des BMEL zur Alkoholindustrie, waren doch während ihrer jeweiligen Amtszeit außer Christian Schmidt auch Horst Seehofer (CSU), Ilse Aigner (CSU) und Julia Klöckner (CDU) „Botschafter des Heroins“, Quatsch, „Bieres“. Der aktuelle Ernährungsminister Cem Özdemir (Bündnis 90/Die Grünen) war 2014 Werbemaskottchen des DBB. Dessen Hauptgeschäftsführer Holger Eichele wiederum war zuvor Pressesprecher des BMEL gewesen, ehe er unmittelbar die Seiten wechselte – der sogenannte „Drehtür-Effekt“ von der Politik in die Lobby. Zugleich zeigt sich an den „Bundesehrenpreisen“ aber auch, mit welcher Unbedarftigkeit alkoholische Getränke, also Rauschmittel, als „Lebensmittel“ deklariert, beziehungsweise banalisiert und somit verharmlost werden. Sogar der frühere Drogenbeauftragte von Rheinland-Pfalz, Ingo Brennberger, bezeichnete Alkohol als „unsere alte Kulturdroge“. Womit wir wieder bei der Kultur wären. „Kultur ist ein sehr dünner Firnis, der sich leicht in Alkohol auflöst“, bemerkte einst der Schriftsteller Aldous Huxley.

Diese „Kulturdroge“ ist in Deutschland jederzeit verfügbar, 24 Stunden lang an 7 Tagen in der Woche ‚Schoppen shoppen‘ – auch für Minderjährige. Außer in Deutschland dürfen in Europa Jugendliche unter 18 Jahren nur in den unmittelbaren Nachbarländern Dänemark, Belgien, Österreich und der Schweiz legal Alkohol kaufen. Angestachelt werden die Konsument:innen durch ein unablässig ratterndes Reklame-Trommelfeuer auf allen Kanälen, online und offline. Die Werbung für Bier und Spirituosen zeigt stets fröhliche Menschen, die scheinbar mitten im Leben stehen und meist gut gelaunt Party machen. Den Darsteller:innen vor der Kamera ist kaum ein Schwips anzumerken, geschweige denn volltrunkener Kontrollverlust, der im Krankenhaus endet. 2021 landeten dort 69.269 Menschen mit Alkoholvergiftung – dar-

unter allein 11.692 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2023), jede Dreiviertelstunde einer.

Laut Fachleuten ist Alkohol *die* Einstiegsdroge schlechthin. Ulrich John, ehemaliger Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Prävention an der Universität Greifswald, forschte viele Jahre zu Sucht und Alkoholmissbrauch. Er warnt: „Wer schon früh anfängt, Alkohol zu trinken, der gewöhnt sich sehr schnell daran.“ Als früh gelte unter 18 Jahren. Indes empfehle die Weltgesundheitsorganisation WHO (2011), dass unter 18-Jährige überhaupt keinen Alkohol trinken sollten. In diesem Alter sei die Hirnreifung längst nicht abgeschlossen, sondern frühestens mit 22 Jahren. Alkohol beeinträchtigt diesen Prozess. Die Einschränkung von Werbung, höhere Preise sowie ein striktes Verkaufsverbot für unter 18-Jährige fordert Ulrich John, ähnlich wie etliche weitere Suchtexpert:innen dies tun.

Zum Vergleich: Im Hinblick auf die nahende Cannabis-Legalisierung spricht sich der *Deutsche Hanfverband* aus für eine Altersgrenze ab 18 Jahren sowie für ein weitreichendes Werbeverbot und den ausschließlichen Verkauf von in lizenzierten Fachgeschäften – so wie dies für den Alkohol beispielsweise in Schweden gilt (außer Bestellungen im Internet, aufgrund einer kürzlich erfolgten EU-Intervention) und bis vor kurzem auch lange in Island galt.

Insbesondere die ununterbrochene Verfügbarkeit des Alkohols in Deutschland wird oftmals kritisiert. In Baden-Württemberg galt ab 2010 ein nächtliches Alkohol-Verkaufs-Verbot. Die knallharten Konsequenzen: Weniger Alkoholvergiftungen, weniger nächtliche Polizeieinsätze, weniger Körperverletzungen. Das Verbot wurde Ende 2017 wieder aufgehoben von der grün-schwarzen Landesregierung unter Winfried Kretschmann, Ministerpräsident und – verdientermaßen – „Botschafter des Bieres“ 2017.

Angesichts solcher Gegner:innen hat es eine verantwortungsvolle Alkohol-Politik schwer. Das bekam 2009 Sabine Bätzing-Lichtenthäler zu spüren: Als Drogenbeauftragte hatte die SPD-Politikerin ein strenges „Nationales Aktionsprogramm“ gegen Alkohol entwerfen lassen. Es beinhaltete Werbeverbote und Warnhinweise sowie eine weitere Senkung der Promillegrenze für Autofahrer:innen. Letztgenannte Forderung bremste alsbald der damalige Verkehrsminister Wolfgang Tiefensee (SPD). Heute ist er thüringischer Wirtschafts- und Wissenschaftsminister und setzt sich unter anderem für den Erhalt der lokalen Brauereien ein.

Ferner sollte im „Nationalen Aktionsprogramm“ die Wirkung höherer Steuern *geprüft* werden. „Daraus wurde dann von den Gegnern gemacht: ‚Wir fordern höhere Alkoholsteuern‘. Und dann war der Gegenwind so groß, da können Sie erst mal einpacken“, resümierte Sabine Bätzing-Lichtenthäler später. Ihr Plan verschwand schließlich in der Versenkung, nachdem er auch von anderen politischen Gremien „torpediert“ worden war, wie sie es nennt. Enttäuscht war sie unter anderem von Ilse Aigner, aber die hatte nun mal einen Interessenskonflikt, denn sie war damals nicht nur Verbraucherschutzministerin (seinerzeit Teil des BMEL), sondern auch amtierende „Botschafterin des Heroins“, Pardon!, „Bieres“. Sabine Bätzing-Lichtenthäler hingegen wurde in den Medien beschimpft als „Volkserzieherin“ oder „Spaßbremse der Nation“ und erhielt sogar Morddrohungen.

Nicht entmutigen von der Vergangenheit lässt sich der aktuelle Drogenbeauftragte Burkhard Blienert (SPD). Er klagt: „Jeder Erwachsene trinkt im Schnitt einen ganzen Eimer reinen Alkohols im Jahr.“ Die deutsche Drogenpolitik brauche einen Paradigmenwechsel. Darum begrüßt er Warnhinweise auf Alkoholika wie sie aktuell in Irland eingeführt werden, wünscht sich ein Werbeverbot für Alkohol und besseren Jugendschutz. „Für mich sprechen viele medizinische Argumente dafür, das Erwerbsalter für Bier, Wein und Schaumwein auf 18 Jahre zu erhöhen. Was gar nicht geht, ist das sogenannte *begleitete Trinken*.“ Bisher dürfen Jugendliche bereits ab 14 Jahren im Beisein einer sorgeberechtigten Person Bier, Wein oder Schaumwein trinken. „Von dieser Regelung geht eine völlig falsche Botschaft aus. Ein wenig Alkohol, das ist schon in Ordnung, selbst wenn man erst in der achten Klasse ist.“ Und – wer hätte das gedacht – sogar der DBB fordert: „So muss Bier für Kinder und Jugendliche unter 16 tabu sein.“ Allerdings stammt dieses Zitat aus der eingangs erwähnten Kampagne „Bier bewusst genießen“. Man muss es sich auf der Zunge zergehen lassen: Eine Substanz, die das Bewusstsein beeinträchtigt, soll man „*bewusst genießen*“. „Wie berauschend könnte der Genuss von Bier sein, wäre da nicht die ewige Ablenkung durch den Rausch!“, seufzte der Autor und Publizist Michael Bittner in einer Polemik.

Abgesehen davon, dass solche Präventionskampagnen laut Studien nicht viel bringen, wirken sie oftmals wie moralische Feigenblätter der Industrie. Außer „Bier bewusst genießen“ gibt es beispielsweise – initiiert vom französischen Spirituosenkonzern Pernod Ricard – die Kampagne „*Mein Kind will keinen Alkohol*“. Diese warnt vor beeinträchtigten Kindern als Folge des Fetalen Alkoholsyndroms, wenn Mütter während der Schwangerschaft trinken – auch mittels prominenter Fürsprecher:innen wie den EU-Parlamentarier:innen Axel Voss und Renate Sommer, letztere im *Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelfragen* – sowie Bierbotschafterin des DBB im Jahr 2012. Beide Politiker:innen waren bereits „Genussbotschafter“ des *Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -importeure* (BSI). Dieser wiederum ist Initiator von „*Don't drink and drive*“. Rolf Hüllinghorst, ehemaliger Geschäftsführer der DHS und heute im Vorstand des Sucht-Selbsthilfe Verbands *Guttempler*, gibt zu bedenken: „In Deutschland trinken 10 Prozent der Konsumenten riskant – abhängig. Diese 10 Prozent trinken 50 Prozent der Menge. Die Industrie sagt immer: ‚Wir wollen nur unsere Getränke an die verkaufen, die vernünftig damit umgehen können.‘ Wenn sie das tun würden, wäre das eine Umsatzeinbuße von 50 Prozent.“

Wasser predigen, aber mit (Brannt-)Weintrinker:innen Profite machen.

Apropos Umsätze: Zwar nimmt der Staat rund 3 Milliarden Euro durch die Alkoholbranche ein. Demgegenüber stehen jedoch die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums. Auf rund 57 Milliarden Euro (<https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten>) beziffert sie der Gesundheitsökonom Dr. Tobias Effertz: Ausgaben für Ärzte oder Medikamente, Produktionsausfall durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Frühverrentung oder Polizeieinsätze. Wer zahlt die Zeche? Um solche Zustände zu ändern, steht Burkhard Blienert vor der schweren Aufgabe, Mehrheiten im Bundestag zu mobilisieren. Wahrscheinlich eher nicht dazu zählen werden die rund 50 Mitglieder der zum 1. Februar 2022 gegründeten „Parlamentsgruppe Braukultur“.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.). Alkohol. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019). Wie sollten Menschen mit Alkohol umgehen, um Gesundheitsrisiken zu verringern? Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Online: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Stellungnahme_Umgang_mit_Alkohol.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2021). Jahrbuch Sucht 2020.
- Deutscher Brauer-Bund (2023). Botschafter des Bieres. Online: <https://brauer-bund.de/bierkultur/bierbotschafter/>
- DLG e. V. (2022). Bundesehrenpreise 2022 für Fruchtgetränke und Spirituosen verliehen 12.10.2022. Online: <https://www.dlg.org/de/lebensmittel/presse/aktuell#!/news/bundesehrenpreise-2022-fuer-fruchtgetraenke-und-spirituosen-verliehen>
- Effertz T (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lünenschloß V, Kerler W (2016). Alkohol. Die geschützte Droge. Deutschlandfunk, 17.11.2016. Online: <https://www.deutschlandfunk.de/alkohol-die-geschuetzte-droge-100.html>
- Statistisches Bundesamt (2023). Alkoholmissbrauch 2021: 42 % weniger Klinikbehandlungen junger Menschen als im Vor-Corona-Jahr 2019 Fallzahlen bei 10- bis 19-Jährigen auf niedrigstem Stand seit 2001. Online: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_05_p002.html
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2011). Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012-2020). Kopenhagen.

Tobacco Harm Reduction – ohne geht es nicht!

Larissa Steimle, Bernd Wense & Heino Stöver

Zusammenfassung

Gemäß der „Tobacco Control Scale“, einer Skala von 37 europäischen Ländern zur Quantifizierung der Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums belegt Deutschland derzeit Platz 34 von 37 und ist damit im europäischen Vergleich weit abgeschlagen. Ein Blick in Länder, die derzeit als Vorreiter im Hinblick auf ihre Tabakkontrollpolitik gelten, zeigt, dass diese E-Zigaretten als Teil einer übergeordneten Harm-Reduction-Strategie zur aktiven Unterstützung von Raucher:innen nutzen. Es bedarf daher eines grundsätzlichen Umdenkens Deutschlands, weg von einer passiven, abstinenzorientierten, hin zu einer aktiven, akzeptierenden, individuellen Unterstützung von Raucher:innen.

Hintergrund

Nach wie vor stellt Rauchen „das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) dar. Laut dem Deutschen Krebsforschungsinstitut ist der Konsum für 13,3 Prozent aller Todesfälle verantwortlich, wobei jährlich in Deutschland über 127.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums sterben (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020). Nach wie vor gilt Deutschland – mit einer aktuellen Prävalenz von 34,3% der erwachsenen Bevölkerung (Kotz, 2023) – als Hochkonsumland (Stöver, 2021a). Dementsprechend belegt Deutschland auf der „Tobacco Control Scale“, einer Skala von 37 europäischen Ländern zur Quantifizierung der Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums (Joossens *et al.*, 2021), Platz 34 von 37 Plätzen. Angesichts dieser Gemengelage und der Tatsache, dass andere europäische Länder deutlich niedrigere Prävalenzen aufweisen (z. B. das Vereinigte Königreich (Office for Health Improvement & Disparities, 2023), muss der aktuelle Umgang mit Tabakkonsum in Deutschland durchaus kritisch betrachtet werden. Im vorliegenden Beitrag wird daher zunächst kurz der Umgang mit Tabak in Deutschland dargestellt und anschließend „Harm Reduction“, (Schadensminimierung), als Teil einer akzeptierenden Strategie im Umgang mit Raucher:innen in Deutschland diskutiert.

Tabakkontrollpolitik in Deutschland

Der aktuelle Fokus der Tabakkontrollpolitik in Deutschland besteht vor allem aus einem Verbot von Tabakaußenwerbung, einer Besteuerung der entsprechenden Produkte sowie einer geplanten Übernahme der Kosten bei der Teilnahme an einem evidenzbasierten Rauchentwöhnungsprogramm, wobei letzteres nur einmal und nur für „Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde“ (Bundesregierung, 2021) möglich ist. Derzeit ist allerdings unklar, wie eine solche schwere Tabakabhängigkeit definiert werden soll. Evidenzbasierte Programme beinhalten Kurzberatungen, Verhaltenstherapien, verschreibungspflichtige Medikamente oder Telefonberatung. Weiterhin existiert eine Vielzahl verschiedener Nikotinersatzpräparate, sogenannte Nikotinersatztherapien (NET). Auch wenn NET durchaus effektiv sind und beim Rauchstopp helfen können (Stead *et al.*, 2012), gelten diese bei Raucher:innen nicht als besonders beliebt (Werse *et al.*, 2023).

Anhand dieser Ausführungen zeigt sich, dass in Deutschland wenig politische Anstrengungen unternommen werden, die Raucher:innenprävalenzen massiv zu senken. Ganz anders sieht es beispielsweise im Vereinigten Königreich aus, das zu den Vorreitern in der Umsetzung von Maßnahmen zur Tabakkontrolle zählt. Beispielsweise wird dort Kurzberatung zur Tabakentwöhnung etwa dreimal so häufig angeboten und die leitliniengerechte Kombination aus ärztlicher Kurzberatung und Pharmakotherapie zehnmal so häufig (Kastaun/Kotz, 2019). Obwohl laut DEBRA-Studie 73% der Raucher:innen in Deutschland einmal im Jahr eine:n Ärzt:in konsultieren, wird bei 81% dieser Besuche nicht über das Rauchen gesprochen (Kastaun/Kotz, 2019). Grund hierfür sind vor allem die strukturellen Barrieren, welche die Umsetzung leitliniengerechter Tabakentwöhnung erschweren, darunter ein Mangel an Zeit sowie das Fehlen einer Ausbildung in der Durchführung der Tabakentwöhnung, fehlende Überweisungsmöglichkeiten zu Entwöhnungskursen und ein Mangel an Kostenerstattung sowohl für das ärztliche Angebot als auch für die Inanspruchnahme evidenzbasierter Therapien (Kastaun/Kotz, 2019). Zum Vergleich – im Vereinigten Königreich können landesweit Beratungsdienste in Anspruch genommen werden, um kostenlos evidenzbasierte Unterstützung beim Rauchstoppversuch zu erhalten (Murray/Mcneill, 2012). Darüber hinaus existieren kostenlose Online-Kurzberatungstrainings für Angehörige medizinischer Berufe (Kastaun/Kotz, 2019) und es gibt ein „Quality and Outcomes Framework“, welches Ärzt:innen finanziell für die Durchführung evidenzbasierter Rauchstoppinterventionen belohnt (Forbes *et al.*, 2017). In Deutschland gibt es kein vergleichbares Anreizsystem, evidenzbasierte Therapien werden nur teilweise von den Krankenkassen erstattet und weiterhin ist eine systematische Ausbildung zur Tabakentwöhnung im Curriculum des Medizinstudiums nicht vorgesehen (Kastaun/Kotz, 2019).

Ein weiterer und vielleicht sogar noch wichtigerer Aspekt besteht darin, dass – im Vergleich zum Vereinigten Königreich – Deutschland ausschließlich auf die Unterstützung des Rauchausstiegs durch die Linderung von Entzugssymptomen fokussiert (Stöver, 2021a). Das Vereinigte Königreich verfolgt hingegen eine andere Strategie, indem „Harm Reduction“ als Ziel ausgerufen wurde, bei dem E-Zigaretten eine prominente Rolle einnehmen (National Health Service, 2022).

Tobacco Harm Reduction

„Harm Reduction“ wurde in den 1980er Jahren vor allem als Konzept für Angebote für Konsumierende illegaler Substanzen entwickelt und galt als Gegenentwurf zu „bevormundenden“ und „entmündigenden“ Begriffen, Konzepten und Praktiken der damals ausschließlich abstinenz-orientierten Drogenhilfe (Stöver, 2021b, p. 9). Mit Harm Reduction wird der Versuch unternommen, die Schäden von Substanzkonsum für diejenigen zu minimieren, für die Abstinenz keine Option ist, ohne Abstinenz als Ziel auszuschließen. Als schadensminimierende Maßnahme in Bezug auf Verbrennungszigaretten gelten vor allem E-Zigaretten. Dabei handelt es sich um Geräte, die ein Liquid zu einem Aerosol verdampfen, wobei Liquids ohne und mit Nikotin erhältlich sind (Kotz/Kastaun, 2018). Auch wenn grundsätzlich auch bei E-Zigaretten – durch das enthaltene Nikotin (Mishra *et al.*, 2015) und durch die Liquids bzw. Aerosole (Schaller *et al.*, 2013) – von einer gesundheitlichen Störung auszugehen ist, zeigen aktuelle Studien, dass vor allem im Vergleich zu Verbrennungszigaretten bei Produkten, die Tabak nicht verbrennen oder generell keinen Tabak enthalten, von einer vielfach geringeren gesundheitlichen Belastung auszugehen ist (Shahab *et al.*, 2017; Hajek *et al.*, 2019; Hartmann-Boyce *et al.*, 2021; Tattan-Birch *et al.*, 2022). Das Vereinigte Königreich konnte u.a. durch das aktive Nutzen von E-Zigaretten sowohl als schadensminimierende Maßnahme als auch als Strategie zur Rauchentwöhnung große Erfolge erzielen.

Bedeutung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland

Die Nutzung von E-Zigaretten und weiteren alternativen Produkten hat in den vergangenen Jahren rasant zugenommen. Die Realität in Deutschland ist, dass E-Zigaretten auch ohne fachliche Begleitung/Unterstützung und politische Steuerung vermehrt sowohl zur Unterstützung eines Rauchstoppversuchs (Zhu *et al.*, 2017) als auch als schadensminimierende Maßnahme eingesetzt werden. Dies ist aktuell vor allem auf die aggressive Marketingstrategie der Industrie zurückzuführen, die sich die Erkenntnisse aus der Wissenschaft zunutze macht, indem diese Produkte als gesünder, kostengünstiger und nützlich für die Rauchentwöhnung gelabelt werden (Schürch/Ruggia, 2023). Indem Deutschland weiterhin dieses Feld der Industrie und dem Handel überlässt und zudem ausschließlich auf Abstinenz als Ziel setzt, besteht die Gefahr, dass die bestehenden Risiken eines Konsums jeglicher Produkte in den Hintergrund geraten. Beispielsweise argumentieren Britton *et al.* (2020), dass eine pauschale Ablehnung von E-Zigaretten und anderen alternativen Produkten der Nikotinaufnahme dazu führen, dass Raucher:innen weiter rauchen, die möglicherweise durch den Umstieg auf ein risikoärmeres Produkt aufgehört hätten. Weiterhin können Personen, die auf E-Zigaretten umgestiegen sind, wieder zu Verbrennungszigaretten zurückkehren, wenn sie der Meinung sind, dass Dampfen keinen gesundheitlichen Vorteil mit sich bringt. In der Tat glauben in der Europäischen Union nur 37% derjenigen, die E-Zigaretten zu einem Rauchstoppversuch bzw. zur Rauchreduktion genutzt haben, dass Dampfen weniger schädlich sei als Tabakrauchen (European Commission, 2021). Zuletzt birgt eine Ablehnung vom Dampfen zur Rauchentwöhnung auch die Gefahr,

dass das Vertrauen in Wissenschaft untergraben wird (Britton *et al.*, 2020). Gemäß der RauS-Studie, in der 6.192 Raucher:innen unter anderem zu ihrem Rauchverhalten befragt wurden, haben 93% der Befragten mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (Werse *et al.*, 2023). Von denjenigen, die nicht aufhören wollen, geben weitere 39% an, den Konsum etwas und 29% den Konsum deutlich reduzieren zu wollen (Werse *et al.*, 2023). Obwohl damit die Motivation zum Rauchstopp bzw. zur Reduktion des Konsums hoch ist, stehen diesen Menschen kaum fachlich geprüfte, seriöse, d.h. nicht-interessengeleitete Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend ist es an der Zeit, dass die Politik in Deutschland Verantwortung für das weiterhin „größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) übernimmt. Hilfreich könnte dabei ein Blick in das Vereinigte Königreich sein, das mit seinem Vorgehen merkliche Erfolge erzielt. In Anlehnung an deren Strategie im Umgang mit Tabakkonsum bedarf es einer deutlich aktiveren Unterstützung von Raucher:innen, einer Anerkennung dessen, dass Abstinenz keine Option für alle Raucher:innen ist und damit einhergehend einer Nutzung schadensminimierender Maßnahmen, wie beispielsweise E-Zigaretten, um Raucher:innen vor den schwerwiegenden Folgen des Tabakkonsums zu schützen.

Literatur

- Britton, J. *et al.* (2020) ‘A rational approach to e-cigarettes: challenging ERS policy on tobacco harm reduction’, *Eur Respir J*, 55, p. 2000166. Available at: <https://doi.org/10.1183/13993003.00166-2020>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021) *Rauchen*. Available at: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html#:~:text=Rauchen%20ist%20das%20größte%20vermeidbare,an%20den%20Folgen%20des%20Tabakkonsums](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html#:~:text=Rauchen%20ist%20das%20größte%20vermeidbare,an%20den%20Folgen%20des%20Tabakkonsums.). (Accessed: 5 June 2023).
- Bundesregierung (2021) ‘Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.– Drucksache 19/31897 – Tabakprävention und Schutz von Nicht-raucherinnen und Nichtrauchern’. Drucksache 19/32151.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2020) *Tabakatlas Deutschland 2020 - auf einen Blick*. Available at: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html (Accessed: 5 July 2023).
- European Commission (2021) *Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes: report*. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/490366> (Accessed: 6 June 2023).
- Forbes, L.J. *et al.* (2017) ‘The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review’, *British Journal of General Practice*, 67(664), pp. e775–e784. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693077>.

- Hajek, P. *et al.* (2019) ‘A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy’, *New England Journal of Medicine*, 380(7), pp. 629–637. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1808779>.
- Hartmann-Boyce, J. *et al.* (2021) ‘Electronic cigarettes for smoking cessation’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Tobacco Addiction Group, 2022(10). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub6>.
- Joossens, L. *et al.* (2021) ‘The Tobacco Control Scale 2021 in Europe’. Available at: <https://www.tobaccocontrolscale.org/> (Accessed: 26 June 2023).
- Kastaun, S. and Kotz, D. (2019) ‘Ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Ergebnisse der DEBRA Studie’, *SUCHT*, 65(1), pp. 34–41. Available at: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000574>.
- Kotz, D. (2023) *DEBRA - Deutsche Befragung zum Rauchverhalten*. Available at: <https://www.debra-study.info/> (Accessed: 31 August 2023).
- Kotz, D. and Kastaun, S. (2018) ‘E-Zigaretten und Tabakerhitzer: repräsentative Daten zu Konsumverhalten und assoziierten Faktoren in der deutschen Bevölkerung (die DEBRA-Studie)’, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(11), pp. 1407–1414. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2827-7>.
- Mishra, A. *et al.* (2015) ‘Harmful effects of nicotine’, *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 36(01), pp. 24–31. Available at: <https://doi.org/10.4103/0971-5851.151771>.
- Murray, R.L. and McNeill, A. (2012) ‘Reducing the social gradient in smoking: Initiatives in the United Kingdom: Reducing the UK social gradient in smoking’, *Drug and Alcohol Review*, 31(5), pp. 693–697. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00447.x>.
- National Health Service (2022) *Using e-cigarettes to stop smoking*. Available at: <https://www.nhs.uk/live-well/quit-smoking/using-e-cigarettes-to-stop-smoking/> (Accessed: 23 August 2023).
- Office for Health Improvement & Disparities (2023) *Local tobacco control profiles for England: statistical commentary, December 2022 update*. Available at: <https://www.gov.uk/government/statistics/local-tobacco-control-profiles-december-2022-update/local-tobacco-control-profiles-for-england-statistical-commentary-december-2022-update>.
- Schaller, K. *et al.* (2013) *Elektrische Zigaretten - ein Überblick*. Edited by Deutsches Krebsforschungszentrum. Heidelberg (Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle).
- Schürch, K. and Ruggia, L. (2023) ‘Aerosolnebel: die irreführenden Marketingstrategien der E-Zigarettenfirmen’, *Suchtmagazin*, 49(3 & 4), pp. 26–31.
- Shahab, L. *et al.* (2017) ‘Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study’, *Annals of Internal Medicine*, 166(6), p. 390. Available at: <https://doi.org/10.7326/M16-1107>.
- Stead, L.F. *et al.* (2012) ‘Nicotine replacement therapy for smoking cessation’, *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Preprint]. Edited by Cochrane Tobacco Addiction Group. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>.
- Stöver, H. (2021a) ‘Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette’, *Bundesgesundheitsblatt*, 64(11), pp. 1473–1479. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03435-5>.
- Stöver, H. (2021b) ‘Tobacco Harm Reduction - Was ist das?’, in H. Stöver (ed.) *Tobacco Harm Reduction. Neue Rauchentwöhnungsstrategien*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, pp. 9–13.

- Tattan-Birch, H. *et al.* (2022) 'Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Tobacco Addiction Group, 2022(4). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013790.pub2>.
- Werse, B. *et al.* (2023) 'Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse. Ergebnisse der RauSStudie', in H. Stöver (ed.) *Die Zigarette liegt in den letzten Zügen. Alternative Formen der Nikotinaufnahme*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft, pp. 63–96.
- Zhu, S.-H. *et al.* (2017) 'E-cigarette use and associated changes in population smoking cessation: evidence from US current population surveys', *BMJ*, 358, p. j3262. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3262>.

Einweg-E-Zigaretten (Disposables) – ein Problem für Jugend-, Verbraucher- und Naturschutz

Larissa Steimle, Bernd Werse & Heino Stöver

Zusammenfassung

Während E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinpouches vielversprechende Beiträge zur Tabakentwöhnung und als Harm-Reduction-Strategie leisten können, zeigen sich bei Einweg-E-Zigaretten („Disposables“) weitreichende Probleme. Aktuell werden in Deutschland Verbraucher*innen nicht ausreichend vor Plagiaten geschützt. Zudem sind die Produkte vor allem für Jugendliche besonders ansprechend – Studien zeigen, dass Disposables in dieser besonders gefährdeten Gruppe deutlich stärker verbreitet sind als andere E-Produkte. Abschließend werden Einweg-E-Zigaretten für ihre schlechte Umweltbilanz kritisiert. Insgesamt bedarf es dringend einer stärkeren bundespolitischen Steuerung in diesem Bereich.

Hintergrund

Viele Studien zeigen mittlerweile, dass E-Zigaretten weniger schädlich sind als die herkömmliche Verbrennungszigarette, da vor allem die Inhalation von verbranntem Tabak für die gesundheitsschädliche Wirkung verantwortlich ist (Shahab et al., 2017; Hartmann-Boyce et al., 2021). Auch wenn ein allgemeiner Konsens darüber besteht, dass das Inhalieren jeglicher Substanzen als riskant anzusehen ist und auch bei E-Zigaretten und ähnlichen Produkten von schädlichen Auswirkungen sowie einem Abhängigkeitsrisiko auszugehen ist (Schaller et al., 2013; Mishra et al., 2015), werden diese alternativen Produkte als eine probate Strategie der Schadensminimierung angesehen, insbesondere für Personen, die bereits mehrere erfolglose Versuche unternommen haben, mit dem Rauchen aufzuhören (Javed, 2022, Stöver, 2021b, 2021a, Werse et al., 2023a). Im Vereinigten Königreich werden 1 Million E-Zigaretten - Starter-Kits an diese Zielgruppe abgegeben, um das ehrgeizige Ziel zu erreichen im Jahre 2030 ‚rauchfrei‘ zu werden (d.h. weniger als 5% der erwachsenen Bevölkerung raucht noch Verbrennungszigaretten (Department of Health and Social Care & O’Brien, 2023)). Auch wenn E-Zigaretten daher vielversprechende Möglichkeiten im Hinblick auf die Minimierung der Schäden von Tabakkonsum bieten, bringen Disposables bzw. Einweg-E-Zigaretten eine andere Dynamik in den Markt und weitreichende Probleme mit sich, die nachfolgend diskutiert werden sollen.

Das Problem mit den Disposables

Bei Disposables (häufig schlicht „Vapes“ genannt) handelt es sich grundsätzlich um eine E-Zigarette, die mit einer verdampfbaren Flüssigkeit befüllt und mit einer Batterie bzw. einem geladenen Akku ausgestattet ist. Es ist nicht möglich, das Liquid nachzufüllen oder die Batterie bzw. den Akku zu laden oder zu ersetzen, weshalb das komplette Gerät nach Verbrauch weggeworfen werden muss (Bauer, 2023). Aufgrund der hohen Margen bei Disposables ist weltweit „ein regelrechter Goldrausch entstanden“ (Bauer, 2023, 185). Gemäß dem Bündnis für Tabakfreien Genuss e.V. (2022) beträgt der Umsatz der Einweg-E-Zigaretten am Gesamtmarkt rund 40%. In Deutschland trifft der internationale Disposables-Trend auf ein Regulierungsumfeld, welches auf herkömmliche E-Zigaretten und Tabakerhitzer ausgelegt ist. Gemäß Bauer (2023) hat die sogenannte Tabakproduktlinie 2 (Europäische Union, 2023) durchaus für eine gesteigerte Sensibilität des Fachhandels für Fragen des Verbraucher- und Jugendschutzes gesorgt. Anders stellt sich allerdings der aktuelle Trend dar, der sich außerhalb des Fachhandels abspielt.

1. Ein Problem des Verbraucherschutzes

Schätzungen deuten darauf hin, dass ein erheblicher Teil des Disposables-Geschäfts außerhalb des Fachhandels (z. B. über Kioske) abläuft, wo u.a. Plagiate von Markengeräten vertrieben werden, die durch einen zu hohen Nikotingehalt oder andere Spezifikationen nicht in der EU oder Deutschland marktfähig und zulässig wären (Bauer, 2023).

Dieser Schwarzmarkt agiert aktuell auch weitestgehend ungestört von Behörden. Kontrollen im Bereich von E-Zigaretten beschränken sich in der Regel auf einzelne Besuche in Fachgeschäften oder Zollkontrollen bei legalem Import (Bauer, 2023, 187).

Durch die bestehende hohe Personalbelastung ist diesbezüglich gemäß Bauer (2023) auch keine Verbesserung zu erwarten. Weiterhin stünden die konkret angeordneten oder ausgesprochenen Bußgelder in keinem Verhältnis zu den sehr lukrativen Margen. Dieser weitgehend unregulierte Markt trifft auf eine äußerst aggressive Marketingstrategie der Tabak- und Nikotinindustrie, die diese Produkte zusätzlich attraktiv machen (Schürch & Ruggia, 2023, 26).

2. Ein Problem des Jugendschutzes

Auch wenn es sich, genau wie bei der E-Zigarette, um ein Produkt handelt, das weniger negative Effekte für die Gesundheit als herkömmliche Verbrennungszigaretten nach sich zieht, kann das enthaltene Nikotin vor allem für Jugendliche verschiedene Folgen haben. Das sich entwickelnde jugendliche Gehirn reagiert besonders anfällig

auf Nikotin (England et al., 2015; Leslie, 2020). Weiterhin hat Nikotin ein hohes Abhängigkeitspotenzial (Yuan et al., 2015).

Gleichzeitig scheinen die verschiedenen Geschmacksrichtungen, Farben und Verpackungsoptionen, in denen Disposables vorhanden sind, besonders für Jugendliche ansprechend zu sein (Hammond et al., 2022; Schürch & Ruggia, 2023). Zudem hat in den letzten Jahren das Social-Media-Marketing stark an Bedeutung gewonnen (Schürch & Ruggia, 2023). In Deutschland vertreiben zudem einige sehr bekannte Rapper eigene Disposable-Marken, die, v.a. dank intensiver Verbreitung über Social Media, offenbar erhebliche Marktanteile erzielen. Die überwiegende Mehrheit der YouTube- und Instagram-Inhalte über E-Zigaretten wirbt für deren Gebrauch; diese Inhalte enthalten in der Regel keine Alters- und/oder Gesundheitswarnungen (Smith et al., 2023). Dabei scheint im Gegensatz zu E-Zigaretten bei Disposables ein gezielt an Kinder und Jugendliche gerichtetes Marketing stattzufinden, mit dem sowohl die sozialen Netzwerke selbst als auch die zuständigen Aufsichtsbehörden weitestgehend überfordert sind (Bauer, 2023). Beispielsweise werden Disposables in Geschmacksrichtungen von unter Kindern sehr beliebten Wassereisorten angeboten.

Zusätzlich stellt der Verkauf außerhalb des Fachhandels auch im Hinblick auf den Schutz der Jugend ein Problem dar.

„Beim Verkauf über Kioske, Tankstellen, Shisha-Shops und -Bars sowie Import-supermärkte besteht oft weder eine Kenntnis zu Fragen des Mindestalters für den legalen Verkauf noch ein entsprechendes Problembewusstsein, selbst wenn die Vorgaben des Jugendschutzes tatsächlich bekannt sind“ (Bauer, 2023, p. 185).

Des Weiteren sind Disposables auch einfach online zu erhalten, was den Zugang für Minderjährige erleichtert, da sie ihr Alter verschleiern können (Schürch & Ruggia, 2023). Der niedrige Preis sowie die Tatsache, dass die Produkte nach einmaligem Gebrauch weggeworfen werden, senkt zusätzlich die Einstiegshürde für Konsument:innen (Schürch & Ruggia, 2023).

Studien aus dem Vereinigten Königreich haben gezeigt, dass sich regelmäßiger E-Zigaretten-Konsum unter Minderjährigen zwischen 2019 und 2022 verdoppelt hat – in einem Zeitraum, in dem der Anteil von Disposables bei den meistkonsumierten E-Zigaretten-Arten von knapp 7% auf 52% gestiegen ist (ash, 2023).

Die ersten (bislang unveröffentlichten) repräsentativen Ergebnisse zur Verbreitung von Disposables unter deutschen Jugendlichen liegen für 15- bis 18-Jährige aus dem lokalen „Monitoring-System Drogentrends“, gefördert von der Stadt Frankfurt am Main, vor (Werse et al., 2023b). Hier hat sich aktueller Konsum (letzte 30 Tage) von E-Zigaretten insgesamt zwischen 2014 und 2021 nahezu kontinuierlich von 14% auf 29% erhöht; erst im jüngsten Erhebungsjahr (2022) hat sich der Wert wieder leicht auf 27% verringert. Erstmals wurde dabei nach der Nutzung unterschiedlicher Arten von E-Zigaretten gefragt: Die 30-Tages-Prävalenz von Disposables liegt in dieser Altersgruppe mit 19% deutlich höher als die anderer E-Produkte (mit nachfüllbarem Tank: 4%, mit Kartusche: 5%, Tabakverdampfer: 5%). 57% derer, die in den letzten 30 Tagen E-Produkte konsumiert haben, haben in diesem Zeitraum nur Einweggeräte verwendet. Disposables dominieren also offenbar auch hierzulande den Markt für E-Zigaretten unter Jugendlichen, und es ist zu vermuten, dass diese Produkte einen erheblichen Anteil am Anstieg des Konsums in den letzten Jahren haben.

3. Ein Problem des Umweltschutzes

Neben diesen weitreichenden Problemen hinsichtlich des Verbraucher- und Jugendschutzes stellen Disposables auch ein großes Umweltproblem dar. Einweg-E-Zigaretten werden nach ca. 400 bis 500 Zügen weggeworfen. Aufgrund ihres Akkus und der darin enthaltenen Giftstoffe müssen diese eigentlich in entsprechenden Sammelbehältern entsorgt werden (Schaller et al., 2020). Gleichwohl zeigt sich, dass die Produkte vor allem über den Restmüll oder sogar in der Natur entsorgt werden, was nicht nur die Waldbrandgefahr erhöht (Bauer, 2023), sondern auch insgesamt das Ökosystem belastet (Green et al., 2023).

Schlussfolgerungen

Die obigen Ausführungen zeigen, dass schnellstmöglicher Handlungsbedarf in Bezug auf Disposables gegeben ist. Um E-Zigaretten als Harm Reduction-Strategie nutzen zu können, ohne dabei konsumunerfahrenen Jugendlichen Anreize zum Nikotinkonsum zu bieten, bedarf es dringend einer stärkeren Regulierung von Disposables. Diese sprechen durch ihren Verkauf außerhalb von Fachgeschäften und einer dadurch kaum stattfindenden Regulierung, ihre aggressiven Marketingstrategien von Herstellern und Influencern sowie ihre verschiedenen Geschmacksrichtungen vor allem Jugendliche an. Diese Gruppe ist allerdings besonders gefährdet im Hinblick auf die Auswirkungen von Nikotin. Es bedarf somit einer individuellen Betrachtung der einzelnen Produkte und einer Analyse dessen, welche Produkte von welchen Altersgruppen wofür genutzt werden, um gezielte und differenzierte Regelungen entwickeln zu können (McKeganey et al., 2023). Maßnahmen zum Schutz der Jugend wären:

- Eine Verschärfung der Regelungen zur Aufmachung von Einweg E-Zigaretten (und auch konventionellen Zigaretten). Das Tabakerzeugnisgesetz hat eine verblüffende Leerstelle: so dürfen zwar keine irreführenden Angaben zur Gesundheitsschädlichkeit gemacht werden, es gibt jedoch kein ausdrückliches Verbot von kinder- und jugendaffiner Aufmachung (vgl. §18 TabErzG). Hier sind lediglich die freiwilligen Standards der in Verbänden organisierten Hersteller:innen und Händler:innen anwendbar – zu dieser Gruppe gehören viele Hersteller:innen/Händler:innen von Einweg E-Zigaretten nicht.
- Eine Verschärfung der Regelungen zur Werbung für E-Zigaretten. Das Gesetz verbietet ausdrücklich jugendaffine Werbeaussagen für Zigaretten – jedoch nicht für E-Zigaretten (vgl. §21 TabErzG). Auch hier gelten nur freiwillige Regelungen, die von Hersteller:innen/Händler:innen bei der Einweg-E-Zigarette vielfach nicht eingehalten werden. Ein umfassendes und absolutes Werbeverbot wäre die optimale Lösung sowie die Einführung neutraler Verpackungen (plain packaging) (vgl. Schürch & Ruggia, 2023).
- Eine Verschärfung der Verantwortung von Betreibern von Online-Plattformen. Hier ist bisher lediglich eine Erwähnung in den AGBs vorgeschrieben (vgl. §10c TMG, Telemediengesetz). Hier müssen insbesondere die Online-Giganten wie Meta, Youtube/Google und Tiktok in die Verantwortung genommen werden.

- Einen weiteren Hebel stellt die Tabaksteuer dar: *„Obwohl die Tabaksteuer als das effektivste Instrument zur Reduktion des Tabakkonsums gilt, wird sie in Deutschland bislang kaum als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument verwendet, sondern unterliegt in erster Linie fiskalischen Erwägungen“* (Mons, 2020). Wichtig wäre, die Steuer auf E-Zigaretten so niedrig zu belassen, dass sich ein Umstieg von Verbrennungszigaretten auf E-Zigaretten finanziell lohnt und gleichzeitig E-Zigaretten so hoch zu besteuern, dass Jugendliche vor dem Einstieg geschützt werden. Die für Jugendliche attraktiven Disposables sollten dabei stärker besteuert werden (Mons, 2020), wobei die Mehreinnahmen wiederum in Präventionsangebote gesteckt werden können (Schürch & Ruggia, 2023). Der Bundesrat hat die Bundesregierung bereits dazu aufgerufen, sich auf nationaler und europäischer Ebene für ein Verbot von Disposables einzusetzen (Bundesrat, 2023).

Auch wenn durch die europäische Batterieverordnung (Europäische Union, 2023) Einweg-E-Zigaretten voraussichtlich ohnehin bis 2027 aus dem Handel verschwinden werden, sollte nun gehandelt werden, um nicht weitere wertvolle Jahre im Hinblick auf den Schutz der Jugend zu verschwenden. Gerade im Hinblick auf das exponentielle Wachstum von E-Zigaretten (Schürch & Ruggia, 2023) gepaart mit aggressivem Marketing sollte umgehend gehandelt werden. Ob tatsächlich ein Verbot, wie dieses vom Bundesrat gefordert wird, sinnvoll ist, lässt sich im Hinblick auf einen dadurch möglicherweise stärker wachsenden illegalen Markt mindestens kritisch hinterfragen. In jedem Fall bedarf es eines Eingreifens seitens der Gesetzgebung, um die Folgen der derzeitigen Handhabung zu verhindern. Dabei sollte die Eindämmung des illegalen Marktes von ebenso großer Priorität sein wie die Durchsetzung und Verschärfung des Jugendschutzes. Zum Schutz der Umwelt wäre weiterhin ein verpflichtendes Rücknahme- und Pfandsystem von Einwegprodukten sinnvoll (Schaller et al., 2020).

Insgesamt sind zu fordern:

- Verbot kinder- und jugendaffiner Werbung und Verpackung durch Schließung gesetzlicher Lücken
- Verschärfung der Anforderungen an Social-Media-Plattformen
- Steuererhöhungen für Disposables, etwa durch Einführung einer Sondersteuer
- Stärkere Kontrollen des Verkaufs außerhalb des Fachhandels
- Neutrale Verpackungen
- Einführung eines Rückgabe- und Pfandsystems.

Literatur

- ash (2023) 'Use of e-cigarettes (vapes) among young people in Great Britain'. Action on Smoking and Health (ASH), July 2022, Verfügbar unter: <https://ash.org.uk/uploads/Use-of-e-cigarettes-among-young-people-in-Great-Britain-2022.pdf>
- Bauer, S. (2023) 'Disposables', in H. Stöver (Hg.) *Die Zigarette liegt in den letzten Zügen. Alternative Formen der Nikotinaufnahme*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag: 182–190.
- Bundesrat (2023) *Entschließung des Bundesrates für ein Verbot von Einwegkunststoff-Elektrozigaretten*. Verfügbar unter: <https://www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2023/0001-0100/0003-23.html> (Accessed: 17 August 2023).
- Bündnis für Tabakfreien Genuss e.V. (2022) *E-Zigarettenmarkt behauptet sich in schweren Zeiten*. Verfügbar unter: <https://www.tabakfreiergenuss.org/e-zigarettenmarkt-behauptet-sich-in-schweren-zeiten/> (Accessed: 17 August 2023).
- Department of Health and Social Care and O'Brien, N. (2023) *Smokers urged to swap cigarettes for vapes in world first scheme*. Available at: <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>.
- England, L.J. et al. (2015) 'Nicotine and the Developing Human', *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2): 286–293. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.01.015>.
- Europäische Union (2023) *VERORDNUNG (EU) 2023/1542 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 12. Juli 2023 über Batterien und Altbatterien, zur Änderung der Richtlinie 2008/98/EG und der Verordnung (EU) 2019/1020 und zur Aufhebung der Richtlinie 2006/66/EG*. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023R1542&qid=1693237723012>.
- Green, D.S. et al. (2023) 'Disposable e-cigarettes and cigarette butts alter the physiology of an aquatic plant *Lemna minor* (Lemnaceae)', *Science of The Total Environment*, 892: 164457. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.164457>.
- Hammond, D. et al. (2022) 'E-Cigarette Flavors, Devices, and Brands Used by Youths Before and After Partial Flavor Restrictions in the United States: Canada, England, and the United States, 2017–2020', *American Journal of Public Health*, 112(7): 1014–1024. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306780>.
- Hartmann-Boyce, J. et al. (2021) 'Electronic cigarettes for smoking cessation', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edited by Cochrane Tobacco Addiction Group, 2022(10). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub6>.
- Javed, K. (2022) *Independent report. Making smoking obsolete: summary*. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/the-khan-review-making-smoking-obsolete/making-smoking-obsolete-summary>.
- Leslie, F.M. (2020) 'Unique, long-term effects of nicotine on adolescent brain', *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 197: 173010. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.173010>.
- McKeganey, N. et al. (2023) 'When it comes to assessing the impact of e-cigarettes, estimates of device prevalence matter: the BIDI Stick disposable device', *Harm Reduction Journal*, 20(1): 85. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00820-y>.
- Mishra, A. et al. (2015) 'Harmful effects of nicotine', *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 36(01): 24–31. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4103/0971-5851.151771>.

- Mons, U. (2020) 'Kommentare zu M. Adams & T. Effertz (2020). Zielgenaue Besteuerung des absichtlich erhöhten Suchtpotentials von Zigaretten und neuartigen Nikotinprodukten.', *SUCHT*, 66(3): 161–163. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000659>.
- Schaller, K. *et al.* (2013) *Elektrische Zigaretten - ein Überblick*. Edited by Deutsches Krebsforschungszentrum. Heidelberg (Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle).
- Schaller, K., Kahnert, S. & Mons, U. (2020) 'E-Zigaretten und Tabakerhitzer - ein Überblick'. Edited by Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Schürch, K. & Ruggia, L. (2023) 'Aerosolnebel: die irreführenden Marketingstrategien der E-Zigarettenfirmen', *Suchtmagazin*, 49(3 & 4): 26–31.
- Shahab, L. *et al.* (2017) 'Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study', *Annals of Internal Medicine*, 166(6): 390. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.7326/M16-1107>.
- Smith, M.J. *et al.* (2023) 'User-generated content and influencer marketing involving e-cigarettes on social media: a scoping review and content analysis of YouTube and Instagram', *BMC Public Health*, 23(1): 530. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15389-1>.
- Stöver, H. (2021a) 'Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette', *Bundesgesundheitsblatt*, 64(11): 1473–1479. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03435-5>.
- Stöver, H. (Hg.) (2021b) *Tobacco Harm Reduction: neue Rauchentwöhnungsstrategien*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Werse, B., *et al.* (2023a): Mit dem Rauchen aufhören - Methoden, Hilfen, Hindernisse. Ergebnisse der RauS-Studie. In: Stöver, H. (Hg.): *Die Zigarette liegt in den letzten Zügen. Alternative Formen der Nikotinaufnahme*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag: 63-96.
- Werse, B., Kamphausen, G., Martens, J. (2023b): *MoSyD Jahresbericht 2022*. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- Yuan, M. *et al.* (2015) 'Nicotine and the adolescent brain: Nicotine and the adolescent brain', *The Journal of Physiology*, 593(16): 3397–3412. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1113/JP270492>.

Rauchverbot im Auto: Effektiver Jugendschutz oder bloße Symbolpolitik?

Dietmar Jazbinsek, Larissa Steimle & Heino Stöver

Die Angehörigen der geburtenstarken Jahrgänge kennen es aus ihrer Jugend: Während die Eltern vorne im Auto rauchen, halten sich die Kinder auf dem Rücksitz die Nase zu. Nie wurde in (West-)Deutschland mehr gequalmt als Mitte der Siebziger Jahre. Doch auch heute noch greift hierzulande jeder dritte Erwachsene regelmäßig zur Zigarette, wenn man den aktuellsten Umfragen Glauben schenkt. Gesundheitsorganisationen und Kinderschutz-Initiativen fordern deshalb seit geraumer Zeit, das Rauchen im Auto zu verbieten, sofern Minderjährige oder Schwangere mitfahren. Ende letzten Jahres veröffentlichten drei Dutzend Verbände einen gemeinsamen Appell, in dem es unter anderem heißt: „Die Passivrauchbelastung für Minderjährige ist in Fahrzeugkabinen besonders hoch: Bereits das Rauchen einer einzigen Zigarette verursacht innerhalb weniger Minuten eine Konzentration von Tabakrauch, die um ein Vielfaches höher ist als in einer stark verrauchten Gaststätte. Rund eine Million Kinder und Jugendliche in Deutschland sind Schätzungen zufolge Tabakrauch im Auto ausgesetzt. (...) Studien in Kanada, wo es in weiten Teilen des Landes seit längerer Zeit ein entsprechendes gesetzliches Rauchverbot gibt, haben gezeigt, dass das Rauchen in Autos in Anwesenheit von Kindern dadurch deutlich abgenommen hat“ (Verbändeappell 2022).

Anfang Juli 2023 wurde bekannt, dass das Bundesgesundheitsministerium die Einführung eines solchen Rauchverbotes plant. Im Zuge der Cannabis-Legalisierung soll ein entsprechender Passus in den Artikel 6 des Bundesnichtraucherschutzgesetzes eingefügt werden (BMG 2023). Die Gesetzesinitiative knüpft an einen Bundesratsbeschluss aus dem Vorjahr an. Im folgenden Beitrag geht es darum, wie stichhaltig die Prämissen sind, die dem Gesetzentwurf zugrunde liegen, und welche Folgen bei seiner Umsetzung zu erwarten sind. Wenn es nach dem Willen einiger Nichtregierungsorganisationen geht, soll das Rauchverbot im Auto nur der Auftakt sein zu weitergehenden Eingriffen des Staates in die Privatsphäre der Raucherinnen und Raucher.¹ Sollten sich die Freien Demokraten durchsetzen, wird es dazu nicht kommen: Anfang Oktober meldeten Nachrichtenagenturen, dass die FDP ein Veto gegen die Pläne des Gesundheitsministeriums einlegen will. Wie der Koalitionsstreit ausgeht, war bei Redaktionsschluss nicht absehbar. Wir nehmen diesen Streit zum Anlass, um am Ende des Beitrages alternative Wege zu einem besseren Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens aufzuzeigen.

¹Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Toxikologie: Wie groß ist die Passivrauchbelastung in Privatfahrzeugen?

In dem aktuellen Gesetzentwurf wird die Notwendigkeit einer staatlichen Intervention u.a. damit begründet, „dass die Giftstoffbelastung im Auto selbst bei leicht geöffnetem Fenster bis zu fünfmal so hoch ist, wie in einer Raucherkeipe“ (Deutscher Bundestag 2022, Kommafehler im Original). Hierbei handelt es sich offenkundig um die Fehlinterpretation einer irreführenden Stellungnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums. In dem DKFZ-Faktenblatt „Gesundheitsgefährdung von Kindern durch Tabakrauch im Auto“ heißt es unter Verweis auf eigene Erhebungen: „Bei Messungen in einem im Stadtverkehr fahrenden Auto stieg die Belastung auf dem Beifahrersitz nach dem Anzünden einer Zigarette auf dem Fahrersitz bei leicht geöffnetem Fenster auf Spitzenwerte von über 2500 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Dies ist deutlich mehr als in der Gastronomie: Die Belastung mit Partikeln in einer durchschnittlich verrauchten Bar liegt bei rund 500 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ “ (DKFZ 2018, S.1). Gemessen wurde also nicht die „Giftstoffbelastung“, sondern die Luftpartikelkonzentration. Deren Verfünfachung kommt rein rechnerisch dadurch zustande, dass Spitzenwerte (im Fall des Autos) mit Durchschnittswerten (im Fall der Raucherbar) verglichen werden. Laut der Originalpublikation unterscheidet sich der in einer Bar gemessene Spitzenwert (2022 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) nicht wesentlich von dem in einem Fahrzeug; der im Auto bei geschlossenen Fenstern ermittelte Durchschnittswert (658 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) wiederum liegt nur geringfügig über dem einer Bar (DKFZ 2010, 26 f.). Wir werden noch darauf zurückkommen, warum dies kein Detail am Rande ist.

Die Messungen des Krebsforschungszentrums führen vor Augen, dass Pauschalaussagen über die Passivrauchbelastung im Auto wenig Sinn machen. Die Partikelkonzentration hängt nämlich entscheidend von der Luftzirkulation in der Fahrzeugkabine ab. Der folgende Auszug (siehe Tab. 1) aus der Ergebnistabelle gibt die Durchschnittswerte wieder, die auf dem Rücksitz gemessen wurden, während sich der Fahrer im Stadtverkehr eine Zigarette anzündete.

Tabelle 1: Partikelkonzentration je nach Lüftungssituation
(Quelle: DKFZ 2010, 26)

Fenster	Lüftung	Mean PM _{2,5} $\mu\text{g}/\text{m}^3$
Alle geschlossen	Aus	2413
Alle geschlossen	An	844
Fahrerfester halboffen	Aus	223
Alle Fenster halboffen	Aus	51

Die Partikelkonzentration lässt sich also drastisch reduzieren, wenn man den Wagen beim Fahren entlüftet. Ob und wie oft das rauchende Autoinsassen tun, wurde bislang nicht untersucht.

Einer Studie des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zufolge gibt es noch zwei weitere Faktoren, die einen wesentlichen Einfluss auf die Passivrauchbelastung im Auto haben: der Fahrzeugtyp und das Nikotinprodukt. Die Testfahrten fanden bei leicht geöffnetem Beifahrerfenster jeweils zur selben Tageszeit auf der gleichen Strecke in München statt. Untersucht wurde, wie sich der Konsum von Zigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzern auf die Luftpartikelkonzentration in Pkws unterschiedlicher Größe auswirkt. Hier ein Auszug aus der Ergebnistabelle:

Tabelle 2: Partikelkonzentration je nach Fahrzeugtyp und Nikotinprodukt
(Quelle: Schober et al. 2019, 6)

Mean PM _{2,5} µg/m ³	Volvo S (Innenraum groß)	VW Golf 2006 (mittelgroß)	Smart ForFour (klein)
Zigarette	895	594	189
E-Zigarette	170	262	18
Tabakerhitzer	19	11	5
Nichtraucher-Fahrt	10	7	4

Die Partikelkonzentration im Wagen lässt sich also drastisch reduzieren, wenn der Raucher auf E-Zigaretten oder Tabakerhitzer umsteigt.

In der Münchener Studie wurde darüber hinaus die Belastung der Atemluft durch einzelne Rauch-Bestandteile wie Benzol und Nikotin gemessen. Während die Messwerte beim Anzünden einer Zigarette sprunghaft anstiegen, blieben sie beim Konsum von E-Zigaretten und Tabakerhitzern meist unter der Nachweisgrenze. Mit einer Ausnahme: Wie zu erwarten war, führt das Verdampfen von E-Zigaretten-Liquids auf Propylenglykol-Basis zu einem deutlichen Anstieg des Propylenglykols in der Innenraumluft. In 1 von 7 Fällen wurde der Richtwert von 600 µg/m³ überschritten, ab dem das Umweltbundesamt von einer Gesundheitsgefährdung ausgeht. Was an den Messungen besonders auffällt: Sowohl die Partikelkonzentration, als auch die Belastung mit flüchtigen organischen Verbindungen ist umso geringer, je kleiner der Innenraum des Wagens ist. Die Autoren der Studie haben hierfür keine plausible Erklärung parat.

Fazit: Die Messergebnisse aus Heidelberg und München sprechen dafür, dass der vorliegende Gesetzentwurf von einem unrealistisch hohen Gefahrenpotential durch die Passivrauchexposition im Auto ausgeht, weil er nur Extremwerte in Betracht zieht.

Prävalenz: Wie viele Kinder sind bei Autofahrten dem Tabakrauch ausgesetzt?

Chronisches Passivrauchen kann die Gesundheit massiv schädigen – auch und gerade die Gesundheit von Minderjährigen. Daran besteht kein Zweifel. Doch wie oft kommt es heute noch vor, dass Eltern ihre Kinder auf Autofahrten vollqualmen? Der aktuelle

Gesetzentwurf geht von derzeit rund einer Million Betroffenen unter 18 Jahren aus und beruft sich dabei auf eine Expertise des DKFZ. Laut dem bereits zitierten Faktenblatt des Heidelberger Forschungszentrums „müssen schätzungsweise rund 800.000 Kinder und Jugendliche im Auto passiv rauchen“ (DKFZ 2018, 2). Der Schätzwert stützt sich auf die Ergebnisse einer Befragung aus dem Jahr 2016.

Im Rahmen des International Tobacco Control Survey wurde nach den Rauchregeln in Raucherhaushalten gefragt (ITC 2017). Von den Teilnehmern aus Deutschland verzichteten laut eigener Aussage drei Viertel freiwillig auf den Tabakkonsum im Auto, wenn Kinder dabei sind. Nur 6% gaben an, keinerlei Rücksicht auf minderjährige Mitfahrer zu nehmen. Wenn wir das hochrechnen, kommen wir zu folgender Kalkulation: In der deutschen Bevölkerung gab es laut Statistischem Bundesamt im Erhebungsjahr rund 13,5 Millionen Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren. Vier von zehn Minderjährigen lebten in einem Raucherhaushalt (Kuntz et al. 2019). 6% der erwachsenen Raucher war es laut ITC-Umfrage egal, ob Kinder mit im Auto sind oder nicht. Daraus ergibt sich ein Schätzwert von gut 300.000 betroffenen Personen im Alter unter 18 Jahren. Wie das DKFZ zu seiner wesentlich höheren Zahl kommt, ist unklar. Es könnte mit den Probanden zu tun haben, die sich in der Umfrage für die dritte Antwortoption entschieden haben: „Rauchen ist manchmal und in einigen Autos erlaubt“. Das DKFZ spricht in diesen Fällen von einem „partiellen Rauchverbot“. Die Frage ist nur, ob es so etwas im wirklichen Leben überhaupt gibt. Warum sollte das Rauchen im Beisein von Kindern im Auto mal erlaubt und mal verboten sein? Gut möglich, dass die Befragten diese Antwortvorgabe anders verstanden haben als die Fragesteller: „Rauchen ist manchmal und in einigen Autos erlaubt – nämlich genau dann, wenn keine Kinder mitfahren.“ Je genauer man die Datenbasis in Augenschein nimmt, umso brüchiger erscheint sie.

Werfen wir deshalb einen Blick auf die Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. In zwei Wellen der DEBRA-Studie wurden die Teilnehmer danach gefragt, wo und wie oft sie Tabakrauch ausgesetzt sind (Mlinaric et al. 2022). Von den 14- bis 17-Jährigen antworteten 6%, zumindest gelegentlich in verrauchten Autos unterwegs zu sein. Das entsprach 2022 laut Statistischem Bundesamt in etwa 190.000 Personen. Bei Kindern unter 14 Jahren dürfte die Expositionsrate niedriger sein, weil sie nicht selber rauchen, seltener bei rauchenden Freunden mitfahren und die Eltern eher Rücksicht nehmen, wenn ein Säugling oder Kleinkind im Wagen ist.

Fazit: Runde Zahlen klingen gut und prägen sich leichter ein. Das gilt auch für die „rund eine Million“ Minderjährigen, die dem vorliegenden Gesetzentwurf zufolge in Deutschland dem Tabakrauch im Auto ausgesetzt sind. Die tatsächliche Zahl ist wahrscheinlich deutlich niedriger.

Evaluation: Was haben vergleichbare Rauchverbote in anderen Ländern bewirkt?

Aber spielt es überhaupt eine Rolle, ob in Deutschland eine Million Minderjährige in verrauchten Autos mitfahren oder eine halbe Million oder weniger? Muss der Staat nicht unabhängig von solchen Hochrechnungen eingreifen, um eine Gefährdung des Kindeswohls in jedem Fall zu verhindern? Wenn man dies bejaht, stellt sich die Anschlussfrage, ob ein Rauchverbot im Auto tatsächlich dazu geeignet ist, den Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Der vorliegende Gesetzentwurf geht davon aus, dass durch ein solches Verbot „ein wichtiger und effektiver Beitrag zum Schutz der Minderjährigen und Schwangeren geschaffen werden“ könnte. Zur Begründung wird auf mehrere europäische Länder verwiesen, in denen ein entsprechendes Gesetz bereits in Kraft ist. Wie wirksam ein Rauchverbot im Auto ist, wurde allerdings nur in einem dieser Länder empirisch untersucht – in Großbritannien.

In England dürfen Autofahrer seit Oktober 2015 nicht mehr rauchen, wenn Personen unter 18 Jahren mitfahren. Anhaltspunkte dafür, wie sich das Verbot auf die Passivrauchbelastung ausgewirkt hat, liefert der Survey „Smoking, drinking and drug use among young people“. Dabei handelt es sich um eine Längsschnittstudie, bei der Daten zum Substanzkonsum von jeweils mehr als 15.000 Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren gesammelt werden. Der Anteil der englischen Teenager, die regelmäßig Tabakrauch im Auto ausgesetzt waren, hat sich demnach stetig verringert: Von 6% im Jahr 2014 auf 4% im Jahr 2016, 3% im Jahr 2018 und 2% im Jahr 2021 (NHS 2022). Das Nichtraucherschutzgesetz von 2015 hat den Langzeitrend zum Rauchverzicht also kurzzeitig beschleunigt, das Problem der Passivrauchbelastung aber keineswegs beseitigt. Das liest sich in einer viel zitierten Auswertung der Survey-Daten ganz anders: „The ban in England was associated with a -4,1% absolute reduction in exposure to tobacco smoke among children“ (Laverty et al. 2020). Die Autoren werten das Gesetz deshalb als einen Erfolg. Sie stützen diese Erfolgsmeldung allerdings nur auf einen Teil der Daten, nämlich auf die Zahlen für die 13- bis 15-Jährigen. Begründung: Die älteren Kinder haben selbst Auskunft gegeben, bei den Jüngeren wurden die Eltern befragt. Die Aussagen der Jugendlichen halten die Autoren für verlässlicher als die der Erwachsenen. Aber ist das wirklich plausibel? Vielleicht hatten die Teenager keine Lust, ihre rauchenden Freunde und Angehörigen als Gesetzesbrecher zu denunzieren.

Besser geeignet für eine halbwegs realistische Gesetzesfolgenabschätzung sind die Daten des Health Survey for England – und dies aus zwei Gründen: Zum einen wurde hier nicht nur nach Ort und Häufigkeit der Tabakrauchexposition gefragt, sondern auch nach dem Vorhandensein von Atemwegsbeschwerden; zum anderen wurden die Befragungsdaten bei fast 8.000 Kindern durch eine biochemische Validierung der Passivrauchbelastung ergänzt (Faber et al. 2019). Die Ergebnisse sind eindeutig: „There was no additional change in self-reported tobacco smoke exposure in cars among children aged 8-15 years following the legislation. We observed a relative increase in the odds of children having detectable salivary cotinine levels post legislation“ (ebd.

e607). Cotinin ist ein Abbauprodukt des Nikotins und hat sich aufgrund seiner guten Nachweisbarkeit als Maß für aktiven und passiven Tabakkonsum etabliert. Warum nach der Einführung des Rauchverbots höhere Cotininwerte im Speichel der Kinder gemessen wurden als zuvor, ist schwer zu erklären. Die Autoren der Studie halten es für denkbar, dass sich das Rauchen der Eltern vom Auto in die Wohnung verlagert hat. In einem Punkt sind sie sich jedoch vollkommen sicher: Das Gesetz ist gescheitert, weil es kaum kontrolliert worden ist. Tatsächlich hat die englische Polizei von vornherein betont, dass ihr die Kapazitäten fehlen, um zu überprüfen, ob ein Nichtraucher in einem Raucherauto erst 16 oder schon 18 ist. Daher verwundert es nicht, dass es in England in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nur eine einzige Verurteilung wegen eines Verstoßes gegen das Rauchverbot im Auto gegeben hat.

Ähnlich sieht es in Kanada aus, wo entsprechende Rauchverbote schon länger in Kraft sind. Erste Erfolgsmeldungen, wie sie in dem Appell der deutschen Verbände zitiert werden, haben sich als voreilig erwiesen. In 5 von 7 Provinzen ist die Gesetzesverschärfung wirkungslos verpufft. In Ontario hat sie nur deshalb zu einem signifikanten Rückgang der Passivrauchbelastung beigetragen, weil sie in ein umfangreiches Tabakkontroll-Programm eingebunden war. In British-Columbia hat sich erst mit jahrelanger Verspätung ein positiver Effekt bemerkbar gemacht – warum auch immer (Elton-Marshall et al. 2015). Eine Auswertung des Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey kommt zu dem Schluss, dass es trotz Rauchverbot bei einer hohen Passivrauchbelastung im Auto geblieben ist (Azagba et al 2019).

Fazit: Die Erfahrungen in anderen Staaten machen deutlich, dass dem deutschen Gesetzentwurf längst widerlegte Annahmen über die Wirksamkeit eines Rauchverbots im Auto zugrunde liegen.

Die Schattenseite der Symbolpolitik

1996 kam es auf der Jahreshauptversammlung des Tabakkonzerns RJ Reynolds Nabisco zu einem denkwürdigen Dialog. Eine Aktionärin fragte den Konzernchef Charles M. Harper, ob er es für richtig halte, dass Kinder dem Passivrauchen ausgesetzt werden. Antwort Harper: „Ich werde niemandem sein Recht zu Rauchen einschränken. Wenn die Kinder nicht in einem verrauchten Raum sein wollen, gehen sie raus. Ich weiß nicht, ob Sie Enkelkinder haben; ich habe welche. Und wenn es Tabakrauch gibt, der ihnen unangenehm ist, gehen sie einfach.“ Nachfrage: „Ein Säugling kann ein Zimmer nicht verlassen.“ Darauf Harper: „Nun ja, irgendwann fangen sie an zu krabbeln, okay? Und dann fangen sie an zu laufen und so weiter“ (Proctor 2011, 297). Ähnlich unbekümmert äußerten sich Jahre später in Deutschland Vertreter von „Netzwerk Rauchen“, einem eingetragenen Verein militanter „Tabakgenießer“. Nach Sichtung der damaligen Datenlage kündigten die Verfasser einer Vereinsbroschüre ihre Erkenntnisse in einer Pressemitteilung an: „Rauchende Eltern können aufatmen – Passivrauch keine Gesundheitsgefahr für Kinder“ (Netzwerk Rauchen 2010).

Seitdem hat sich die Rhetorik der Tabaklobby gemäßigt, wenn es um den Kinderschutz geht. In Australien wurde das Rauchverbot im Auto zum Schutz von Kindern sogar von einem der größten Tabakkonzerne der Welt ausdrücklich begrüßt (Pawson 2013, 177). Auf Seiten der Industrie geht man offenbar davon aus, dass ein solches Verbot keine negativen Folgen für die eigene Geschäftstätigkeit hat. Aus Produzentensicht kann es sogar von Vorteil sein, wenn der Gesetzgeber die Konsumenten reglementiert und nicht etwa die Hersteller oder Händler. Aller Erfahrung nach kehrt auf der politischen Bühne erst einmal Ruhe ein, sobald ein neues Gesetz verabschiedet worden ist. Die Branche braucht dann auf absehbare Zeit keine anderen, wirksameren Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums befürchten.

Auch für die Politik ist ein Rauchverbot im Auto von Vorteil, denn sie kann durch die Gesetzesinitiative der Öffentlichkeit ihre Entschlossenheit beim Kampf für einen besseren Gesundheitsschutz demonstrieren, ohne auf nennenswerten Widerstand zu stoßen. Laut DKFZ befürworten 87% der Bevölkerung in Deutschland ein Rauchverbot im Pkw in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen, 78% der Raucher eingeschlossen (DKFZ 2018). Die geplante Gesetzesverschärfung ist also populär, doch dieser Populismus hat eine Schattenseite: Er trifft die Raucher mit der stärksten Nikotinabhängigkeit am härtesten. Er stigmatisiert eben jene Eltern, die ohnehin schon zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen gehören. Denn darin stimmen sämtliche einschlägigen Gesundheitsstudien überein: In Deutschland ist die Raucherquote unter Personen mit geringem Einkommen und niedrigem Bildungsabschluss am höchsten.

Durch das geplante Gesetz bekommen Nikotinabhängige nicht etwa mehr Unterstützung, sondern eine strenge Bestrafung in Aussicht gestellt. Wer gegen das Rauchverbot im Auto verstößt, soll dem Gesetzentwurf nach eine Geldbuße von bis zu 3.000 Euro zahlen. Zum Vergleich: Wenn man eine rote Ampel überfährt und dabei andere gefährdet, gibt es eine Geldbuße von aktuell 348,50 Euro (plus 1 Monat Fahrverbot und 2 Punkte in Flensburg). Noch ein anderer Vergleich sollte zu denken geben: In Österreich zahlt man bei einem Verstoß gegen das dort bestehende Rauchverbot im Auto bis zu 1.000 Euro, in Italien bis zu 500 Euro, in Frankreich 135 Euro und in England rund 60 Euro (ADAC 2023). Der deutsche Gesetzgeber ist bei diesem Delikt also besonders streng. Doch er lässt auch Milde walten: Laut Artikel 1 Absatz 2b der geplanten Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes dürfen Besitzer von Kabrio-Limousinen auch im Beisein von Kindern qualmen. Man kann notorischen Rauchern deshalb nur raten, sich baldmöglichst eine Kabrio-Limousine anzuschaffen. Das dürfte auf Dauer günstiger sein.

Ausblick 1: Rauchverbote in Privatwohnungen

Laut der Mobilitätsstudie 2017 liegt in Deutschland die mittlere Betriebszeit pro Pkw und Tag bei ca. 45 Minuten. Die Zeit, die Kinder und Jugendliche im Schnitt in Pkws mitfahren, dürfte deutlich kürzer sein - sehr viel kürzer jedenfalls als die Zeit, die sie tagtäglich in der eigenen Wohnung verbringen. Wenn von ihren Eltern oder

älteren Geschwistern jemand raucht, ist die Passivrauchbelastung zu Hause deshalb aller Wahrscheinlichkeit nach wesentlich höher als im Auto. Ein Sprecher des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte forderte daher nach Bekanntwerden der Regierungspläne: „Wir brauchen dringend das Rauchverbot zu Hause! Nur so können Kinder ausreichend vor den schlimmen Rauch-Folgen geschützt werden“ (Bild-Zeitung, 7.7.2023). In demselben Pressbericht wird die Vorstandsvorsitzende vom Aktionsbündnis Nichtrauchen mit den Worten zitiert: „Im Privathaushalt ist das Verbot sinnvoll, bei Familien aber auch bei Paaren“ (ebd.).

Das heißt im Klartext: Auch Erwachsene müssen der Expertin zufolge gesetzlich geschützt werden, wenn sie mit einem Raucher oder einer Raucherin zusammenwohnen. Der Kinderschutz soll demnach nur eine Etappe sein auf dem Weg zu einem lückenlosen Rauchverbot. Diese Strategie der schrittweisen Prohibition wird in der Tabakkontroll-Community unter der Überschrift „child frame“ propagiert. Tabakkontroll-Maßnahmen als Beitrag zum Kinderschutz zu „rahmen“, hat sich als äußerst nützlich erwiesen, um mediale und politische Unterstützung zu mobilisieren (Freeman et al. 2008, Kuijpers et al. 2018). Dieser Hebel soll nun offenbar auch als Türöffner in den Wohnbereich angesetzt werden.

Bislang war die Privatsphäre tabu. Als der Bundesrat im April 2022 seinen Gesetzentwurf für ein Rauchverbot im Auto vorlegte, machte die damals amtierende Bundesregierung verfassungsrechtliche Bedenken geltend. Auch im Krebsforschungszentrum hat es solche Bedenken gegeben. In einer früheren Fassung des Faktenblatts zum Rauchen im Auto heißt es: „Auch wenn es wünschenswert wäre, ein Rauchverbot in Anwesenheit von Kindern zu Hause auszusprechen, ist dessen Machbarkeit fraglich“ (DKFZ 2015). Dieser Passus wurde in späteren Publikationen zum selben Thema gestrichen. Stattdessen wird in einer neueren Veröffentlichung das Recht der Kinder auf eine rauchfreie Wohnung postuliert (Jazbinsek 2023). In Deutschland ist es nicht einfach, dieses Recht durchzusetzen, denn die Wohnung ist unverletzlich – so steht es zumindest im Grundgesetz. Doch wenn das Kindeswohl in Gefahr ist, kann der Staat die Integrität der Privatsphäre außer Kraft setzen. So hat laut § 1631 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches jedes Kind das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung. Müsste man angesichts der Toxizität des Tabakrauchs diesen Rechtsanspruch nicht um das Recht auf eine rauchfreie Erziehung ergänzen?

Was die Forderungen nach einem Rauchverbot in Privaträumen in der Regel außer Acht lassen, ist die Frage der praktischen Umsetzung. Die große Mehrheit der Tabakkonsumenten stammt bekanntlich aus sozial benachteiligten Schichten. Welche Probleme es mit sich bringt, wenn etwa einer alleinerziehenden Mutter das Rauchen in der Wohnung untersagt wird, veranschaulicht der folgende Interviewauszug aus dem Projekt ‚Kinder ohne Passivrauch‘: „Das ist was Anderes, wenn man ein Haus hat. Da kann man natürlich draußen im Garten rauchen. Ich bin hier im dritten Stock. Ich kann nicht zur Kleinen sagen ‚Du warte mal kurz‘ oder ‚Bleib mal hier sitzen‘. Oder ich sperre sie irgendwo ein (lacht). Gehe schnell runter und komme dann zum dritten Stock wieder hoch. Die dreht ja durch“ (KOPA 2017, 17).

Stellen wir uns einen Moment lang vor, was passieren könnte, wenn der Mutter das Rauchen zu Hause verboten wird: Vielleicht lebt sie im Dauerstreit mit einem älteren Nachbarn, der nun die Gelegenheit bekommt, das Jugendamt wegen Gefährdung des Kindeswohls zu alarmieren. Womöglich wird ihr das Sorgerecht entzogen, wenn er die Frau nur oft genug anzeigt... Willkommen in der schönen neuen Welt des Kinderschutzes.

Ausblick 2: Alternative Pfade zu einem besseren Nichtrauchererschutz

Ein Rauchverbot im Auto, wenn Kinder und Schwangere mitfahren, wird aller Voraussicht nach keinen substantiellen Beitrag zum Gesundheitsschutz leisten. Doch es gibt andere, aussichtsreichere Möglichkeiten, um die Folgeschäden des Rauchens zu mindern. Zwei davon möchten wir im Folgenden kurz skizzieren.

Option A: Genereller Verzicht auf ein Rauchverbot im Auto

Wenn es stimmen würde, dass im Innenraum eines Wagens die Tabakrauchbelastung durch eine einzige Zigarette um ein Vielfaches höher ist als die Belastung durch Dutzende oder Hunderte von Zigaretten in einer verrauchten Bar, läge es auf der Hand, warum die Politik einem Rauchverbot im Auto Priorität einräumt: Der Gesetzgeber setzt dort an, wo die Gesundheitsgefahr am größten ist – so könnte man argumentieren. Doch diese Prioritätensetzung beruht im Wesentlichen auf einem methodischen Artefakt. Was die Tabakrauchbelastung im Auto betrifft, wurden die viel zitierten Extremwerte meist unter extremen Bedingungen gemessen – in einem stehenden Fahrzeug bei ausgeschalteter Entlüftung und/ oder verschlossenen Fenstern. Das gilt zum Beispiel für eine toxikologische Studie aus Kalifornien, die im aktuellen Gesetzentwurf als Beleg für die hohe Konzentration der Tabakrauchpartikel im Fahrzeuginneren zitiert wird. Dabei haben die Autoren ausdrücklich auf die begrenzte Aussagekraft ihrer Messungen hingewiesen: „A limitation of our study is that our exposure scenario may not be representative of most smoking situations in cars“ (St. Helen et al. 2014).

In dem Text des Gesetzentwurfes, der im April 2022 vom Bundesrat verabschiedet wurde, taucht die „Raucherkneipe“ mehrmals als Vergleichsmaßstab und Negativbeispiel für eine unzumutbare Giftstoffbelastung der Atemluft auf. Das ist deshalb bemerkenswert, weil es in 5 der 6 Bundesländer, die den Antrag auf eine Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes eingebracht haben, immer noch zahlreiche Raucherkneipen gibt. Immer noch – denn mittlerweile hat man in Bayern, Nordrhein-Westfalen und im Saarland jahrelang Erfahrungen mit einem generellen Rauchverbot im Gastgewerbe sammeln können. Und die fallen überwiegend positiv aus – auch und insbesondere auf Seiten der Gastronomen (Jazbinsek 2017). Trotzdem halten die übrigen Länder an ihren Ausnahmeregelungen für Raucherräume und Raucherkneipen fest.

Beispiel Berlin. Vor gut zehn Jahren untersuchten Studenten der Technischen Universität das Rauchreglement in 100 Clubs der Hauptstadt und stießen in 76 Fällen auf meist eklatante Verstöße gegen die geltenden Nichtraucherschutzbestimmungen. Nur 8 Clubs waren damals rauchfrei – und daran hat sich bis heute wenig geändert, wie man einem aktuellen Erfahrungsbericht entnehmen kann. Zitat: „Es wäre ja bereits ein großer Fortschritt, wenn nur Teile der Clubs rauchfrei wären (so wie es das Gesetz eigentlich vorsieht), aber nicht einmal das ist der Fall. Geraucht wird überall, von der Garderobe über die Tanzflächen bis hin zu den Toiletten. Offensichtlicher kann ein Politikversagen kaum sein“ (Roux 2023). Wer heute einen nächtlichen Bummel durch Berliner Szenekneipen macht, stinkt am nächsten Morgen unweigerlich nach kalter Asche.

Der blaue Dunst wird sich nicht von alleine auflösen. Im Gegenteil: Die Tabakrauchbelastung der Nichtraucher unter den Gästen und Angestellten der deutschen Gastronomie dürfte in Zukunft eher zu- als abnehmen. Denn es gibt die berechtigte Sorge, dass die geplante Legalisierung des Cannabiskonsums zu einer Re-Etablierung des Rauchens führt (ABNR 2023). Ein bundesweites Rauchverbot im Gastgewerbe würde dieser Entwicklung entgegenwirken. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes könnte sich auf dieselbe Rechtsgrundlage stützen, die auch beim Rauchverbot im Auto herangezogen wird, nämlich die Zuständigkeit des Bundes für Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten wie Krebs (Art. 74 Abs.1 Nr. 19 GG; siehe Wissenschaftliche Dienste 2015).

Der generelle Verzicht auf gesetzliche Rauchverbote in Privatwagen und Privatwohnungen bedeutet keineswegs, die Kinder in Raucherhaushalten ihrem Schicksal zu überlassen. Denn es hat sich wiederholt gezeigt, dass Rauchverbote im öffentlichen Raum einen „Spillover-Effekt“ haben und auf die Privatsphäre ausstrahlen. Schon allein die Diskussion um Rauchverbote am Arbeitsplatz und im Gastgewerbe führt aller Erfahrung nach dazu, dass dem Nichtraucherschutz zu Hause und im Auto mehr Beachtung geschenkt wird – und zwar freiwillig (Cheng et al. 2015).

Option B: Einführung eines generellen Rauchverbots im Auto

Aber auch ein Schritt in die entgegengesetzte Richtung kommt in Betracht: Statt auf ein Rauchverbot im Auto zu verzichten, könnte man den aktuellen Gesetzentwurf verschärfen. Dies hätte gegenüber dem geplanten partiellen Rauchverbot eine Reihe von Vorteilen.

- Der wichtigste Punkt: Ein generelles Rauchverbot beim Fahren ist für die Verkehrspolizei sehr viel einfacher zu kontrollieren. Dadurch würde die Voraussetzung dafür geschaffen, dass das Gesetz überhaupt eine nennenswerte Wirkung erzielt.
- Ein generelles Rauchverbot schützt nicht nur Kinder, Jugendliche und Schwangere vor den Giftstoffen im Tabakrauch, sondern alle Nichtraucher, die im Auto unterwegs sind.

- Wenn man bei Kurzstrecken auf den Nikotinkonsum verzichtet und bei längeren Fahrten Raucherpausen einlegt, reduziert sich das „Rauchen aus dritter Hand“. Befürworter des aktuellen Gesetzentwurfes gehen davon aus, dass die Rückstände aus dem Tabakrauch, die sich im Fahrzeug ablagern, ein relevantes Krebsrisiko darstellen (DKFZ 2018). Wie groß die Gesundheitsgefahr solcher Ablagerungen tatsächlich ist, steht auf einem anderen Blatt.
- Das Hantieren mit Zigaretten, Feuerzeugen, Tabakerhitzern und E-Zigaretten behindert die Sicht und stellt für den Fahrer eine ähnliche Ablenkung dar wie der Gebrauch des Handys mit einer Hand am Steuer. Letzteres ist in Deutschland seit geraumer Zeit offiziell untersagt. Aus mehreren Staaten liegen Untersuchungen vor, die belegen, dass Raucher häufiger in schwere Unfälle verwickelt sind als Nichtraucher (Frankreich: Bakiri et al. 2011; Japan: Igarashi et al. 2019; Kanada: Vingilis et al. 2018; Taiwan: Wen et al. 2005; USA: Becker/Zlatoper 2022). Ein generelles Rauchverbot im Auto könnte demnach die Verkehrssicherheit auf deutschen Straßen spürbar erhöhen.
- Glimmende Kippen, die aus dem Seitenfenster geworfen werden, sind eine leicht vermeidbare Ursache für Böschungs-, Feld- und Waldbrände. In wärmeren Ländern wird deshalb akribisch erforscht, unter welchen Umständen Zigaretten einen Flächenbrand auslösen können (Beispiel Griechenland: Xanthopoulos et al. 2006). Mit dem Klimawandel wächst auch bei uns die Brandgefahr entlang von Fernstraßen und Autobahnen. Ein generelles Rauchverbot im Auto könnte deshalb einen Beitrag leisten für einen besseren Klimaschutz in Deutschland.

Literatur

- ABNR = Aktionsbündnis Nichtraucher (2023): Cannabis-Regulierung in Deutschland – Warnung vor einer möglichen Re-Etablierung des Rauchens. abnr.de, 28.3.2023
- ADAC=AllgemeinerDeutscherAutomobil-Club(2023):RauchenimAuto:IndiesenLändernistesverboten. <https://www.adac.de/verkehr/recht/verkehrsvorschriften-ausland/rauchverbote-europa/>
- Azagba, S. et al. (2019): Exposure to secondhand smoke in vehicles among Canadian adolescents. In Addictive Behaviors Reports. 100215
- Bakiri, S. et al. (2013): Distraction and driving. In: Accident Analysis & Prevention. 59: 588-592
- Becker, M.J./ Zlatoper, T.J. (2022): Relationship between smoking and motor vehicle death rates in the U.S. In: Atlantic Economic Journal. 50: 53-65
- BMG = Bundesministerium für Gesundheit (2023): Referentenentwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften. Berlin
- Cheng, K.-W. et al. (2015): Association between clean indoor air laws and voluntary smoke-free rules in homes and cars. In: Tobacco Control. 24:168-174
- Deutscher Bundestag (2022): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes. Drucksache 20/1531
- DKFZ = Deutsches Krebsforschungszentrum (2010): Schutz der Familie vor Tabakrauch. Heidelberg (www.tabakkontrolle.de)

- DKFZ = Deutsches Krebsforschungszentrum (2015): Rauchfrei im Auto in Anwesenheit von Kindern. Heidelberg (www.tabakkontrolle.de)
- DKFZ = Deutsches Krebsforschungszentrum (2018): Gesundheitsgefährdung von Kindern durch Tabakrauch im Auto. Heidelberg (www.tabakkontrolle.de)
- Elton-Marshall, T. et al. (2015): Do provincial policies banning smoking in cars when children are present impact youth exposure to secondhand smoke in cars? In: *Preventive Medicine*. 78: 59-64
- Faber, T. et al. (2019): Investigating the effect of England's smoke-free private vehicle regulation on changes in tobacco smoke and respiratory disease in children. In: *Lancet Public Health*. 4: e607-17
- Freeman, b. et al. (2008): Banning smoking in cars carrying children: an analytical history of a public health advocacy campaign. In: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 32(1): 60-65
- Igarashi, A. et al. (2019): Does cigarette smoking increase traffic accident death during 20 years follow-up in Japan? In: *Journal of Epidemiology*. 29(5) 192-196
- ITC = International Tobacco Control Survey (2017): ITC 6E Wave 1 Technical Report. <https://itcproject.org/methods/technical-reports/?country=germany>
- Jazbinsek, D. (2017): 10 Jahre Rauchverbot – eine Presseschau. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) *Jahrbuch Sucht 2017*. Pabst-Verlag, Lengerich. 231-244
- Jazbinsek, D. (2023): Schadensvermeidung oder Schadensminderung? In: Heino Stöver (Hg.): *Die Zigarette liegt in den letzten Zügen*. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main. 13-35
- KOPA = Kinder ohne Passivrauch (2017): Abschlussbericht. München
- Kuijpers, T.G. et al. (2018): Public support for tobacco control policies: The role of the protection of children against tobacco. In: *Health Policy*. 122(8): 929-935
- Kuntz, B. et al. (2019): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Wo stehen wir heute? In: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. 45(5): 217-226
- Laverty, A. et al. (2020): Impact of banning smoking in cars with children on exposure to second-hand smoke. In: *Thorax*. 75(4): 345-347
- NHS = National Health Service (2022): Smoking, drinking and drug use among young people 2021. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england/2021>
- Mlinaric, M. et al. (2022): Exposure to tobacco smoking in vehicles, indoor, and outdoor settings in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(7): 4051
- Netzwerk Rauchen (2010): *Wissenschaft oder Propaganda – Macht Passivrauchen Kinder krank? Worms*
- Pawson, R. (2013): *The science of evaluation*. Sage, New York
- Proctor, R. (2011): *Golden Holocaust*. University of California Press, Berkeley – Los Angeles – London
- Roux, J. (2023): *Die Zigarette im Club: Ein falsches Verständnis von Freiheit*. mybrainchoice.de, 31.5.2023
- Schober, W. et al. (2019): Passive exposure to pollutants from conventional cigarettes and new electronic smoking devices (IQOS, e-cigarette) in passenger cars. In: *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 222(3): 486-493

- St. Helen, G. et al. (2014): Intake of toxic and carcinogenic volatile organic compounds from secondhand smoke in motor vehicles. In: *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 23(12): 2774-2782
- Verbändeappell (2022): Gesundheitsschutz geht vor – Für ein Rauchverbot in Autos bei Anwesenheit von Minderjährigen oder Schwangeren. <https://kinderschutzbund.de/verbaendeappell-gesundheitsschutz-geht-vor-fuer-ein-rauchverbot-in-autos-bei-anwesenheit-von-minderjaehrigen-oder-schwangeren/>
- Vingilis, E. et al. (2018): Is there a link between motor vehicle collisions and being a cigarette smoker in Canada? In: *Traffic Injury Prevention*. 19(4) 364-370
- Wen, C.P. et al. (2005): Excess injury mortality among smokers: a neglected tobacco hazard. In: *Tobacco Control*. 14(Suppl. 1): i28-i32
- Wissenschaftliche Dienste (2015): Rauchverbot in Autos in Anwesenheit von Kindern. Verfassungsrechtliche Zulässigkeit. Deutscher Bundestag, Berlin
- Xanthopoulos, G. et al. (2006): Investigation of the wind speed threshold above which discarded cigarettes are likely to be moved by the wind. In: *International Journal of Wildland Fire*. 15(4) 567-576

Weitere Quellenangaben auf Nachfrage bei den Verfassern.

Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter Todesfälle in Deutschland

Heino Stöver, Dirk Schäffer, Simon Fleißner & Maria Kuban

Die Zahl drogenbedingter Todesfälle in Deutschland nimmt seit 10 Jahren kontinuierlich zu und hat im Jahr 2022 mit 1.990 Fällen einen neuen Höchstwert der letzten 20 Jahre erreicht (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2023). Diese Entwicklung und der gesundheits-/drogenpolitische Umgang damit, sind nicht länger hinnehmbar. Beileidsbekundungen und das Signal Maßnahmen der Schadensminderung weiter zu unterstützen, reichen an dieser Stelle nicht aus. Stattdessen gilt es in einer konzertierten Aktion einen Maßnahmenkatalog zwischen Bund und Ländern zu entwickeln mit konkreten Strategien, wie man den Tod vieler tausend Menschen, die aufgrund des Konsums illegalisierter Substanzen und der Konsumbedingungen verstorben sind, vermeiden will. Die vorhandenen Erkenntnisse werden in den neun hier beschriebenen Strategien und Maßnahmen zusammengefasst.

1. Flächendeckende Verteilung von Take-Home-Naloxon

Der Anteil von Drogentodesfällen unter Einfluss bzw. Beteiligung von Opioiden liegt in den letzten Jahren zwischen 35% und 60% und ist auch im Jahr 2022 mit ca. 60% hoch (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2023).

Der Wirkstoff Naloxon ist ein Opioid-Antagonist, der die potenziell tödlichen Auswirkungen einer Opioid-Überdosierung schnell und sicher aufheben kann. Es gilt daher Strukturen und Angebote zu implementieren, die zum Ziel haben alle Opioidkonsument:innen und die aktuell 81.700 substituierten Frauen und Männer sowie Personen, die als Partner:innen und Angehörige im Kontakt mit Opioidkonsument:innen stehen, mit Take-Home-Naloxon auszustatten. Zudem gilt es Mitarbeiter:innen aller Ebenen des Drogenhilfesystems und freiheitsentziehender Einrichtungen (Polizeihaft, U-Haft, Strafhaft) einschließlich Einrichtungen der Besserung und Sicherung („Entziehungsanstalten“ gem. § 64 StGB, Maßregelvollzug) entsprechend auszustatten (Fleißner u. a. 2023; Wodarz-von Essen u. a. 2022).

Hierzu gilt es durch die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern sowie den Dachverband der Suchtmedizin sowie der Straffälligen- und Bewährungshilfe deutliche Signale an niedergelassene Suchtmediziner:innen sowie Allgemeinmediziner:innen mit hausärztlicher Versorgung zu senden um die proaktive Verschreibung eines entsprechenden Antidots für ihre Patient*innen sowie Personen, die den o.g. Zielgrup-

pen angehören, sicherzustellen. Das Bayerische Modellprojekt hat gezeigt, dass Take-Home Naloxon in Deutschland umsetzbar ist und Leben retten kann (Wodarz u. a. 2022). Das bayerische Projekt und das dreijährige Bundesmodellprojekt NALtrain können dabei nur ein Anfang sein. Zentrale Schwierigkeiten und Empfehlungen für eine flächendeckende Versorgung mit Take-Home Naloxon sind im Positionspapier des Instituts für Suchtforschung Frankfurt, der Deutschen Aidshilfe und Akzept beschrieben (siehe Positionspapier Seite 161).

2. Maßnahmen nach nichttödlicher Überdosierung

Die Praxis zeigt, dass Konsument:innen von illegalisierten Substanzen oftmals mehrere Notfallsituationen erlebt haben. Eine fachkundige Intervention und Beratung nach einer nicht tödlichen Überdosierung können das Risiko einer erneuten drogenbedingten Notfallsituation verringern. So gilt es Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe, sowie die Straffälligen- und Bewährungshilfe für Maßnahmen wie Safer Use Trainings, Erste Hilfe Maßnahmen, Konsumkontrollprogramme, Take-Home-Naloxon, mit dem Ziel des Risikomanagements fortzubilden und sie so in die Lage zu versetzen, Drogengebraucher:innen entsprechende Angebote zu machen. Auch Kurzinterventionen, die den Fokus auf den Umgang und die Vermeidung von Notfällen legen, können eine passende Maßnahme darstellen.

3. Strukturreform für die opioidgestützte Substitutionsbehandlung

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung hat sich in den letzten 40 Jahren zur erfolgreichsten Behandlungsform der Opioidabhängigkeit entwickelt: Sie ist die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen (World Health Organization 2009).

Die Substitutionsbehandlung leistet einen wichtigen Beitrag zur Reduktion opioidbedingter Todesfälle, vermindert den Konsum illegalisierter Substanzen und trägt erheblich zu einer Reduktion von Infektionskrankheiten bei (EMCDDA 2021).

Damit die Substitutionsbehandlung diese positiven Effekte weiterhin generieren kann, ist eine Strukturreform dieser Behandlungsform unumgänglich. Um die bisherige Grenze der erreichten Opioidkonsument:innen von ca. 50% (Rummel u. a. 2023) zu überwinden, gilt es die Behandlungsform deutlich zu individualisieren. Hierzu zählen u.a.

- Niedrigschwellige Zugänge zur Behandlung
- Substitution unter dem Dach der Drogenhilfe
- Die Nutzung der gesamten Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente
- Die Gleichstellung der Substanz Diamorphin als First Line Medikament
- Die Individualisierung der Behandlung durch Telemedizin und wohnortnahe Behandlungsmodelle

- Die Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Wechsel der Lebensorte (Freiheit, Haft, Therapie etc.)
- Die Reform des ärztlichen Vergütungssystems.

Insgesamt gilt es der Substitutionsbehandlung den immer noch vorhandenen Status einer „Sonderbehandlung“ zu nehmen. Um dies zu erreichen muss das Prinzip der Sanktionierung von „Fehlverhalten“, das es in keiner anderen medizinischen Behandlung gibt, aufgehoben werden. Ferner ist eine Einbeziehung von Patient:innen anzustreben, wie sie in allen anderen Indikationsfeldern vorherrscht. Eine dadurch aufgebaute Orientierung an der Lebensrealität und den Behandlungszielen der Patient:innen kann Abbruchquoten senken und den Anteil sich in Behandlung befindender Opioidkonsument:innen steigern.

4. Fokussierung auf den Konsum von Amphetamin und Metamphetamin

Die gestiegene Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter Einfluss von Amphetaminen (monovalent: 2020: 37; 2021: 92; 2022: 122 (Statista 2023)) und deren Derivaten sowie der stetige Anstieg von Personen, die Amphetamine und Metamphetamine konsumieren ohne zielgerichtete, medizinische und soziale Hilfestellungen zu erhalten, muss zu schnellen und wirksamen Maßnahmen führen.

Hierbei gilt es die Substitution von Amphetaminabhängigkeiten wissenschaftlich zu untersuchen und Angebote des Drug Checkings mit begleitenden Beratungsangeboten szenenah zu implementieren. In einer gemeinsamen Initiative von Politik, Fachverbänden, Wissenschaft und Betroffenen sollte alles getan werden um die rechtlichen und politischen Probleme, die einer Umsetzung entgegenstehen, zu diskutieren um dann ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen.

5. Einrichtung von Drogenkonsumräumen in allen Bundesländern

Drogenkonsumräume gewähren täglich vielen tausend Drogenkonsument:innen sichere Bedingungen für einen hygienischen und sicheren Konsum illegaler und legaler psychoaktiver Substanzen.

Trotz vieler Millionen Konsumvorgänge mit weitgehend unbekanntem Wirkstoffgehalt ist es aufgrund des schnellen und fachlichen Eingreifens von Mitarbeiter:innen bisher nur zu zwei Drogentodesfällen in 30 Jahren gekommen. Die Notfalldokumentationen vieler Einrichtungen weisen aus, dass Drogenkonsumräume jährlich in ca. 1.000 Fällen medizinische Hilfe bei lebensbedrohlichen Notfällen leisten (Pauly und Jeschky 2021; Stöver und Förster 2022). Ohne die Angebote der Drogenkonsumräume läge die jährliche Zahl der drogenbedingten Todesfälle deutlich höher. Dies bedeutet, dass mit dem Ausbau dieser Angebotsform ein wertvoller Beitrag zur Vermeidung drogenbedingter Todesfälle geleistet werden könnte. Zudem dient dieses Angebot vielen Konsument:innen als erste Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem. Drogenkonsument:innen profitieren nachweislich in zahlreicher Hinsicht (Infektionskrankheiten, Überdosierung, etc.) von Drogenkonsumräumen (EMCDDA 2018). Die

dort praktizierte erfolgreiche Vermittlung zu weiterführenden sozialen und medizinischen Angeboten leistet zudem einen Beitrag zur Risikominderung. Wir fordern dazu auf, das Thema „Drogenkonsumräume als zentraler Baustein zur Vermeidung von drogenbedingten Todesfällen“ auf die Tagesordnung der Konferenz der Gesundheitsminister:innen zu setzen.

6. Monitoring der öffentlichen Gesundheit

Die wissenschaftliche Analyse der öffentlichen Gesundheit beinhalten die kontinuierliche und systematische Erhebung, Analyse und Interpretation gesundheitsbezogener Daten, welche für die Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich sind. Die aktuelle Studie DRUCK 2.0 (RKI 2022) muss ein erster Schritt auf dem Weg zu einem kontinuierlichen Monitorings des Wissens und Verhaltens von Drogengebraucher:innen sein. Nur auf Grundlage eines kontinuierlichen Monitorings kann es gelingen passgenaue Hilfen auch zur Prävention von Drogennot- und Drogentodesfällen zu verankern.

7. Unterstützung von Menschen im Justizsystem und im Maßregelvollzug

Die hohe Prävalenz des Drogenkonsums bei Personen, die sich in Haft oder im Maßregelvollzug befinden (Bremer u. a. 2016), muss dazu führen die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Menschen als State of the Art durchzuführen. Hierbei gilt als Zielmarke eine 50%ige Abdeckung (2018 bei ca. 24% (Bühning 2019)) anzustreben, wie sie auch außerhalb des Justizvollzugs erreicht wird, (Rummel u. a. 2023). Im Maßregelvollzug wird die Substitutionsbehandlung als anerkanntes, evidenz-basiertes Therapieverfahren nur sehr zurückhaltend eingesetzt (Soyka und Steinböck 2022). Eine Ausweitung wäre ein wichtiger Schritt. Mit einer flächendeckenden Substitution wird das Risiko von drogenbedingten Todesfällen im Justiz- und Maßregelvollzug deutlich reduziert (Stöver und Michels 2022). Zudem gilt es alle Gefangenen, die als Konsument:innen illegalisierter Substanzen bekannt sind im Rahmen der Entlassungsvorbereitung nach einer Kurzintervention mit einem Naloxon Nasenspray auszustatten (Wodarz-von Essen u. a. 2022). Darüber hinaus müssen Entwicklungen wie z.B. der beaufsichtigte Konsum von illegalen Substanzen in Haftanstalten (wie z.B. in Alberta, Kanada) sorgfältig beobachtet werden (Harm Reduction International 2021).

8. Opioidsubstitutionsbehandlung auch in Einrichtungen der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Die stationäre medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (Entwöhnungsbehandlung) ist seit etwa 40 Jahren jenen Drogenkonsument:innen vorbehalten die selbst- oder fremdbestimmt eine dauerhafte Abstinenz von legalen und illegalen Substanzen als Ziel formulieren. Die Tatsachen, dass dies vielen Drogenkonsument:in-

nen nicht gelingt und dass die medizinische Rehabilitation vielen opioidabhängigen Menschen verschlossen blieb, hat nach vielen Diskussionen dazu geführt, dass einige Einrichtungen auch substituierte Patient:innen aufnehmen. Hierbei wird noch heute oftmals Wert darauf gelegt, dass eine Abdosierung innerhalb der Therapiezeit erfolgt (Hempel 2022). Ähnlich wie nach der Haftentlassung stellt eine vorzeitige oder fristgerechte Beendigung der RehaMaßnahme ein hohes Risiko für Überdosierungen bei Rückfällen infolge fehlender Opioidtoleranz dar. Der größte Teil dieser Einrichtungen bleibt substituierten Menschen immer noch versperrt (Stöver und Kuhlmann 2023). Dies obwohl sie hier wertvolle Hilfestellung zur Bewältigung eines Lebens mit begleitender Substitutionsbehandlung erhalten könnten. Es gilt gemeinsam mit den Rentenversicherungsträgern darauf hinzuwirken, dass alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen auch für substituierte Menschen geöffnet werden.

Zudem ist darauf hinzuwirken, dass Personen die die stationäre Rehabilitation verlassen nach einer Kurzintervention zur Aufklärung und Anwendung Take-Home-Naloxon erhalten (Wodarz-von Essen u. a. 2022).

9. Drug-Checking

Drug-Checking beinhaltet die chemische Analyse von auf dem Schwarzmarkt gehandelten psychotropen und potentiell gefährlichen Substanzen. Dabei sollten alle bisher bekannten psychoaktiven Substanzen identifiziert und deren Gehalt (Menge) bestimmt werden können. Die nachfolgende Beratung bezieht sich auf die Ergebnisse des Drug-Checking und ist eine Maßnahme der Schadensminimierung. Ziel ist es, mögliche Konsument:innen vor besonders gesundheitsschädlichen Substanzen zu warnen, die Risiken beim Konsum zu vermindern, eine informierte Konsumentenscheidung zu unterstützen und Konsumkompetenz zu fördern (drugchecking berlin o. J.). Angebote des Drug-Checking sollten sich sowohl an Menschen richten, die gelegentlich und auch geplant konsumieren (z.B. in Clubs und auf Festivals) als auch an Konsument:innen mit täglichen Konsum und vielfach risikoreichen Konsumformen (z.B. in Drogenkonsumräumen). Daten aus der Schweiz zeigen, dass drei Viertel der Befragten aufgrund der Beratungen im Rahmen des Drug-Checking mehr Wissen über Konsumrisiken und einen risikoärmeren Konsum (Safer-Use) haben als zuvor. Zudem kann Drugchecking zu Verhaltensanpassungen beitragen. In der gleichen Befragung geben 65% der Befragten an nach der Nutzung des Drugcheckings weniger riskant und 45% weniger zu konsumieren (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021).

Fazit

Diese neun skizzierten Maßnahmen können entscheidend zur Reduktion von Todesfällen von Drogenkonsument:innen beitragen und haben weitere positive Effekte für die Zielgruppe. Die beschriebenen Maßnahmen sind als Bausteine zu verstehen, die dann stärker zur Sicherung des Überlebens beitragen, wenn möglichst viele implementiert sind und nicht in Konkurrenz stehen. So darf z.B. die opioidgestützte Substitutionsbehandlung die Inanspruchnahme einer Rehabilitation oder die Nutzung eines

Drogenkonsumraums nicht ausschließen. Die Umsetzung setzt den politischen Willen für eine verbesserte Versorgung von Drogenkonsument:innen auf Basis wissenschaftlicher Evidenz voraus.

Literatur

- Bremer, Viviane; Cai, Wei; Gassowski, Martyna; u. a. (2016): *Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie)*, Berlin.
- Bühning, Petra (2019): Opioidabhängige Menschen in Haft: Am unteren Ende der Hierarchie, in: *Dtsch Arztebl*, Jg. 116, Nr. 47, S. A-2182 / B-1786 / C-1744.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021): Faktenblatt. Wirkungen der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz.,
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2023): 2022 erneuter Anstieg bei Zahl der Drogentoten, [online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/2022-erneuter-anstieg-bei-zahl-der-drogentoten/> [12.05.2023].
- drugchecking berlin (o. J.): Definition – drugchecking.berlin, [online] <https://drugchecking.berlin/checking/definition> [09.08.2023].
- EMCDDA (2021): *Opioid-related deaths: health and social responses*,.
- EMCDDA (2018): PERSPECTIVES ON DRUGS Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, [online] https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en.
- Fleißner, Simon; Stöver, Heino; Schäffer, Dirk (2023): Take-Home Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, doi: 10.1007/s00103-023-03705-4.
- Harm Reduction International (2021): *The Harms of Incarceration. The evidence base and human rights framework for decarceration and harm reduction in prisons*, London.
- Hempel, Thomas (2022): Substitution und medizinische Reha, *KONTUREN*, [online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/substitution-und-medizinische-reha/> [31.07.2023].
- Pauly, Anne; Jeschky, Kerstin (2021): *Jahresbericht 2021. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen*,.
- RKI (2022): DRUCK 2.0, [online] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Druck_2.0.html.
- Rummel, Christina; Lehner, Birgit; Kepp, Jolanthe (2023): Daten, Zahlen und Fakten, in: *DHS Jahrbuch Sucht 2023*, Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 9–34.
- Soyka, Michael; Steinböck, Herbert (2022): Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug, in: *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, Georg Thieme Verlag, Jg. 90, Nr. 12, S. 559–564, doi: 10.1055/a-1669-9033.
- Statista (2023): Anzahl der Drogentoten nach ausgewählten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2020 bis 2022., *Statista*, [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/187669/umfrage/drogentote-in-deutschland-nach-todesursache/> [31.07.2023].
- Stöver, Dr Heino; Förster, Stefan (2022): *Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume*, Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung Frankfurt.

- Stöver, Heino; Kuhlmann, Thomas (2023): Verbesserung der Opioidsubstitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter, in: *Suchttherapie*, Georg Thieme Verlag, Jg. 24, Nr. 01, S. 5–6, doi: 10.1055/a-1975-1457.
- Stöver, Heino; Michels, IngoIlja (2022): Vermeidung drogeninduzierter Mortalität nach Haftentlassung, in: *Das Gesundheitswesen*, Georg Thieme Verlag, Jg. 84, Nr. 12, S. 1113–1118, doi: 10.1055/a-1884-8689.
- Wodarz, Norbert; Wodarz-von Essen, Heike; Wolstein, Jörg; u. a. (2022): Take-Home Naloxon für Opioidabhängige, in: *Bayerisches Ärzteblatt*, Nr. 1-2/2022, S. 32–34.
- Wodarz-von Essen, Heike Jutta; Wolstein, Jörg; Pogarell, Oliver; u. a. (2022): Drogennotfallschulung Opioidabhängiger in Haft und Versorgung mit Take-Home Naloxon bei Haftentlassung: Machbarkeitsstudie aus dem bayerischen Modellprojekt, in: *Das Gesundheitswesen*, S. a-1860-1048, doi: 10.1055/a-1860-1048.
- World Health Organization (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, in: Geneva: World Health Organization, S. 110.

Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein Blick in die Zukunft

Dirk Schäffer

Vor fast 30 Jahren eröffneten in Hamburg und Frankfurt die ersten Drogenkonsumräume Deutschlands. Drogenkonsumräume sind heute ein Erfolgsmodell und haben sich in aktuell 8 Bundesländern zu einem festen Baustein im Hilfesystem entwickelt. Aktuell gibt es in Deutschland 28 stationäre Drogenkonsumräume und 3 Konsummobile.¹ Auch über die Grenzen Deutschlands hinaus hat sich dieses Angebot in vielen europäischen Ländern wie z.B. Dänemark, den Niederlanden, Norwegen, Belgien, Spanien, Portugal, Frankreich, Luxembourg und Griechenland etabliert.

Aber kein Erfolgsmodell ist so gut, dass es keinen Bedarf an Weiterentwicklung und Veränderung gibt. Nachfolgend werden exemplarisch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung dieses zentralen Angebots der Gesundheitsförderung und Risikominde- rung aufgezeigt.

Die rechtliche Grundlage wurde durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Be- täubungsmittelgesetzes vom 28. März 2000 geschaffen. Aufgrund der in Deutschland bestehenden föderalen Strukturen bedarf der Betrieb eines Drogenkonsumraums einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde. Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Dies ist sicherlich ein Grund warum sich Drogenkonsumräume gerade einmal in der Hälfte der Bundesländer (8 von 16) etabliert haben.

In den nächsten Monaten wird auch das Land Schleswig-Holstein die erste Ein- richtung dieser Art in Kiel eröffnen. Schleswig-Holstein wäre dann das neunte Bun- desland das einen oder mehrere Drogenkonsumräume betreibt.

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Blickt man auf die Evidenz dieser Einrichtung, so ist sicherlich die Prävention von Drogentodesfällen als eines der Hauptwirkspektren zu nennen. Während seit der Im- plementierung des ersten DKR in Deutschland bis heute lediglich 2 Menschen infolge des Drogenkonsums in Drogenkonsumräumen verstarben, verzeichnen wir im glei- chen Zeitraum einen dramatischen Anstieg von Drogentodesfällen außerhalb dieser Einrichtungen.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit verstarben im Jahr 2022 1990 Menschen an den Folgen des Drogenkonsums – vor allem durch Opiode (1.194) und Langzeitfolgen des Konsums (663). Das sind neun Prozent mehr als 2021 und über 100 Prozent mehr als 2012. Die Gesamtzahl der im Zusammenhang mit dem

¹www.drogenkonsumraum.de

Konsum illegaler Substanzen verstorbenen Menschen in Deutschland seit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes am 28. März 2000 beträgt 32.139² Todesfälle. Die veröffentlichten Zahlen der drogenbedingten Todesfälle erlauben keine Ausflüchte und keine politische Zurückhaltung mehr, sondern rasches, konsequentes und gemeinsames Handeln. Der Bund ist gefordert, die Verantwortlichen der Länder und Kommunen an einen Tisch zu holen und mit Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis sowie Selbstorganisationen auf dem Weg einer lebensweltnahen, entideologisierten und humanen Drogenpolitik Vereinbarungen zu treffen, die die Implementierung dieses lebenswichtigen Angebots in allen Bundesländern zum Ziel hat.

Drogenkonsumräume und Substanzanalyse (Drugchecking) verbinden

Täglich nutzen viele tausend Menschen das Angebot ihre illegalen Substanzen unter Aufsicht und unter hygienischen Bedingungen in Drogenkonsumräumen zu konsumieren. Allein in NRW wurden vor der Coronapandemie annähernd 300000 Konsumvorgänge gezählt.³

Bisher war allerdings die Analyse dieser Substanzen vor dem Konsum in Drogenkonsumräumen verboten. Mit dem im Juni 2023 verabschiedeten Gesetz, wurde dieses Verbot aufgehoben. Die Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) erlauben es den Ländern, Drugchecking-Modellprojekte in Verbindung mit Beratungsangeboten durchzuführen. Nun gilt es diese Möglichkeiten auch vor Ort zu realisieren. Bisher existieren lediglich 2 Projekte in Deutschland die ein solches Angebot vorhalten. Mit dem Ziel, Gesundheitsschäden zu vermeiden, können Drogenkonsumierende im Rahmen des Berliner Modellprojektes Drugchecking Proben vor Ort in Beratungseinrichtungen chemisch analysieren und auf mögliche Verunreinigungen oder zu hohe Wirkstoffkonzentrationen prüfen lassen können. Der Projektstart erfolgte 2023.⁴

Um Drugchecking als Präventionsangebot auf Raves, Events und Festivals in Thüringen zu realisieren, wurde eine Kooperation zwischen der LeadiX GmbH (miraculix-Lab) und der SiT – Suchthilfe in Thüringen (SubCheck)⁵ geschlossen. Das von miraculix-Lab entwickelte Schnelltestverfahren⁶ ermöglicht es, schnell und sicher Substanzen zu analysieren und genaue Aussagen über deren Zusammensetzung und Konzentration zu treffen. Das Angebot kombiniert eine chemisch-toxikologische Analytik mit einem niedrigschwelligen Beratungskonzept. Das Angebot ist an die Arbeit des Safer-Nightlife-Projekts Drogerie der SiT geknüpft, welches auf Raves, Open Airs und Festivals Menschen vor Ort über psychotrope Substanzen aufklärt und in kritischen Situationen begleitet. In 2021 wurden 82 verschiedene Substanzen untersucht: Obwohl manche Substanzen dem entsprachen, als was sie angegeben wurden, wiesen 56 % aller untersuchten Ecstasy- Proben eine hohe Dosierung auf, bei der es zu schweren Nebenwirkungen kommen kann.

Die hier geschilderten Potentiale und Effekte gilt es nun auf Drogenkonsumräume und die vulnerable Gruppe der Opioid- und Kokain/Crackkonsument:innen zu

²<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/>

³https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2020_komplett.pdf

⁴<https://drugchecking.berlin/>

⁵<https://drogerie-projekt.de/aktuelles.html>

⁶<https://www.miraculix-lab.de/>

beziehen, die vielfach täglich und intravenös konsumieren und bereits vielfältige gesundheitliche Schädigungen aufweisen. Quasi als Vorstufe eines Drugchecking Angebots kann man das Angebot RAFT (Rapid Fentanyl Tests)⁷ bezeichnen, dass von Dezember 2022 bis November 2023 in Kooperation mit 17 Drogenkonsumräumen und –mobilen durchgeführt wird. Hierbei können Heroinproben vor Ort auf den Zusatz von Fentanyl getestet werden. Bereits vor Beendigung des Modellprojekts wird deutlich, dass Konsument:innen ein großes Interesse an einer Substanzanalyse in Verbindung mit einem Beratungsangebot haben. Das gleiche gilt für die Mitarbeitenden, die trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung dieses zusätzliche Angebot vorhielten und die Chance nutzen um sich mit dem Thema Substanzanalyse und synthetische Opioide beschäftigen und einen Wissenszuwachs erzielen.

Synthetische Opioide

Obwohl im Jahr 2022 nur ein neues synthetisches Opioid offiziell gemeldet wurde, deuten jüngste Signale, vor allem aus den baltischen Ländern, auf eine erhöhte Verfügbarkeit und Schäden (einschließlich drogeninduzierter Todesfälle) im Zusammenhang mit dem Fentanyl-Derivat Carfentanil und der hochwirksamen Gruppe der Benzimidazol-Opioide, zu denen Drogen wie Isotonitazol, Protonitazol und Metonitazol zählen, hin. Die Benzimidazol Opioide entstanden infolge von Kontrollmaßnahmen, die sowohl in den Erzeugerländern und anderswo eingeführt wurden, um die Verfügbarkeit von Fentanyl Derivaten, einschließlich Carfentanil, zu reduzieren. Synthetische Opioide sind oft hoch hochwirksam, d. h. eine kleine Menge kann ausreichen, um eine große Anzahl typischer Straßendosen herzustellen. Synthetische Opioide wurden mit drogeninduzierten Todesfällen in Estland und Litauen in Verbindung gebracht. Neue vorläufige Daten aus dem Jahr 2023 deuten darauf hin, dass Todesfälle im Zusammenhang mit Benzimidazol-Opoiden in Lettland festgestellt werden. Im Jahr 2022 berichtete die estnische Polizei über die Beschlagnahme von Mischungen die das neue synthetische Opioid Metonitazen und Bromazolam, ein neues Benzodiazepin, sowie Mischungen mit den neuen Opoiden Protonitazen und Metonitazol und das Sedativum und Analgetikum Xylazin für Tiere enthielten.

Drogenkonsumräume und Substitution unter einem Dach

Viele Expert:innen sind der Meinung, dass Drogenkonsumräume auch in der niedrigschwelligen Substitutionsbehandlung zukünftig eine größere Rolle spielen könnten.

Trotz vielfältiger Bemühungen gelingt es seit einigen Jahren nicht die Zahl der Menschen die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden über die „magische“ Grenze von 50% bringen. Aktuell werden 81.700 Menschen substituiert, während eine Gesamtschätzung von Ludwig Kraus et al. Aus dem Jahr 2018 von 166.294 (164.794; 167.794) Opioidabhängigen in Deutschland mit einer Rate von 3,08 (3,05-3,11) pro tausend Einwohner im Alter zwischen 15 und 64 Jahren ausgeht.⁸

⁷<https://www.drogenkonsumraum.de/de/raft>

⁸https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/AbschlussberichtOpiS-Bericht_150518.pdf

Am Beispiel Hamburg wurde eine niedrigschwellige Substitutionsbehandlung während der Corona Pandemie für Personen ohne Krankenversicherung im direkten Umfeld des Drogenkonsumraums Drob In realisiert. Tatsächlich wurden von Anfang 2021 bis Ende März 339 Personen über das „Drob Inn“ substituiert, drei Viertel davon ohne Krankenversicherung. Rund hundert Drogengebrauchende besuchten die Ambulanz täglich, viele der Klient:innen kommen aus dem Ausland, einige sind Geflüchtete. Für sie alle ist die niedrigschwellige Substitution eine rettende Maßnahme einerseits und zugleich ein Schritt der Integration.

Die Kosten der Behandlung für Klient:innen ohne Krankenversicherung trägt die Hamburger Behörde für Gesundheit und Soziales, bei krankenversicherten Substituierten übernimmt die Kasse.

Im Hinblick auf den sich fortsetzenden Mangel an niedergelassenen Mediziner:innen die bereit sind die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu erwerben und Opioidkonsument:innen zu behandeln, könnten Einrichtungen die u.a. Drogenkonsumräume betreiben und somit täglich mit Heroinkonsument:innen als potentielle Nutzer:innen der substitutionsgestützten Behandlung in Kontakt stehen eine Alternative zur bisherigen Behandlung darstellen.

Drogenkonsumräume - Gesundheitsförderung versus Ordnungspolitik

In vielen Städten ist eine Zunahme des Konsums im öffentlichen Raum festzustellen. Ruhestörungen, Tötlichkeiten, Sachbeschädigungen, Streitereien: Die Folgewirkungen des Konsums von Alkohol und illegalen Substanzen im öffentlichen Raum sind ein Konfliktthema, das weit über die Konsumproblematik hinausgeht. Das Sichtbarwerden von Obdachlosen und Drogenkonsument:innen oder psychisch kranken Menschen ist zunehmend Gegenstand kommunalpolitischer Diskussionen. Repressionsmaßnahmen wie Alkoholverbote auf öffentlichen Plätzen verlagern nur die Probleme. Wie andere öffentliche Ressourcen wird auch der städtische Raum von der öffentlichen Hand nicht selten als verfügbare Ressource angesehen, die auch durch Privatisierung verwertet werden darf.

Der Ausverkauf von Städten an den Tourismus-Boom ist für urbane Zentren zu beobachten. Obwohl immer wieder als Garant von Aufschwung und Wirtschaftswachstum begrüßt, ist zugleich offensichtlich, dass Massentourismus, egal durch wen, sich signifikant negativ auf die Lebenssituation vor Ort auswirkt, insbesondere auf Höhe der Mieten, alltägliche Versorgung, soziale Infrastruktur und vieles mehr.

So wird am Beispiel Berlins deutlich, dass gewachsene Kieze, in denen auch viele Drogenkonsument:innen ihr Obdach haben, ihre Bewohner:innenstruktur durch Sanierungen und den Wandel hin zu Eigentumswohnungen bewusst verändern wollen. Da Wohnraum insgesamt eine der knappsten Ressourcen darstellt, ist für viele der ehemaligen Drogen gebrauchenden Bewohner:innen ein Umzug in die Außenbezirke oder die Obdachlosigkeit die Folge.

Drogenkonsumräume und die Träger dieser Einrichtungen werden immer mehr mit in die Verantwortung gezwungen öffentlichen Raum zu schützen. Die Folge sind Projekte wie Spritzensammeln im öffentlichen Raum, Innenstädte vom Müll befreien usw. Diese Maßnahmen, die vielfach von den Nutzer:innen dieser Einrichtungen

durchgeführt werden, werden als sichtbares Signal der Träger verstanden den Bürger:innen der Kieze, in denen diese Einrichtungen angesiedelt sind, etwas „zurückgeben“. Schließlich werden die Einrichtungen aus Steuermitteln betrieben. Dies ist nachvollziehbar und diese Projekte bieten Konsumierenden nicht selten eine gewisse Art der Tagesstruktur und eine legale Verdienstmöglichkeit von einigen Euro.

Allerdings birgt dies die Gefahr, dass Einrichtungen der Gesundheitsförderung wie Kontaktläden und Drogenkonsumräume nach und nach für Ruhe und Ordnung im näheren und weiteren Umfeld der Einrichtungen verantwortlich gemacht werden. Dies überfordert nicht nur die Mitarbeitenden und bringt sie in eine Situation, die zumindest die Gefahr birgt das gewachsene Vertrauensverhältnis zu stören. Zudem widerspricht diese Form der Einbeziehung dem Zweck einer solchen Einrichtung.

Zukünftig muss es aber darum gehen, dass diese Einrichtungen mit den notwendigen Mitteln ausgestattet werden die sie in die Lage versetzen ihr Angebotsspektrum und ihre Öffnungszeiten zu erweitern um der Vielfalt ihrer gesundheitlichen Aufgaben nachkommen zu können und auf diese Weise den öffentlichen Raum zu entlasten. Zudem sind die Kommunen gefordert z.B. mit dem Angebot von Tagesruhebetten zusätzliche Möglichkeiten zu schaffen um den öffentlichen Raum zu entlasten und gleichzeitig den dort verweilenden Menschen ein Angebot der Gesundheitsförderung zu bieten.

Ist die Novellierung von Richtlinien ein Ausweg?

Nicht selten werden die doch beträchtlichen Kosten der Einrichtung eines Drogenkonsumraums neben fachlichen oder besser ideologischen Vorbehalten als Gegenargument genannt. Darüber hinaus begründen Städte aber auch Drogenhilfen selbst die fehlende Notwendigkeit für ein solches Angebot mit einer geringeren Zahl von möglichem Nutzer:innen.

Beiden Argumentationsträngen (Kosten und Notwendigkeit) könnte man mit innovativen Drogenraummodellen entgegentreten. So würde die Integration einer Konsummöglichkeit für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen sowohl den Aspekt der hohen Kosten berücksichtigen als auch die geringe oder fehlende Notwendigkeit entkräften. Es gibt keine Richtlinie, die eine Mindestzahl von Plätzen vorsieht. Selbst vor dem Hintergrund eines nicht übermäßigen Platzangebots in niedrighschwelligigen Einrichtungen, bieten sich Chancen eine Konsummöglichkeit einzurichten, die sowohl die Nutzer:innen der Konsummöglichkeit ansprechen als auch die Nutzerinnen der anderen Angebote der Einrichtung schützen.

Um Konsummöglichkeiten annähernd flächendeckend einzurichten, bedarf es innovativer Lösungen, wie z.B. die Integration von „Mikrokonsumräumen“ für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen.

Zudem ist es angezeigt, dass die Bundesländer die vor Jahren oder Jahrzehnten erlassenen Rechtsverordnungen auf ihre Aktualität hin überprüfen. Dies mit dem Ziel den Mitarbeitenden ein möglichst hohes Maß an Rechtssicherheit zu bieten. Bisher werden laut Rechtsverordnung folgende Personen von der Benutzung des Drogenkonsumraumes ausgeschlossen:

- offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumierende,

- erkennbar intoxikierte Personen und
- Personen, denen erkennbar die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.

Wäre es aber nicht gerade sinnvoll genau diesen Personen den Zutritt zu Drogenkonsumräumen rechtssicher zu ermöglichen? Sind nicht gerade intoxikierte Personen in Gefahr außerhalb der Räume eine Überdosis zu erleiden? Sind nicht gerade Gelegenheitskonsument:innen mit wenig Konsumerfahrung in Drogenkonsumräumen am richtigen Platz um sie mittels Safer Use Beratung und der Aufsicht beim Konsum vor Infektionen und lebensbedrohlichen Risiken zu schützen?

Auch ein Blick in andere Länder die Drogenkonsumräume betreiben zeigt, dass sich die regelmäßige Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen positiv auswirken kann. Ähnlich wie in Deutschland war die gegenseitige Unterstützung beim Konsum in Kanada verboten. Dies führte dazu, dass der bereits geringe Anteil von Frauen noch weiter sank. Paare wollen ihre Substanzen, die sie gemeinsam gekauft haben auch gemeinsam zubereiten und konsumieren. Dementsprechend konsumierten viele Frauen nicht in der Einrichtung, sondern mit ihren Partner:innen im Umfeld. Spezielle Angebote für Drogen konsumierende Frauen, etwa zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, blieben weitgehend ungenutzt. Nach einigen Diskussionen wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen nun verändert und in der Stadt Montreal ist gegenseitige Hilfe beim Konsum nun möglich.

Ein Angebot für alle Applikationsformen

Drogenkonsumräume haben seit ihrer Einrichtung vielerorts nur geringfügige Veränderungen erfahren. Blickt man auf die jüngere Vergangenheit, so ist stellt die Einrichtung von speziellen Räumen für den inhalativen Konsum von Heroin und Crack eine wesentliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in fachlicher Hinsicht dar.

Bedingt durch veränderte Altersstrukturen der Nutzer:innen sowie der Förderung von Konsumformen jenseits des intravenösen Konsums trugen dazu bei, dass vor allem der inhalative Konsum von Heroin stark an Bedeutung gewann und der intravenöse Konsum zurückging. Dies erforderte in einigen Einrichtungen ein höheres Platzangebot für Raucher:innen.

Die Standorte in Nordrhein-Westfalen stellten in 2021 insgesamt 116 Plätze für den Konsum illegaler Substanzen wie Heroin, Kokain, Amphetamine oder Benzodiazepine zur Verfügung. Von den 116 Plätzen sind 51 Plätze für den intravenösen Konsum, 56 Plätze für die Inhalation und 9 Plätze variabel (intravenös oder inhalativ) vorgesehen. Im Vergleich zum Jahr 2017 wurden 17 zusätzliche Plätze für den inhalativen Konsum geschaffen. Dies unterstreicht den höheren Bedarf für Nutzer:innen dieser Konsumform.

Die Intervention „SMOKE IT“⁹ zeigte zudem, dass durch die Bereitstellung und aktive Abgabe von Konsumutensilien zum inhalativen und nasalen Konsum, sowie begleitende Beratungsangebote das Interesse für alternative Konsumformen von iv Konsument:innen erhöhen und einen (temporären) Wechsel der Konsumform fördern kann. Hierzu sind insbesondere Kurzinterventionen geeignet.

Drogenkonsumräume als Ort der HIV und HCV Beratung und Testung

Die meisten Drogenkonsumräume in Deutschland sind hochfrequentiert. Die Angebote werden von einer Gruppe genutzt die als aktive Konsument:innen die größten Risiken für HIV und Hepatitis, Drogennotfälle sowie gesundheitlichen Schädigungen infolge von Schwarzmarktsubstanzen haben. Verschiedene modellhafte Interventionen wie TEST IT¹⁰ und DAS CHECK ICH machten deutlich, dass Drogenkonsumräume und die vielfach angegliederten Kontaktbereiche ein Ort sind um Nutzer:innen über neue Entwicklungen in der Behandlung von HIV (Schutz durch Therapie) und Hepatitis C (neue Medikamente, Heilung, kurze Therapiedauer) zu informieren. Die Integration eines Beratungs- und Testangebots kann dazu beitragen den Wissensstand bei Nutzer:innen zu erhöhen, Testraten bei einer gefährdeten Gruppe zu steigern und schließlich den Übergang in eine etwaige Behandlung zu vereinfachen.

Zusammenfassung

Drogenkonsumräume haben in den letzten 30 Jahren gezeigt, dass sie viele Ziele, die durch die Politik formuliert wurden oder die sie sich selbst gestellt haben, erreichen konnten.

Beispielhaft wird dies in der Vermeidung und Reduktion von Infektionen und anderen mit dem Drogenkonsum assoziierter Schädigungen. Durch hygienische Konsumbedingungen und Safer Use Beratungen sowie das schnelle Eingreifen der Mitarbeiter:innen bei Überdosierungen werden jährlich viele dutzend Drogentodesfälle vermieden. Drogenkonsumräume erreichen Drogengebraucher:innen mit mannigfaltigen Risiken und bieten diesen eine Möglichkeit zur voraussetzungslosen Kontaktaufnahme, eine wichtige Brückenfunktion ins Hilfesystem.

Um diese wichtigen Angebote aber Weiterentwickeln zu können ist eine entsprechende personelle und finanzielle Ausstattung unabdingbar. Nur dann kann es gelingen die Potentiale von Drogenkonsumräumen auch für neue Angebote wie z.B. der Substanztanalyse zu nutzen. Gleichzeitig muss der gesundheitsfördernde und schadensmindernde Aspekt als Zweck der Einrichtungen unterstrichen werden und gilt immer da wo ordnungspolitische Zuschreibungen die eigentlichen Aufgaben gefährden, diese zurückzuweisen.

⁹<https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-18>

¹⁰<https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1740>

Literatur

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, dbdd.de; Reitox Bericht 2022

Europäische Beobachtungstelle; emcdda.europa.eu, Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten

Europäische Beobachtungstelle; emcdda.europa.eu, European Drug Report 2023

Kratom – ein vermeintlich neuer, psychotroper Stoff zwischen Genuss- und Substitutionsmittel

Dirk Netter & Fabian Pitter Steinmetz

Zusammenfassung

Der Ausdruck „Kratom“ steht zum einen für eine südostasiatische Pflanze und zum anderen für ein Genuss- und Heilmittel aus selbiger Pflanze. In geringen Dosen stimuliert Kratom, in höheren Dosen sediert es bzw. wirkt analgetisch. Die milde Opioidwirkung erklärt dabei den Gebrauch als Schmerz- und Substitutionsmittel. Neben der Verbreitung im südostasiatischen Raum gewann es in den letzten Jahren an Popularität in den USA und Europa scheint mit etwas Verzögerung zu folgen. Während im südostasiatischen Raum meist frische Blätter gekaut werden, werden in Importländern meist getrocknetes Blattpulver und seltener Blattextrakte konsumiert. Die komplexe Rechtslage erschwert Qualitätskontrolle und Aufklärung: In Deutschland ist Kratom zwar nicht explizit verboten, aber dennoch nicht Teil eines für den menschlichen Konsum regulierten Marktes (vgl. Lebensmittel, Arzneimittel). Eine Regulierung ohne prohibitiven Charakter wäre eine sinnvolle, drogenpolitische Maßnahme zum Umgang mit Kratom.

Einleitung

Der 44. Expertenausschuss für Drogenabhängigkeit (engl. „Expert Committee on Drug Dependence“, ECDD) der WHO kam im Oktober 2021 zur Konklusion, vorerst keine weiteren Schritte einzuleiten, die zu einem internationalen Verbot von Kratom (*Mitragyna speciosa*) führen könnten. Dennoch wird im entsprechenden Bericht (ECDD, 2021) gefordert, dass Entwicklungen bezüglich Konsum und Handel von Kratom, sowie dessen Hauptalkaloide, Mitragynin und 7-Hydroxymitragynin, weiterhin streng beäugt werden sollten. Dies mag auf den einen oder anderen verwunderlich wirken, betrachtet man den in den westlichen Staaten beinahe zur Gewohnheit gewordenen politisch-publizistischen Verstärkerkreislauf (Scheerer, 1978), der aufgrund der vermeintlichen Gefahren neuer psychotroper Substanzen regelmäßig zu neuen Verboten und stärkerer Repression führt.

In Deutschland ist Kratom zwar nicht explizit verboten, aber es ist dennoch nicht Teil des regulierten Lebensmittel- oder Arzneimittelhandels. In einigen europäischen Ländern (Polen, Dänemark, Schweden u.a.) ist Kratom verboten (EMCDDA, 2022). Der Erwerb findet meist über den Online-Handel statt, wobei das Material meist

nicht für die innere Anwendung bestimmt ist. Erfahrungsberichte und Informationen zur Anwendung lassen sich zahlreich im Internet finden.

Kratom (*Mitragyna speciosa*)

Der Begriff „Kratom“ beschreibt üblicherweise die getrockneten und pulverisierten Blätter des gleichnamigen Baumes (bot. *Mitragyna speciosa* Korth.). Heimisch ist der Baum in den tropischen Gebieten Südostasiens und stammt botanisch aus derselben Familie wie unser Kaffee (*Coffea* spp), den Rötengewächsen (Rubiaceae). Bedeutende ethnobotanische Verwendung wurde insbesondere in Thailand und Malaysia nachgewiesen, während Indonesien besonders in den vergangenen Jahrzehnten zum Hauptproduzenten avancierte (Netter, 2019a). Aufgrund der vielseitigen pharmakologischen Eigenschaften (besonders der analgetischen und antidiarrhoischen), finden *Mitragyna speciosa*, sowie weitere Arten der Gattung *Mitragyna* ethnomedizinische Anwendung (Gong et al., 2012). Eine strikte Unterscheidung zwischen medizinischem und hedonistischem Gebrauch findet in den ursprünglichen Herkunftsländern nicht statt, so dass Kratom auch ein Status als Genussmittel zukommt, der dem des westlichen Kaffeegebrauchs nicht unähnlich ist. Dazu werden meist die frischen Blätter als Tee aufgeköcht oder gekaut – ähnlich wie Koka in Südamerika. Da die im Kratom enthaltenen Alkaloide relativ stabil sind, werden die Blätter für den Export getrocknet und pulverisiert ohne signifikanten Wirkstoffverlust zu erfahren. Die Wirkung wird in der Fachliteratur als „paradox“ beschrieben: Niedrige Dosen erzeugen eine stimulierende und leicht euphorisierende Wirkung, während höhere Dosen einen eher schmerzlindernden und sedierenden Effekt erzielen.

Opiatentzug und Illegalisierung

Ab dem Jahrtausendwechsel wurde Kratom den westlichen Industrienationen einem breiteren Kreis an Nutzenden bekannt. Dabei erlangte das Material eine gewisse Beliebtheit als alternatives Analgetikum, mildes Genussmittel, sowie nicht zuletzt bei der Behandlung von opiatbezogenen Substanzgebrauchsstörungen. Die traditionelle Verwendung von Kratom beim Opiatentzug ist gut dokumentiert (Vicknasingam et al., 2010) und konnte auch in jüngerer Zeit beobachtet werden (Grundmann et al., 2022). Sowohl Berichte von Selbstmedikation (Boyer et al., 2008; Grundmann et al., 2022) als auch Untersuchungen im Tiermodell deuten auf einen pharmakologischen Nutzen hin (Khor et al., 2011; Hassan et al., 2020).

Da es generell in der Psychotherapie kaum Einheitslösungen gibt, also Therapieformen, die für alle Individuen gleichermaßen passen, ist Flexibilität bezüglich individueller Gegebenheiten sehr wichtig. Dies gilt ebenso bei Drogentherapie und Substitution: Je größer die Vielfalt an Substituten, desto größer die Erfolgsaussichten, eine passende pharmazeutische Therapie zu finden. Ob Kratom mit Methadon, Buprenorphin etc. mithalten kann, wird sich zeigen. Die Tatsache, dass es sich aber bei Kratom um eine natürliche Pflanzendroge handelt, mag aber die Einstellung und somit die individuelle Compliance positiv beeinflussen.

In Thailand scheint die Verwendung als Opiumsubstitut ein gewichtiger Grund für die Illegalisierung im Jahr 1943 gewesen zu sein. So berichtet Tanguay¹ (2011), sich auf einen Generalmajor der Polizei und Mitglied des Repräsentantenhauses beziehend, dass insbesondere die hohen Opiumsteuern – die der Finanzierung des Pazifikkrieges dienten – die Nutzer:innen dazu bewegten, auf Kratom umzusteigen. Dem Fiskus entgingen damit wichtige Einnahmen, die dringend benötigt wurden. Für diese Theorie spricht, dass die Verfolgung von Kratom Konsumierenden sowie die Rodung von entsprechenden Plantagen nach dem zweiten Weltkrieg nicht mehr so ernsthaft wie zuvor verfolgt wurden, bis schließlich Kratom im Jahre 2021 formal legalisiert wurde (The Nation, 2021). Die Illegalisierung von Kratom in den Herkunftsländern ist demnach mitnichten auf ein etwaiges erhöhtes Gefahrenpotenzial der Substanz zurückzuführen, sondern hatte vor allem steuerpolitische Erwägungen als Grund. Auch, dass Kratom viel von muslimischen Minderheiten der thailändischen Provinzen Yala, Pattani und Narathiwat verwendet wurde, die der thailändischen Diktatur unter Plaek Phibunsongkhram aus diversen rassistischen und politischen Gründen ein Dorn im Auge waren, mag ebenso eine Rolle gespielt haben (Tanguay, 2011).

Konsum und Schadpotenzial

Obwohl der inhalative Konsum in der Literatur dokumentiert ist, wird Kratom in aller Regel oral konsumiert. In den Erzeugerländern werden dazu die frischen Blätter als Tee aufgekocht oder gekaut. In den Importstaaten wie beispielsweise Deutschland werden die getrockneten und pulverisierten Blätter oral konsumiert. Diverse Extrakte sind im entsprechenden Fachhandel verfügbar, spielen aber eine eher untergeordnete Rolle.

Präklinische Studien weisen darauf hin, dass Mitragynin eine sehr geringe Gefahr einer Atemdepression zur Folge hat – eine der wichtigsten unerwünschten Wirkungen von Opioiden. Auch das potentere Stoffwechselprodukt 7-Hydroxymitraginin (bzw. dessen Tautomer Pseudoindoxylmitragynin) weist diesbezüglich ein signifikant geringeres Risiko auf als vergleichbare Opioide (Jansen/Prast, 1988; Borics et al., 2016; Váradi et al., 2016; Kruegel et al., 2019).

Deutlich wird dieses geringe Schadpotenzial auch, wenn man die geringen Todeszahlen durch den Gebrauch von Kratom betrachtet. Laut dem US-amerikanischen National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2019) wurden in den Jahren 2011 bis 2017 insgesamt elf Todesfälle registriert, die in Verbindung mit Kratom stehen. In neun dieser Fälle handelte es sich eindeutig um Mischkonsum mit anderen Substanzen, beispielsweise Fentanyl, Diphenhydramin sowie diversen Benzodiazepinen. Ähnliche Fälle wurden in Europa bekannt, die durch den Gebrauch einer Mischung aus Kratompulver und O-Desmethyltramadol verursacht wurden. Diese Mischung wurde unter der Handelsbezeichnung „Krypton“ vertrieben (Kronstrand et al., 2011). Solch eine Mischung ist nicht repräsentativ für den Kratommarkt. Dennoch zeigt dieses Beispiel, wie wichtig regulierte Märkte für psychotrope Stoffe und alternative Heilmittel sind.

¹Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war Pascal Tanguay als unabhängiger Berater für das International Drug Policy Consortium (IDPC) und das Transnational Institute (TNI) in Thailand tätig. Pascal Tanguay ist jetzt Direktor des Harm-Reduction-Programms bei PSI/Thailand, mit Sitz in Bangkok.

Wer sind die Konsumierenden?

Angaben über die genaue Zahl der Konsumierenden lassen sich noch nicht treffen, da bisher keine verlässlichen Daten erhoben wurden. Jedoch gehen Henningfield und Kolleg:innen (2019) aufgrund der Importmenge von einer Zahl zwischen 10 bis 16 Millionen Konsumierenden in den USA aus. Für den europäischen Raum existieren solche Zahlen bisher nicht, wobei aufgrund der geringeren medialen Präsenz, der geringeren Verfügbarkeit und weiteren Faktoren davon ausgegangen werden kann, dass die Zahl der Nutzer:innen um ein Vielfaches kleiner sein dürfte. Grundsätzlich scheint sich die Zusammensetzung der Kratomgebraucher:innen im deutschsprachigen Raum als sehr heterogen zu präsentieren, was den sozio-ökonomischen Status, die Konsumfrequenz und -häufigkeit und auch die Gründe für den Konsum betrifft (Netter, 2019b).

Eine idealtypische Differenzierung der Nutzer:innen in Freizeitgebraucher:innen, Substituierende und medizinische Anwender:innen lässt sich wenigstens aus Erfahrungsberichten in einschlägigen Internet-Drogenforen erkennen. Erstere bilden dort die mit Abstand präsenteste Gruppe, die tendenziell weder eine regelmäßige Konsumfrequenz, noch nennenswerte unerwünschte Nebenwirkungen berichten – obwohl problematischer Konsum ebenso thematisiert wird. Bezüglich COVID-19 fanden Grundmann und Kolleg:innen (2022) keinen signifikanten Konsumanstieg innerhalb der Pandemie.

Möglichkeiten sinnvoller Regulierung

Im Hinblick auf das offenbar relativ geringe Gefahrenpotenzial, das lediglich durch den Mischkonsum mit bestimmten Substanzen erhöht wird (Tanna et al., 2020; Kamble et al., 2020), wäre eine Regulierung abseits des Grau- bzw. Schwarzmarkts ein sinnvoller Schritt. So könnte sichergestellt werden, dass die Konsumierenden ein unbedenkliches Naturprodukt erhalten, in dem eine Beimischung von anderen potenziell schädlichen Substanzen (z.B. synthetischen Opioiden) kategorisch ausgeschlossen wird. Auch lebensmitteltypische Grenzwerte für Schwermetalle, Pestizide etc. könnten adressiert werden. Dies würde die Sicherheit für Verbraucher:innen erhöhen.

Kratom wird derzeit – wahrscheinlich aufgrund rechtlicher Unsicherheiten – meist als ‚Färbemittel‘ oder ‚ethnobotanisches Anschauungsmaterial‘ vertrieben. Diese sind offiziell nicht für den menschlichen Verzehr geeignet. Entsprechende Laboranalysen sind auch deshalb eher die Ausnahme. Eine vernünftige Regulierung würde einerseits eine GACP-Verpflichtung (engl. „Good Agricultural and Collection Practice“, Gute Praxis für die Sammlung und Anbau von Arzneipflanzen) beinhalten und andererseits mehr oder weniger regelmäßige Untersuchungen durch Qualitätskontrollen und Behördenaudits wahrscheinlich machen. Damit könnten vermeidbare Schadstoffe reduziert und Transparenz bezüglich Wirkstoffen verbessert werden. Darüber hinaus wäre es auch möglich, Jugendschutz und Substanzkunde besser zu adressieren. Bei Letzterer wäre insbesondere die Kommunikation von Wechselwirkungen und Toleranz-

entwicklung wichtig. Insbesondere gefährliche Wechselwirkungen mit sedierenden Stoffen (Opiode, Benzodiazepine etc.) sollten Konsumierenden bekannt sein. Auch sollte nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Kratom als natürliches Produkt frei von Risiken ist. Letztlich sind ehrliche Aufklärung und Regulierung der beste Weg um gesundheitliche Schäden zu vermeiden bzw. möglichst gering zu halten.

Literatur

- Boyer EW, Babu KM, Adkins JE et al. (2008). Self-treatment of opioid withdrawal using kratom (*Mitragynia speciosa* Korth). *Addiction* 103(6): 1048-1050
- ECDD (2021). Summary of assessments, findings and recommendations of the 44th World Health Organization's (WHO) Expert Committee on Drug Dependence (ECDD), 11-15 October 2021. Vienna, Austria. S. 10. Verfügbar unter https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_64Reconvened/ECN72021_CRP12_V2108992.pdf (Letzter Zugriff 14.02.2022)
- EMCDDA (2022). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Kratom: Drogenprofil. Verfügbar unter https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/kratom_de (Letzter Zugriff 14.02.2022)
- Gong F, Gu H, Xu Q, Kang W (2012). Genus *Mitragyna*: Ethnomedicinal uses and pharmacological studies. *Phytopharmacology*, 3. Jg., H. 2, S. 263-272
- Grundmann O, Veltri CA, Morcos D et al. (2022). How essential is kratom availability and use during COVID-19? Use pattern analysis based on survey and social media data. *Substance Abuse* 43(1): 865-877
- Hassan R, Pike See C, Sreenivasan S et al. (2020). Mitragynine attenuates Morphine withdrawal effects in rats - a comparison with Methadone and Buprenorphine. *Frontiers in Psychiatry* 7(11): 411
- Henningfield JE, Grundmann OM, Babin JK et al. (2019). Risk of death associated with kratom use compared to opioids. *Preventive Medicine* 128: 105851
- Jansen KL, Prast CJ (1988). Ethnopharmacology of kratom and the *Mitragyna* alkaloids. *Journal of Ethnopharmacology* 23(1): 115-119
- Kamble SH, Sharma A, King TI et al. (2020). Exploration of cytochrome P450 inhibition mediated drug-drug interaction potential of kratom alkaloids. *Toxicology Letters* 319: 148-154
- Khor BS, Amar Jamil MF, Adenan MI et al. (2011). Mitragynine attenuates withdrawal syndrome in morphine-withdrawn zebrafish. *PLoS ONE* 6: 12
- Kronstrand R, Roman M, Thelander G Eriksson A (2011). Unintentional fatal intoxications with mitragynine and O-desmethyltramadol from the herbal blend Krypton. *Journal of Analytical Toxicology* 35(4): 242-247
- Kruegel AC, Uprety R, Grinnell SG et al. (2019). 7-Hydroxymitragynine is an active metabolite of Mitragynine and a key mediator of its analgesic effects. *ACS Central Science* 5(6): 992-1001
- Netter D (2019a). Kratom: Ethnobotanik, Anwendung, Kultur. Solothurn. S. 15f
- Netter D (2019b). Laienwissenschaft zwischen Eigenmedikation und Hedonismus. Eine Analyse von marginaler Citizen Science in einem deutschsprachigen Online-Drogenforum (unveröffentlichte Masterarbeit). Philipps-Universität Marburg. S. 48f

- NIDA (2019). National Institute on Drug Abuse. Kratom DrugFacts (revised April 2019). Verfügbar unter <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/kratom> (Letzter Zugriff 14.02.2022)
- Scheerer S (1978). Der politisch-publizistische Verstärkerkreislauf. Zur Beeinflussung der Massenmedien im Prozeß strafrechtlicher Normgenese. *Kriminologisches Journal* 10: 223-227
- Tanguay P (2011). Kratom in Thailand. Decriminalisation and Community Control? Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 13. Verfügbar unter <https://www.tni.org/files/download/kratom-briefing-dlr13.pdf> (Letzter Zugriff 14.02.2022)
- Tanna RS, Tian DD, Cech NB et al. (2020). Refined prediction of pharmacokinetic kratom-drug interactions: time-dependent inhibition considerations. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*: JPET-AR-2020-000270
- The Nation (2021). The Nation (Thailand). Kratom removed from narcotics list, paving way for new cash crop. Verfügbar unter <https://www.nationthailand.com/in-focus/40001365> (Letzter Zugriff 14.02.2022).
- Váradi A, Marrone GF, Palmer TC et al. (2016). Mitragynine/ Corynantheidine pseudoindoxyls as opioid analgesics with mu agonism and delta antagonism, which do not recruit β -Arrestin-2. *Journal of Medicinal Chemistry* 59(18): 8381-8397
- Vicknasingam B, Narayanan S, Beng GT Mansor SM (2010). The informal use of ketum (*Mitragyna speciosa*) for opioid withdrawal in the northern states of peninsular Malaysia and implications for drug substitution therapy. *International Journal of Drug Policy* 21(4): 283-288

Beschädigte Körper

Zu Versorgungssituation und sozialer Lage älterer und pflegebedürftiger Menschen in der niedrigschwelligen Frankfurter Suchthilfe

Ina Amberg & Yannick Steinrück

Der Umstand, dass die Versorgung des Personenkreises älterer und pflegebedürftiger Konsument:innen in Frankfurt nicht oder nur mangelhaft gelingt, ist bekannt. So wurde bereits in einer 2017 veröffentlichten Studie festgestellt, dass durch immer älter werdende Drogenkonsument:innen die Bedarfe und Herausforderungen nach Angeboten, die sich an diese Zielgruppe richten, größer werden. Um diesen Bedarfen gerecht werden zu können, wird eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen benötigt (Jamin/Padberg, 2017: 203).

In einem von der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt und dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit im Jahr 2022 veröffentlichten Positionspapier zur Versorgungslage älterer und pflegebedürftiger Konsument:innen in Frankfurt wird von den Verfasser:innen unter anderem darauf verwiesen, dass Konsument:innen häufig von Einrichtungen der Regelversorgung nicht behandelt werden. Die Verfasser:innen beschreiben eine mangelhafte Versorgungslage, die auf eine Notfallversorgung ausgerichtet ist (Becker/Friers/Stöver, 2022: 2 m.w.N.). Zudem seien Konsument:innen in Einrichtungen der Regelversorgung mit Stigmatisierungen ausgesetzt und häufig mit Negativerfahrungen konfrontiert. Für Konsument:innen, die einem aktiven und regelmäßigen Konsum nachgehen, sei die Versorgungslage besonders problematisch.

Wir möchten einleitend noch einmal betonen: Sucht (illegalisierter Drogen) ist eine anerkannte Krankheit, deren Entstehung nicht isoliert von Gesellschaft und Sozialem gesehen werden kann. Menschen mit Suchterkrankung leben häufiger in extremer Prekarität, also einer sozialen Lage, deren Verbindungen zur (Stadt-) Gesellschaft in der Diskussion häufig gekappt werden. Der Blick richtet sich dann auf das Individuum und dessen Verhalten, auf eine Szene oder eine mehr oder weniger abgegrenzte Kategorisierung (bspw. wohnungslos, drogenkonsumierend...). Das führt nicht selten zur Schuldzuweisung, anstatt die Erfahrung der Menschen zu nutzen, um eben dort hinzuschauen, wo Problemlagen entstehen: Die Strukturen unserer Gesellschaft. Damit wird es verunmöglicht, extreme Prekarität, also den Ausschluss von grundlegenden Ressourcen als soziale Lage zu benennen und die Strukturen zu adressieren, von denen und durch welche ausgeschlossen wird.

Mit anderen Worten: Ja, auch Suchterkrankung und der Konsum illegalisierter Drogen beeinflussen die Gesundheit betroffener Menschen. Was aber langfristig zu der massiv verfrühten Alterung und Pflegebedürftigkeit führt, sind die strukturell angelegten Ausschlüsse von Gesundheitsversorgung, Wohnen, Nahrung, Hygiene und Gemeinschaft. Die Teilveröffentlichung einer von der Elisabeth- Straßenambulanz und der University of Applied Sciences durchgeführte Studie zeigt deutlich, dass auch Menschen, die keine illegalisierten Drogen konsumieren und ‚nur‘ der Kategorie *wohnungslose Menschen, Menschen ohne Obdach* oder *Menschen in Wohnungsnot* zugeordnet werden, massiv verfrüht als gebrechlich bezeichnet werden können: 22% der untersuchten Patient:innen bereits im Durchschnittsalter von 48 Jahren (Speck et al., 2023).

Die Lage für pflegebedürftige Nutzer:innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe spitzt sich derweil zu einer Notlage zu. Als Mitarbeiter:innen des Feldes wollen wir zeigen, was das für betroffene Menschen bedeutet. Heinz* (Name geändert, Jg. 1970) hat uns einen Einblick in seine Lebensrealität ermöglicht und einer Veröffentlichung zugestimmt. Wir möchten anhand seiner konkreten Situation darstellen, wie strukturelle Ausschlüsse zusammenwirken. Die Vernachlässigung der Thematik zwingt pflegebedürftige Bewohner:innen in Notunterkünften dazu, in einer Situation zu überleben, die schon in der Beschreibung nur schwer zu fassen ist. Wir möchte daher die beeindruckenden Kompetenzen hervorheben, sich zu organisieren, selbst zu versorgen und auch in widrigsten Umständen noch Wege zu finden, den Alltag zu bestreiten.

Wir danken Heinz für seinen Beitrag, aus dem der folgende Bericht entstehen konnte.

Die Notschlafstelle, in der Heinz lebt, ist nur über Treppenstufen zugänglich. Um in den Aufenthaltsbereich zu kommen, müssen allein 40 Stufen bewältigt werden, zur Übernachtung sind es zusätzlich 26 Stufen. Das sind insgesamt 66 Stufen. Das Gebäude steht unter Denkmalschutz, weshalb ein barrierefreier Ausbau (z.B. ein Aufzug) nicht möglich ist. Das Personal hat keine pflegerische oder medizinische Ausbildung, kennt sich mit alters- und krankheitsbedingten Notfällen und Gebrechen nicht aus, sondern ist für Drogennotfälle ausgebildet. Würde Pflegepersonal eingestellt werden, könnte dieses nicht arbeiten, weil neben der baulichen Problematik grundsätzlich keine Pflegeausstattung (wie Betten, Rollstühle, Räume zur sterilen Wundversorgung, adäquate Bäder) vorhanden ist.

Heinz ist an beidseitiger *Ulcer crurum* erkrankt – also offenen Wunden an beiden Beinen, die nicht mehr verheilen. Menschen mit dieser Erkrankung erleben häufig, vor allem wenn sie als ‚süchtig‘ oder ‚obdachlos‘ kategorisiert werden, massive Beschämung und Stigmatisierung während der Behandlung. Die Wunden erfordern tägliche Pflege unter sterilen Bedingungen – diese kann in einer Notunterkunft nicht ansatzweise geleistet werden und geht selbst mit Schmerzen einher. Meist sind die betroffenen Menschen nicht hausärztlich angebunden, sondern über Notfallambulanzen versorgt. Wie im Forderungspapier von akzept e.V. und der IDH dargestellt, werden Drogenkonsument:innen als Patient:innen von Einrichtungen des Gesundheitswesens häufig abgewiesen. ‚Gerade was die komplexen Mehrfacherkrankungen betrifft, ist

die Versorgung als mangelhaft zu bezeichnen‘, ‚es dominiert eine reine Notfallversorgung‘, die Ursachen und Grunderkrankungen nicht ausreichend behandelt. Der Behandlungsgrundsatz „Ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V) verstärkt diese Problematik, da Drogenkonsument:innen und/ oder Menschen in Obdachlosigkeit ohne genesen zu sein, in Gemeinschafts- oder Notunterkünften entlassen werden. Dort ist es häufig nicht möglich, ambulante Behandlung auszuschöpfen und wirklich zu genesen. Anstatt zu Gesunden, reihen sich immer wieder nicht auskurierte Erkrankungen aneinander, die mit der Zeit großen Schaden anrichten.

Auch Heinz’s stationäre Behandlung wurde mehrfach abgebrochen oder viel zu früh beendet. Während eines Krankenhausaufenthalts wurde Heinz von einer pflegenden Person gesagt, sie versorge ihn nicht, wenn er so stinke. Die Behandlung selbst hat er erst nach langem Kampf durch Einrichtungsleitung und Sozialdienst bekommen. Deutschlandweit haben Kliniken ihn zunächst über mehrere Monate abgelehnt, was die Chancen auf Heilung weiter verringerte. Krankenhäuser stehen unter einem extremen Kostendruck, es gibt zu wenig Personal. Auch wenn versucht wird, Menschen mit speziellen Bedarfen gerecht zu werden, häufig fehlt schlicht die Zeit. Es braucht aber diese Zeit, um ein vertrauensvolles Behandlungssetting für Patient:innen zu gestalten, die durch die massiven Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen oft jegliches Vertrauen verloren haben.

Heinz kann gar nicht mehr aufstehen, geschweige denn laufen, er hat permanent sehr starke Schmerzen. Er hat inzwischen einen Rollstuhl, den er jedoch nicht über die Pflegeregelversorgung bekommen hat, sondern als Spende. Mit diesem kann er sich auf den Stockwerken und draußen ein wenig mobiler fortbewegen. Seine Beine muss er dabei stets angewinkelt am Körper halten, weil er die Füße vor Schmerzen nicht auf dem Rollstuhl abstellen kann. Er ist dabei darauf angewiesen, dass der Rollstuhl von einem Stockwerk in das andere getragen wird. Er selbst schafft es, sich die Treppen auf den Händen hoch und runterzubewegen. Das ist einerseits eine beeindruckende Leistung, bedeutet aber für Heinz jedes Mal einen unvorstellbaren Kraftakt. Die Wunden nässen und eitern, das Sekret tropft durch die Verbände hindurch. Um seine Substitutionsmedikamente zu erhalten und seine Wunden versorgen zu lassen, muss Heinz in das nebenan liegende Gebäude, d.h. alle Treppen selbstständig hinunter, den Rollstuhl heruntertragen lassen und im Anschluss wieder nach oben. Heinz ist zusätzlich stark unterernährt, auf einem Auge erblindet und ist an chronischer Hepatitis B und Hepatitis C Infektion erkrankt. Gegen die Schmerzen erhält er 800mg Ibuprofen pro Tag, d.h. also keine seinem Zustand angemessene Schmerztherapie. Der Versuch, ihn über ambulante Pflege zu versorgen, ist gescheitert. Diese kann aufgrund ihres hohen Arbeitsaufkommens nicht garantieren, zu einer bestimmten Uhrzeit zur Pflege zu kommen. Da Heinz aber darauf angewiesen ist, dass andere Nutzer:innen der Notunterkunft ihm den Rollstuhl auf das gewünschte Stockwerk tragen, kann es sein, dass er irgendwo im oder um das Haus festsitzt und der Pflegedienst ihn nicht antrifft.

Heinz ist während der Entstehung dieses Beitrags verstorben.

Nachdem sich sein Zustand immer weiter verschlechtert hatte, konnte er sich teils nicht mehr aus seinem Bett in den Rollstuhl bewegen. Während dieser Zeit haben andere Nutzer:innen stets versucht, sich wenigstens um eine minimale Grundversorgung zu kümmern. Da keine Krankenpflege, geschweige denn Palliativversorgung mög-

lich war, wurde mit ihm vereinbart, dass er ins Krankenhaus müsse, wenn er sich nicht mehr selbstständig fortbewegen könne. Die Konsequenz für Heinz war klar, er wird nicht in seinem gewohnten Umfeld sterben dürfen. Nachdem er mehrere Tage in Wundsekret und Ausscheidungen im Bett lag, fand er nochmal die Kraft, sich die 66 Stufen herunter bis zum Ausgang der Einrichtung zu bewegen. Für den Weg zurück nach oben, fehlte ihm die Kraft. Er hielt sich daraufhin (im Winter) einen Tag und eine Nacht im Garten vor der Einrichtung auf. Zunächst wollte er nochmal in die Einrichtung und nicht ins Krankenhaus, woraufhin er von der Polizei wieder vor die Einrichtung getragen wurde. Die Situation wurde für alle Beteiligten unerträglich. Ein hinzugezogener RTW hat trotz Heinz Zustand und obwohl er inzwischen bereit war, mitzufahren, den Transport ins Krankenhaus verweigert. Infolgedessen hielt er sich unmittelbar vor dem Eingang der Einrichtung auf. Mitarbeiter:innen der Einrichtung überprüften am Abend und in der Nacht stündlich seine Vitalwerte und riefen wiederholt die Rettung. Erst der zweite hinzugezogene RTW nahm Heinz mit in ein Krankenhaus. Dort wurde bei ihm neben den bereits geschilderten Diagnosen eine septische Pneumonie diagnostiziert. Er wurde im Krankenhaus auf die Intensivstation verlegt, wo er wenige Tage nach Einlieferung verstarb.

Heinz ist kein Einzelfall und das ist bekannt.

Unter dem Einfluss momentaner Krisen und einer sich zuspitzenden sozialen Lage, scheinen Menschen, die bereits in Prekarität leben, immer mehr aus dem Blick zu geraten. Als (Stadt-) Gesellschaft und Politik treffen wir eine Entscheidung, wenn wir diese Zustände erlauben.

Die Frankfurter Stadtpolitik reagiert bereits im Koalitionsvertrag 2021 zwischen den Parteien Grüne, SPD und Volt auf die Notlage und formuliert: „Für die medizinische, pflegerische und sozialarbeiterische Versorgung von älteren, chronifiziert drogenabhängigen, multimorbid erkrankten und pflegebedürftigen Menschen, die (noch) akut konsumieren, schaffen wir eine niedrighschwellige Modelleinrichtung mit Wohngruppen und einer Krankenstation zur medizinischen [sic!] Akutversorgung“ (Grüne, SPD, Volt, 2021: RdNr. 3273-3283).

Da also ein Handeln bereits 2021 politisch beschlossen, aber absolut nichts geschehen ist, muss es an dieser Stelle deutlich als politischer Wille ausgelegt werden, wenn diese Notlagen weiter ignoriert werden. Zwar müssen langfristig die Gesamtstrukturen adressiert werden, damit ein Regelsystem entsteht, das für alle Menschen der Stadt den Zugang zu einer qualitativen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung gewährleistet. Das heißt auch für von Armut oder Sucht betroffene Menschen.

Daher sei an dieser Stelle nochmals formuliert:

Es besteht dringender und unmittelbarer Handlungsbedarf, betroffene Menschen zu versorgen. Geschieht hier nichts, werden weiter und absehbar in großer Anzahl Menschen unter den beschriebenen Bedingungen leben und sterben.

Literatur

- Becker G, Friers M, Stöver H (2022). Forderungen für eine verbesserte medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von drogenkonsumierenden Menschen (Positionspapier), Frankfurt a.M.: Integrative Drogenhilfe e.V./Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.
- Grüne, SPD, FDP, Volt (2021). Ein neues Frankfurt gestalten. Koalitionsvertrag für Frankfurt 201-2026. Online im Internet: https://dynamic.faz.net/download/2021/Koalitionsvertrag_2021_2026.pdf [Stand 24.10.2022].
- Jamin D, Padberg C (2017). Versorgungsstrukturen am Beispiel Frankfurt am Main. In: Stöver, Heino/Jamin, Daniela/Padberg, Christina (Hg.): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe; Frankfurt a.M: Fachhochschulverlag 200-213.
- Speck C et al. (2023). Faho: frailty, vulnerability and ability to act amongst homeless people in Frankfurt; Frankfurt: Elisabeth-Straßenambulanz.

Drugchecking: Durchbruch in der Gesetzgebung - Bundesländer in der Umsetzungspflicht!

Nina Pritzens, Rüdiger Schmolke & Tibor Harrach

Status quo und Schaffung eines bundesweiten Rechtsrahmens für Drugchecking in Deutschland

Am 23.06.2023 löste die sich seit 2021 im Amt befindliche Bundesregierung eines ihrer drogenpolitischen Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein und implementierte einen neuen § 10b BtMG (www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/__10b.html). Dieser definiert einheitliche Erlaubniskriterien für Drugchecking-Projekte, die – sofern ein politischer Wille zur Schaffung von Angeboten besteht, von den Bundesländern in entsprechenden Verordnungen übernommen werden müssen (Bundesrat 2023a, Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2023). Diese betätigungsmittelrechtliche Änderung ist eine klare Willensbekundung des Gesetzgebers pro Drugchecking. Sie setzt die Bundesländer unter Druck, für Drugchecking-Angebote zu sorgen und bedeutet daher einen eindeutigen Fortschritt in der deutschen Drogenpolitik.

Die Länder sind jetzt gefragt, Drugchecking aktiv zu fördern. Zudem muss perspektivisch der nunmehr geschaffene, bundesweit geltende rechtliche Rahmen für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen, die dem BtMG oder dem NpSG unterstehen und deren Produktion und Vertrieb keiner staatlich vorgegebenen und kontrollierten Qualitätssicherung unterliegen, zum Zweck von Substanzanalysen künftig so ausgelegt werden, damit die gesundheitsfördernden Potenziale von Drugchecking bestmöglich ausgeschöpft werden können.

Das Land Bayern versuchte in der letzten Minute, auch dieses Gesetz zu kippen (Bundesrat, 2023b). Auch mehrere andere Länder werden wohl in absehbarer Zeit leider kein Drugchecking für sinnvoll und nötig oder politisch opportun erachten – analog zur Blockadehaltung einiger Unions-geführter Bundesländer bei der Errichtung von Drogenkonsumräumen.

Stand der Umsetzung von Drugchecking in Deutschland

Drugchecking wurde bereits Mitte der 1990er Jahre von der Berliner Szene-Initiative Eve & Rave umgesetzt, jedoch von den Strafverfolgungsbehörden gestoppt. Im gleichen Zeitraum entstanden Initiativen in den Niederlanden, der Schweiz und Öster-

reich, wo sich Drugchecking-Angebote seit Ende der 1990er Jahre verstetigen konnten. Seit der Jahrtausendwende kamen systematisch zahlreiche Angebote in West- und Südeuropa sowie in Australien und Neuseeland hinzu (Harrach/Schmolke, 2019). Angebliche rechtliche Unsicherheiten (s.u.) führten in den Jahren 2000 bis ca. 2010 zu geringen Realisierungschancen und Drugchecking-politischem Stillstand in Deutschland. Das Interesse zur Re-Implementierung von Drugchecking in Deutschland stieg aber nach 2010 v.a. durch regional agierende Initiativen wieder deutlich an.

2021 bot das Thüringer Modellprojekt Subcheck im Rahmen des Partyprojekts Drogerie der Suchthilfe in Thüringen (SiT/LeadiX, 2021) erstmals seit den 1990er Jahren eine Form von Drugchecking in Deutschland an. Nachdem das BfArM einen Antrag zur Durchführung von qualifiziertem Drugchecking gemäß § 3 BtMG abgelehnt hatte (Sweers, 2021; Schmolke/ Harrach et al., 2022), werden dabei für die Substanzenanalysen kolorimetrische Schnelltests mit nur beschränkter Aussagekraft verwendet, die nicht den analytischen Standards für qualifiziertes Drugchecking entsprechen (Harrach/Schmolke, 2018; TEDI, 2022). Anfang Juni 2023 ging das Berliner Drugchecking-Projekt, ein Kooperationsprojekt der Drogenhilfeträger Fixpunkt gGmbH, der Schwulenberatung Berlin und der vista gGmbH (<https://drugchecking.berlin>), in den Regelbetrieb – nach einer langen Phase rechtlicher Prüfungen, institutioneller Klärungen und eines Testbetriebs. Es verfügt über eine für die Durchführung eines qualifizierten Drugcheckings nötige instrumentelle Analytik. Diese ist beim Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (Germed) verortet, die als Landesbehörde gemäß § 4 Abs. 2 BtMG keiner Erlaubnis des BfArM zur Untersuchung von BtM bedarf. Die Rechtsgrundlage für das Berliner Projekt bildet ein Rechtsgutachten (Nestler, 2019), das von den beteiligten Berliner Senatsverwaltungen, Staatsanwaltschaft und Polizei anerkannt wurde.

Neben den bereits erwähnten und inzwischen realisierten Angeboten setzen sich durch Vernetzungs-, Konzeptions- und Lobbyarbeit Initiativen in mehreren anderen Bundesländern dafür ein, Drugchecking niedrigschwellig umzusetzen. Darunter sind einige Träger sogenannter “Partyprojekte”, die Drogenarbeit im Partysetting leisten und im SONICS Bundesverband für Safer Nightlife organisiert sind¹.

Das Projekt Legal-High-Inhaltsstoffe (<https://legal-high-inhaltsstoffe.de>) des Trägers Basis e.V. in Frankfurt/Main macht Käufer:innen sogenannter Legal Highs seit langem ein Test- und Beratungsangebot. Inzwischen ist es dabei auch möglich, Cannabis testen zu lassen, dem womöglich synthetische Cannabinoide zugesetzt wurden. Das Projekt verfügt aber weder über eine genügende rechtliche Absicherung, noch über genügende Kapazitäten, um regelmäßig illegal erworbene psychoaktive Substanzen zu testen. Nachdem auch hier ein Antrag gemäß § 3 Abs. 1 zur Durchführung eines wissenschaftlich begleiteten Drugchecking-Modellprojekts durch das BfArM abgelehnt wurde (Rippeghater, 2021; Schmolke/Harrach, 2022; Schmolke/Harrach et al., 2022), brachte die hessische Landesregierung ihren weiterhin vorhandenen Umsetzungswillen zu einem weitergehenden Drugchecking-Angebot bereits vor einigen Jahren zum Ausdruck. Sie scheiterte im Oktober 2020 mit einer im Bundesrat eingebrachten Gesetzesinitiative, die bereits eine Ermächtigung der Bundesländer zum Drugchecking vorsah (Bundesrat, 2020).

¹Siehe hierzu: www.sonics-netzwerk.net. Konkrete Drugchecking-Initiativen agierten im Sommer in Frankfurt am Main (Basis e.V. / Projekt Safe Party People), Leipzig (Suchtzentrum Leipzig gGmbH / Projekt DrugScouts), Stuttgart (Release e.V. / Projekt TAKE) und Hamburg (Vivid e.V.).

Ein Modellvorhaben in Frankfurt war bereits fertig konzipiert und dürfte schnell realisiert werden, wenn es gemäß der Gesetzesänderung auf Bundesebene zur Verabschiedung einer Landesverordnung kommt, die notwendigen formalen Hürden genommen und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Das vom Institut für Therapieforchung in München als Teil des europäischen Early Warning System (EWS) umgesetzte Projekt NEWS hat die Erfassung von Substanztrends zum Schwerpunkt. Im Rahmen von NEWS können inzwischen in mehreren deutschen Städten Substanzproben zur Testung abgegeben werden, die vermutlich besonders gefährdende Substanzen bzw. Beimengungen enthalten. Die Entgegennahme und Weiterleitung der Proben erfolgt auf Grundlage einer nicht unumstrittenen Erlaubnis durch das BfArM nach § 3 Abs. 1 BtMG zum Erwerb und Abgabe von BtM (Schmolke/Harrach 2022, 92). Im Gegensatz zu den Projekten in Thüringen und Berlin sowie Legal-High-Inhaltsstoffe erfolgt bei NEWS jedoch weder eine individuelle Rückmeldung, noch ein individuelles Beratungsangebot an die Abgebenden. Beim NEWS-Testangebot handelt es sich daher um ein Monitoring- und kein Drugchecking-Angebot (Schmolke/Harrach et al. 2022, 15).

Aktuelle Rechtslage in Deutschland

Einschlägige Gerichtsentscheidungen und Rechtsgutachten legten bereits seit den 1990er Jahren dar, dass Drugchecking in Deutschland rechtssicher durchführbar ist (Harrach/Schmolke, 2019). Lokale und regionale Initiativen zur Initiierung von Drugchecking-Angeboten scheiterten jedoch regelmäßig an der – teilweise bewusst irreführend eingesetzten, teilweise aus fehlender Sachkenntnis hervorgegangenen Fehlannahme, Drugchecking sei unter bis dahin geltenden betäubungsmittelrechtlichen Bedingungen nicht rechtssicher durchführbar oder gar “verboten”².

Mit seiner Gesetzesänderung vom 23.06.2023 hat der Gesetzgeber einen Rechtsrahmen vorgegeben, in dem Drugchecking-Angebote eindeutig rechtssicher durchführbar sind.³ Gewillte Landesregierungen können nun gemäß § 10b BtMG Rechtsverordnungen erlassen und hiermit ihrerseits die notwendigen strukturellen

²Noch im Juni 2021 erklärte der Hessische Sozial- und Integrationsminister Kai Klose kontrafaktisch: „In Deutschland ist Drug-Checking bisher verboten. Deswegen setzt sich Hessen seit Jahren für neue Wege in der Drogenpolitik und für ein Drug-Checking Projekt ein“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2021).

³Dabei bestätigte der Gesetzgeber die von Nestler vertretene Rechtsauffassung, dass bei Drugchecking die erlaubnispflichtigen Tatbestände des Erwerbs und der Abgabe von BtM gem. § 3 Abs. 1 Nr. 1 BtMG sowie die strafbewehrten Tatbestände des unerlaubten Besitzes von BtM gem. § 29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG (durch Projektmitarbeiter*innen nach Entgegennahme der zu untersuchenden Substanzen) und das Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von BtM gem. § 29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG nicht einschlägig werden (vgl. Nestler 2019). Denn der Gesetzgeber kann nicht Landesregierungen dazu ermächtigen, Rechtsverordnungen zu erlassen, die einen Verstoß bestehender Normen legitimieren, ohne diese durch explizite Klarstellungen bzw. Schaffung von Ausnahmetatbeständen zu modifizieren. Bei der betäubungsmittelrechtlichen Regelung von Drugchecking hat der Gesetzgeber durch Beschluss des § 10b BtMG in diesem Sinne lediglich in § 31a, Absatz 1 BtMG einen Passus eingefügt, der bei Drugchecking-Nutzer*innen von Strafverfolgung abgesehen werden soll, wenn dabei unerlaubter Besitz von BtM nur in geringer Menge festgestellt wird. Eine solche faktischen Freistellung von strafrechtlichen Ermittlungen gegen die Nutzer*innen von Drugchecking hatte Nestler in seiner Ausführung angemahnt (ebd.). Bei der betäubungsmittelrechtlichen Implementierung von Drogenkonsumräumen durch Beschluss des § 10a BtMG hatte dies der Gesetzgeber hingegen seinerzeit dadurch vollzogen, dass eine entspr. Ergänzung durch Satz Nr. 11 in § 29 Abs. 1 BtMG eine Erlaubnis nach § 10a BtMG gleichzeitig dazu berechtigt, eine Gelegenheit zum Verbrauch von Betäubungsmitteln zu verschaffen, zu gewähren oder eine bestehende Gelegenheit zu einem solchen Verbrauch öffentlich mitzuteilen.

Rahmenbedingungen schaffen. In den Rechtsverordnungen ist laut Gesetz verbindlich festzulegen (Bundesrat, 2023a):

1. Das Vorhandensein einer zweckdienlichen und sachlichen Ausstattung.
2. Die Gewährleistung einer Aufklärung über die Risiken des Konsums von psychoaktiven Substanzen, einschließlich Beratungsleistungen zum Zweck der gesundheitlichen Risikominderung (sog. „qualifiziertes“ oder „integriertes“ Drugchecking).
3. Die Gewährleistung einer Vermittlung in weiterführende Angebote der Suchthilfe.
4. Eine geeignete Dokumentation der eingereichten Substanzen sowie für eine etwaige Evaluation.
5. Die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs.
6. Die Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Ordnung und Sicherheit zuständigen Behörden.
7. Die Sicherstellung des Einsatzes geeigneten Fachpersonals (Anzahl und Qualifizierung).
8. Das Vorhandensein einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der Anforderungen verantwortlich ist.

Die Bundesländer sollen zudem eine wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele Aufklärung und Gesundheitsschutz sicherstellen.

Weil im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens auch eine Passage gestrichen wurde, die Substanzanalysen in Drogenkonsumräumen bislang ausschloss, können künftige Drugchecking-Angebote auch in Drogenkonsumräumen stattfinden (s.u.). Ein Zusatz in § 31a BtMG soll zudem dazu führen, dass Strafverfolgungsbehörden regelhaft davon absehen, Nutzer:innen von Drugchecking-Angeboten zu belangen, die nur geringe Mengen an Betäubungsmitteln mit sich führen.

Die Änderung ermöglicht es den Bundesländern, Drugchecking umzusetzen. Sie verpflichtet sie aber zu nichts. Weil der Umgang mit vielen psychoaktiven Substanzen durch die Strafandrohungen im BtMG und (bedingt) im NpSG belegt ist, setzt die erfolgreiche Umsetzung von Drugchecking voraus, dass die Polizeien und Staatsanwaltschaften mit den Trägern der Angebote kooperieren und das Absehen von einer Strafverfolgung der Angebots-Nutzer:innen garantieren müssen, damit diese Drugchecking annehmen können. Ein solches abgestimmtes Vorgehen hat sich beim Betrieb von Drogenkonsumräumen seit mehr als zwei Jahrzehnten bewährt.

Der in einem Positionspapier von akzept e.V. und anderen Organisationen 2022 gemachte Gesetzesvorschlag sprach sich gegen die Ermächtigung der Bundesländer und für eine bundesweit einheitliche Regelung in § 4 BtMG (Ausnahme von der Erlaubnispflicht für Träger und Labore) aus, damit Drogengebraucher:innen in allen Regionen Deutschlands von DrugChecking profitieren könnten (Schmolke/Harrach et al., 2022). Zu befürchten ist nämlich u.a., dass die Landesbehörden zusätzliche

Anforderungen und Beschränkungen in die Landesverordnungen definieren, die einer erfolgreichen Umsetzung von Drugchecking entgegenstehen.

Drugchecking in Drogenkonsumräumen

In Deutschland unterliegen Substanzen wie Heroin und Kokain, die von Konsument:innen injiziert oder geraucht werden, starken Schwankungen im Wirkstoffgehalt. Dies ist sowohl im Vergleich unterschiedlicher Großstädte als auch innerhalb einzelner Großstädte feststellbar. Zudem enthalten illegal erworbene psychoaktive Substanzen eine Vielzahl von pharmakologisch wirksamen Streckmitteln und Begleitstoffen (Auwärter/Kempf, 2019a, 2019b; Klaus et al., 2020). Aus den sich aus Unkenntnis über den Wirkstoffgehalt ergebenden Fehl- bzw. Überdosierungen können lebensgefährliche Intoxikationen entstehen. Zudem wird vermehrt über das Auftauchen von hochpotenten synthetischen Opioiden wie Fentanyl und Benzimidazole in Europa berichtet (EMCDDA, 2022). Ein besonders hohes Risiko tragen dabei abhängige i. v. Drogengebraucher:innen, die über keine eigenen bzw. sicheren Rückzugs- und Konsumräume und über keine Ressourcen zu einer Vorratsbildung – Voraussetzung für die Teilnahme an stationären Drugchecking-Angeboten – für die von ihnen konsumierten Substanzen verfügen.

Neben niedrigschwelligen Kontaktläden sind Drogenkonsumräume ein seit vielen Jahren etabliertes Angebot der Überlebenshilfe und Schadensminimierung, in dessen Rahmen besonders gut Hochrisiko-Substanzgebraucher:innen erreicht werden, die aufgrund ihrer sozialen Situation, vielfältigen Vorerkrankungen und ihrer risikoreichen Konsummuster (intravenöser Konsum unterschiedlicher Substanzgruppen, kompulsiver Konsum) ein sehr hohes Mortalitätsrisiko aufweisen.

Die drogenpolitischen Debatten um die rechtliche Absicherung des Betriebs von Drogenkonsumräumen durch Einführung eines § 10a BtMG waren vor allem dadurch geprägt, dass Kritiker:innen fürchteten, diese entfaltet eine Attraktivität für jüngere Personen und sporadische Konsumierende, die dadurch Kontakt zu Personen der Drogenszene und weiteren Substanzen erhalten könnten. Dies ist nachweislich nicht der Fall – zumal Gelegenheits- und Erstkonsument:innen gar keinen Zugang zu Drogenkonsumräumen erhalten. Das bis 2023 bestehende Verbot von Substanzanalysen in Drogenkonsumräumen (§10a, Satz 4 BtMG) verwehrte jedoch der Zielgruppe mit dem höchsten gesundheitlichen Risiko systematisch den Zugang zu Drugchecking.

Die nun beschlossene Gesetzesänderung und Streichung des Satz 4 im §10a BtMG machte den Weg für die Implementierung von Drugchecking in Drogenkonsumräumen frei.

Durch ihre Bekanntheit und feste Verankerung der psychosozialen Unterstützungsangebote in der so genannten offenen Szene, den hohen Nutzungsraten durch Hochrisikokonsument:innen sowie die hohe Fachlichkeit der Einrichtungen bieten Drogenkonsumräume eine bedeutende Möglichkeit, auch hier das Potenzial von Drugchecking als Maßnahme der Schadensminderung zu nutzen. Drugchecking sollte daher in möglichst vielen Drogenkonsumräumen angeboten werden und muss mit einer angemessenen Aufstockung des Personal- und Sachkostenhaushalts der Drogenkonsumräume einhergehen.

Fazit und weitere notwendige drogenpolitische Schritte

Das Gesetz ist ein klarer Fortschritt und führt hoffentlich dazu, dass in allen Bundesländern überfällige Angebote entstehen. Die Gesetzesänderung nimmt auch politisch Verantwortliche in den Bundesländern, die bislang keine Aktivitäten zur Realisierung von Drugchecking-Angeboten unternommen haben, in die Verantwortung, Drugchecking als Maßnahme der Suchtprävention und Schadensminimierung – und in diesem Sinne als Gesundheitsangebot für alle Bürger:innen, umzusetzen.

Wo ideologische statt pragmatische, evidenzbasierte Drogenpolitik inszeniert wird, bleibt es in absehbarer Zeit dagegen beim Status quo: die Risiken der Prohibition werden auf die Substanzgebraucher:innen abgewälzt. Eine zeitnahe Implementierung deutschlandweit flächendeckender Drugchecking-Angebote, oder auch nur Angebote in allen deutschen Metropolregionen, wird durch die Gesetzesänderung allein allerdings vorerst ausbleiben. Der flächendeckende Ausbau qualitativ guter Drugchecking-Angebote hängt maßgeblich von der Strukturqualität verfügbarer Ressourcen, gelingender Kooperation und finanzieller Unterstützung ab. Um die Implementierung von Drugchecking zu erleichtern, sollten sich die von den Ländern zu verfassenden Rechtsverordnungen auf die vom Bund definierten Aspekte konzentrieren. Vertiefende inhaltliche Überlegungen sollten hingegen in abgestimmten Fachkonzepten dargestellt, regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Weil Nutzer:innen von Drogenkonsumräumen durch ihre typischerweise mit besonders hohen Risiken verbundenen Konsumformen und -mustern sowie auf Grund fehlender Ressourcen ein besonders hohes Gesundheits- und Sterberisiko im Zusammenhang mit Substanzgebrauch tragen, sollte ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung von Vor-Ort-Analysen und dazugehöriger Beratung in diesem Setting liegen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Verfügbarkeit einer Vielzahl synthetischer Substanzen (Opioide, Benzodiazepine, Gabapentioide), müssen hier zeitnah entsprechende Konzepte entwickelt und umgesetzt werden. Zusätzlich zu den bereits prädestinierten Trägern der Drogenhilfe (einschließlich sogenannter “Partyprojekte”) sollten dabei auch Träger der Jugendhilfe (z.B. Jugendarbeit, Streetwork) in Drugchecking mit eingebunden werden.

Auf der Grundlage des vom Bund vorgegebenen Rahmens könnten die Bundesländer und Kommunen durchaus für ein breit gefächertes und flächendeckendes Drugchecking-Angebot sorgen. Hierfür sollten sie auf die bereits vorhandene Vielfalt gemeinnütziger Anbieter:innen psychosozialer Dienstleistungen zurückgreifen, die bereits in die kommunalen Strukturen und Netzwerke eingebunden sind und unterschiedliche Gruppen von Gebrauch:r:innen illegalisierter Substanzen erreichen. In der Umsetzung sollten Landesverwaltungen und -regierungen daher dafür sorgen, dass Drugchecking-Angebote künftig in verschiedenen Einrichtungsformen etabliert werden (können) (Schmolke/Harrach et al., 2022):

- Anerkannte Suchtberatungs- oder Suchtpräventionsstellen
- Träger niedrigschwelliger Einrichtungen der Drogenarbeit (z.B. einer Kontaktstelle für Drogengebraucher:innen oder eines Drogenkonsumraums)
- Einrichtungen der Prävention und Beratung im Partysetting

- Anerkannte Träger der Jugendhilfe, wenn Erfahrungen und Qualifikationen im Drogen- und Suchtbereich bestehen.

Dies setzt selbstverständlich eine angemessene, systematisch eingeführte und nachhaltig verankerte finanzielle Förderung durch Kommunen und Länder voraus, die der Bund durch die Förderung von Modellprojekten und Begleitforschung ergänzen sollte (Schmolke, Harrach et al., 2022). Nur eine systematische Förderung erlaubt Trägern von Drugchecking-Angeboten auch die ausreichende Qualifizierung und die intensive Zusammenarbeit mit einem für Substanzenanalysen qualifizierten Labor.

Vor dem Hintergrund einer steigenden Vielfalt an verfügbaren illegalen psychoaktiven Substanzen und einer zunehmenden Mortalität bei Drogengebraucher:innen ist es generell an der Zeit, antagonistische drogenpolitische Grundverständnisse zu überwinden und effektive Ansätze der Schadensminimierung in den Bundesländern umzusetzen. Daher sind auch die zuvor beschriebenen grundsätzlichen betäubungsmittelrechtlichen Deregulierungen und regulierte Bezugsmöglichkeiten bislang illegalisierter, jedoch verbreiteter psychoaktiver Substanzen und deren wissenschaftlich abgesicherte Risikobewertung, drängender denn je.

Literatur

- Auwärter V, Kempf J (2019a). Daten aus dem Substanzmonitoring in einem Berliner Drogenkonsumraum im Jahr 2019 im Rahmen des Forschungsprojekts DRUSEC
- Auwärter V, Kempf J (2019b). Substanzmonitoring in Drogenkonsumräumen sowie offenen Szenen in Nürnberg und München. Mainz: Deutscher Suchtkongress 2019. https://www.researchgate.net/publication/335783295_Substanzmonitoring_in_Drogenkonsumraumen_sowie_offenen_Szenen_in_Nurnberg_und_Munchen [aufgerufen am 25.08.2023]
- Bundesrat (2020). Drucksache 643/20. Gesetzesantrag des Landes Hessen. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0601-0700/643-20.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [aufgerufen am 25.08.2023]
- Bundesrat (2023a). Drucksache 288/23. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG), S. 16ff.; www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/288-23.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [aufgerufen am 25.08.2023]
- Bundesrat (2023b). Drucksache 288/1/23. Antrag des Freistaates Bayern. Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG); www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2023/0201-0300/288-1-23.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [aufgerufen am 25.08.2023]
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2023). Drug-Checking im Bundestag beschlossen. Pressemitteilung vom 23.06.2023. www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/drug-checking-im-bundestag-beschlossen/ [aufgerufen am 25.08.2023]

- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2022). New psychoactive substances: 25 years of early warning and response in Europe. An update from the EU Early Warning System (June 2022). Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/14637/2022218_PDF_TD0522113ENN_002.pdf [aufgerufen am 13.09.2023]
- Harrach T, Schmolke R (2018). Qualifiziertes Drugchecking. Wiedereinführung eines dringend benötigten Instruments der Schadensminimierung und Prävention. In: 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, 28-35. <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2018/06/akzeptADSB2018web.pdf> [aufgerufen am 25.08.2023]
- Harrach T, Schmolke R (2019). „Das Gute daran: Es könnte Leben retten.“ Drugchecking-Politik in Deutschland. In: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hrsg.): Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring. Fachhochschulverlag
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2021): Prävention: Internationaler Tag gegen Drogenmissbrauch. Pressemitteilung vom 25.06.2021. <https://soziales.hessen.de/Presse/Internationaler-Tag-gegen-Drogenmissbrauch> [aufgerufen am 11.09.2023]
- Klaus L, Kempf J, Auwärter V, Werse B (2020). Substanzmonitoring – eine neue Maßnahme zur Schadensminderung. Drogenkurier, 121, 3-5). https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2020/02/Drogenkurier-1_2020.pdf [aufgerufen am 25.08.2023]
- Nestler, C. (2019): Zulässigkeit und rechtliche Rahmenbedingungen von Drug-Checking unter dem Betäubungsmittelgesetz. In: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hrsg.): Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag
- Rippeghather J. (2021). Hessens langer Weg zum Drug Checking. Frankfurter Rundschau, 26.07.2021. www.fr.de/rhein-main/landespolitik/hessens-langer-weg-zum-drug-checking-90884796.html [aufgerufen am 13.09.2023]
- Schmolke R, Harrach T (2022). Drug-Checking. In: 9. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2022, 88-95. <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2022/11/akzeptADSB2022komplett.pdf> [aufgerufen am 25.08.2023]
- Schmolke R, Harrach T, Werse B, Steinmetz F, Köthner U, Pritzens N, Schäffer D, Tögel-Lins K (2022). Positionspapier: Drug-Checking. Regulierungs- und Förderbedarfe. Herausgegeben von Akzept e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik & Deutsche Aidshilfe e.V. www.akzept.eu/wp-content/uploads/2022/10/PositionspapierDrugChecking2022.pdf [aufgerufen am 25.08.2023]
- SiT/LeadiX (Hrsg.) (2021). Thüringer Modellprojekt: Mobiles Drug-Checking als Kooperationsangebot von SubCheck (SiT) und miraculix (LeadiX). Pressemappe vom 14.10.2021. https://drogerie-projekt.de/fileadmin/user_upload/Drug-Checking_Thueringen_Pressemappe_14.10.2021.pdf [aufgerufen am 25.08.2023]
- Sweers H (2021). Langfristig brauchen wir flächendeckende Drug-Checking Angebote. magazin.hiv, 14.08.2021. <https://magazin.hiv/magazin/drug-checking-thueringen-interview> [aufgerufen am 13.09.2023]
- TEDI (Trans European Drugchecking and Information System) (2022). TEDI Guidelines. Drug Checking Methodology. https://www.tedinetwork.org/wp-content/uploads/2022/03/TEDI_Guidelines_final.pdf [aufgerufen am 25.08.2023]

Zeitenwende - Überlebenssicherung und soziale Teilhabe für alle erfordert eine systemische, sektorenübergreifende Politikformulierung und eine diskriminierungsfreie Politikausgestaltung!¹

Ad-hoc-Gruppe - Stefanie Gellert-Beckmann, Melanie Bildesheim & Martina Tranel

Im Mai 2023 fanden einige wichtige Konferenzen bzw. Kongresse mit einer hohen inhaltlichen Relevanz für Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen, die von Behinderung wesentlich betroffen oder bedroht sind, statt. Zu nennen sind hier die 65. Konferenz der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen „Inklusive Gesundheit und Pflege“², der 14. Internationale Kongress „Zeitenwende – auch in der Drogenpolitik!“ von akzept e. V.³ und der 44. fdr+sucht+kongress „Einmal Stigma – immer Stigma“ des FDR e. V.⁴.

Die Bad Nauheimer Erklärung der Beauftragten von Bund und Ländern für Menschen mit Behinderungen geht auf bislang nicht eingelöste Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ein und zeigt dringende sektorenübergreifende Verbesserungsbedarfe einer diskriminierungsfreien Daseinsvorsorge für Menschen mit Behinderung auf.

Dem Appell des Drogenbeauftragten der Bundesregierung an die Sucht- und Drogenhilfe anlässlich der beiden o.g. Fachkongresse: „Viele Themen sind zu bewegen – legen Sie los!“ kommt die Ad-hoc-Gruppe mit diesem offenen Brief nach.

UN-BRK – für ALLE Menschen mit Behinderungen

Wir möchten das Augenmerk ebenfalls auf die UN-BRK als maßgebliche Schnittstelle der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen und des Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen lenken und die vieldimensionale gesellschaftliche Diskriminierung von Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen thematisieren. Obwohl es sich um eine besonders vulnerable Teilgruppe des von der UN-BRK adressierten Personen-

¹Diese Problemanzeige wurde im Juli 2023 als Offener Brief versandt u.a. an die Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen und für die Belange von Menschen mit Behinderungen

²Bad Nauheimer Erklärung „Inklusive Gesundheit und Pflege“ https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/20230516_Erklaerung_Bad_Nauheim.html (Zugriff 08.06.2023)

³akzept e. V. ist der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e. V..

⁴Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.

kreises der Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen handelt, wird die Situation der Betroffenen bis dato kaum im Kontext der Konvention betrachtet.

Dabei sind die Betroffenen, deren Angehörige, die Selbsthilfe und die Mitarbeitenden der professionellen Suchthilfe im Alltag vielfältig mit Stigmatisierung und Ableismus und deren Wechselwirkung auf die Ausprägung der Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit im Sinne der WHO konfrontiert.

Die erneut gestiegene Zahl verstorbener Drogengebraucher:innen in 2022 ist aus unserer Sicht auch auf ein diesbezügliches Versagen von Gesellschaft und Politik zurückzuführen. Rund ein Drittel der konsumbedingten Todesfälle betrifft Konsument:innen von Opiaten und Opioiden⁵.

Harm Reduction ja – soziale Teilhabe nein?

Am Beispiel Opioidabhängiger wird deutlich, dass die für ausnahmslos alle Menschen gültigen Menschenrechte vielfach keine Anwendung finden und staatliche Diskriminierungen fortgeschrieben werden. So erfahren z. B. Personen mit schweren Opioidkonsumstörungen, deren Wunsch und Bedarf bzgl. der Verwirklichung (psycho-sozialer) Gesundheit und sozialer Teilhabe durch die suchthilfespezifische Leistung „Psychosoziale Betreuung für Substituierte (PSB)“ gedeckt werden soll, in einigen Kommunen bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes neue schwere Diskriminierungen. In diesen Fällen wird eine erforderliche und im Vertragsrecht des SGB IX umsetzbare flexible Handhabung der Rechtsnormen (z. B. bei der Ermöglichung eines niederschweligen Leistungszugangs incl. der Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfeleistungen) verwehrt mit der Folge, dass (über-)lebenswichtige Hilfeleistungen wegbrechen und Versorgungslücken noch größer werden⁶.

Diskriminierungsfreie Gesundheit und Teilhabe

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass die in Artikel 5 der UN-BRK dargestellten Prinzipien Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung im Hinblick auf die Situation von Menschen mit Opioid- und anderen schweren Konsumstörungen nur wenig bis keine explizite Berücksichtigung erfahren, obwohl das Diskriminierungsverbot die rechtliche und tatsächliche Diskriminierung in sämtlichen von der öffentlichen Hand geregelten und geschützten Bereichen umfasst. Die Diskriminierungen der Betroffenen beziehen sich auf alle Lebensfelder wie Gesundheit, Finanzen, Justiz, Wohnen, System der sozialen Hilfen, berufliche und soziale Teilhabe. Es drängt sich der Eindruck auf, dass dieser Personenkreis von staatlichen Stellen nicht mit der UN-BRK assoziiert wird und daher trotz Rechtsverpflichtung keine aktiven Bemühungen vorgenommen werden, diese Situation zu verändern.

⁵STATISTA <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/> (Zugriff: 08.06.2023)

⁶Gellert-Beckmann: Überlegungen zur psycho-sozialen Betreuung für substituierte opioidabhängige Menschen im Kontext der UN-BRK und des BTHG – Personenzentrierte Verfahren und Zielvereinbarungen gemäß Kapitel 8 SGB IX; Beitrag E1-2022 unter www.reha-recht.de; 09.08.2022. (Zugriff: 08.06.2023)

Systemische, sektoren- bzw. ressortübergreifende Politik und Daseinsvorsorge

An dieser Stelle setzt unsere Forderung an: Auch Menschen mit Substanzgebrauchsstörung müssen systematisch von allen relevanten staatlichen Institutionen sowie sonstigen staatlich finanzierten und gesteuerten Einrichtungen und Leistungen im Hinblick auf die Vorgaben der UN-BRK berücksichtigt werden. Hierzu sind besondere Anstrengungen erforderlich, die von der Erfassung der spezifischen Diskriminierungen in den einzelnen gesellschaftlichen Feldern über die Aufklärung und Schulung sämtlicher Akteur:innen bis zum verbindlichen Monitoring der Rechtsdurchsetzung reichen.

Durch die von beiden mit diesem offenen Brief adressierten Beauftragten der Bundesregierung gemeinsam forcierte Fokuserweiterung der UN-BRK auf Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen wird die Überwindung der Versäulung der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche und eine Vernetzung der Politik für Menschen mit Substanzkonsumstörungen und für Menschen mit Behinderungen auf höchster politischer Ebene weiter vorangetrieben. Der ebenfalls erforderliche vielschichtige Prozess des Abbaus von Stigmatisierung der Betroffenen wird im Rahmen der Aufklärungsarbeit und der Implementierung der ersten Strukturen implizit angestoßen. Alle Bemühungen müssen auch auf der Ebene der Länder und Kommunen Fortführung finden.

Fazit

Inklusion darf sich nicht nur auf die Gruppen der Menschen mit körperlichen, geistigen oder (anderen) seelischen Behinderungen beziehen, die mit diesem Gesellschaftsthema bis dato primär in Verbindung gebracht werden. Die zielgerichtete Umsetzung der Konvention ist auch auf den Personenkreis der Menschen mit Substanzgebrauchsstörung oder Verhaltenssüchten auszurichten.

Die staatlichen Verpflichtungen zur Gewährleistung von gleichberechtigter, diskriminierungsfreier Daseinsvorsorge im Sinne eines menschenrechtsbasierten Ansatzes ist unbedingt ernst zu nehmen, um Gesundheit und Teilhabe für alle zu gewährleisten.

Die unterzeichnenden Verbände sind gern bereit zur Unterstützung weiterer Schritte zur Umsetzung dieses übergreifenden Anliegens.

Diese Problemanzeige wird von den Fachverbänden akzept e. V. und DG SAS e. V. verantwortet:

Stefanie Gellert-Beckmann

akzept e. V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit & humane Drogenpolitik,

Martina Tranel

DG SAS - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention e. V.

Folgende Träger der Sucht- und Drogenhilfe unterstützen den offenen Brief:

Anneke Groth
vista, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit GmbH
Antje Matthiesen
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.
Kristin Leicht
FrauSuchtZukunft e. V.
Willehad Rensmann
aidshilfe dortmund e. V.
Michael Harbaum
Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.
Gabi Becker
Integrative Drogenhilfe e. V.
Nele Gilch & Norbert Wittmann
Mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V.
Anabela Dias De Oliveira & Kerstin Camacho Take
Projekt LÜSA VFWD e.V.
Stefanie Gellert-Beckmann
Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V.

Positionspapiere



3

Positionspapier zur (geplanten) Reform des Maßregelvollzugsgesetzes zur Unterbringung gem. §64 StGB für die Behandlung von drug use disorders in Deutschland

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Hintergrund

Die Bund-Länder-AG zur Prüfung des Novellierungsbedarf des Maßregelvollzugs hat in ihrem Bericht vom 20. November 2021 festgestellt, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der nach § 64 StGB in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Suchtkranken, hauptsächlich Opioidabhängigen, gibt: von 1.373 (1995) auf mittlerweile 5.280 Personen (2020). Die zwangsweisen Behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen haben immer mehr zugenommen.

Es wird in dem Bericht aber nicht die Wirksamkeit der Therapie untersucht, sondern vorgeschlagen, die Maßregel auf die *„tatsächlich behandlungsbedürftten Personen zu konzentrieren“* [und darunter werden die *„Therapiebereiten“* gezählt, ohne diesen Terminus zu definieren], um einem „Missbrauch“ der Maßregel zu begegnen (um *„die Milderung einer hohen Freiheitsstrafe“* und eine vorzeitige Entlassung zu erreichen). Warum in der Maßregel nach wie vor kaum eine suchtmmedizinisch indizierte, medikamentengestützte Behandlung stattfindet, wird indes nicht thematisiert, obwohl gerade in psychiatrischen Kliniken die fachlichen Standards der Behandlung einer Opioidabhängigkeit gelten müssten und die Zuständigkeit für den Maßregelvollzug nicht bei den Justiz-, sondern bei den Gesundheits- und Sozialministerien liegt. Gesetzesinitiativen der Regierungskoalition und der CDU/CSU zur Reform des Maßregelvollzugs liegen vor, gehen aber in die falsche Richtung.

1. Im fachwissenschaftlichen Diskurs zum Maßregelvollzug der letzten Jahre wird deutlich, dass es zwar eine Hinterfragung des im Gesetz noch immer benutzen Terminus des *„Hangs, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“* gibt, aber dennoch von einer Wirksamkeit dieser Behandlungsform ausgegangen wird, die zur Reduktion des „Risikos erneuter Straftaten“ von 30% führe, ohne in Frage zu stellen, dass der fortgesetzte Konsum von psychoaktiven Substanzen (und damit der Verstoß gegen §29 BtMG) und die damit verbundene Beschaffungskriminalität erst zur Inhaftierung führen.

2. Die weitgehend intern geführte Debatte unterstellt, dass eine zwangsweise durchgeführte Behandlung ebenso erfolgreich sei wie die freiwillige, dass dennoch die außerhalb des Straf- und Maßregelvollzugs anerkannte und weitgehend angewendete medikamentengestützte Behandlung mit Methadon, Buprenorphin oder anderen Substanzen intramural kaum umgesetzt werden könne und dass angewendete psychotherapeutische Methoden lediglich bei „therapieresistenten“ Klienten mit „dissozialer Persönlichkeitsstruktur“ scheitern.
3. Weder die verfasste Ärzteschaft (Bundesärztekammer), noch Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) oder die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), noch die zuständigen Gesundheitsministerien der Länder haben angemessene Vorschläge zur Reform des Maßregelvollzugs vorgelegt.
4. Eine Reform der „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB) muss in Hinblick auf die Einhaltung medizinethischer Prinzipien, die auch von der Fachgesellschaft der Psychiater und Psychotherapeuten (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) beachtet werden müssen, insbesondere den Respekt vor der Autonomie des Patienten in den Mittelpunkt stellen. Das sehen auch höchstrichterliche Urteile (BVerfG) so.
5. Die Reformvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuch vom November 2021, sowie die darauf basierenden Gesetzentwürfe der Fraktion der CDU/CSU zum „Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 10. Mai 2022 und der Regierungsentwurf (SPD, Bündnis90/Grüne, FDP) für ein „Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ vom 22.12.2022 werden dem fachwissenschaftlichen Behandlungsanliegen nicht gerecht, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person innerhalb der vorgesehenen Frist zu lindern und „die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen“. Sie zielen weitgehend nur darauf ab, die Unterbringung wieder stärker auf wirklich behandlungsbedürftige und -fähige Täterinnen und Täter zu fokussieren (obwohl eine solche Prognose nicht zu erstellen ist) und so zur Entlastung der „Entziehungsanstalten“ – zumindest im Sinne eines Abbremsens des langjährigen Anstiegs der Unterbringungszahlen - beizutragen.
6. Der Maßregelvollzug nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) betrifft zu großen Teilen Personengruppen, die in vielerlei Hinsicht bereits am Rande der Gesellschaft leben und von vielfältigen persönlichen Problemlagen betroffen sind. Das Strafrecht trifft auf Lebenswelten, die, neben der besonderen Belastung durch massiven Substanzmissbrauch, von Arbeitslosigkeit, Überschuldung sowie psychischen Beeinträchtigungen geprägt sind. Angesichts dieser

Ausgangssituation ist eine primär strafrechtliche Logik und Perspektive nicht gerechtfertigt

7. Der Zwangscharakter von Therapien im Maßregelvollzug muss kritisch gesehen werden, da die selbstständige Entscheidung für eine Therapie als wichtige Voraussetzung für deren Erfolg zu sehen ist. Außerdem lässt sich der Widerspruch zwischen vertrauensvoller therapeutischer Beziehung und auf Kontrolle basierender Sicherungsaufgabe im Behandlungsvollzug nicht einfach auflösen.
8. Die bisherigen Reformideen ändern an der Zweiklassenstruktur der Suchttherapie – im Maßregelvollzug einerseits und im allgemeinen Strafvollzug andererseits – nichts Grundsätzliches und verschieben lediglich die Belastungen.
9. Die Behandlung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und den forensisch psychiatrischen Ambulanzen ist Teil des Versorgungsangebots für psychisch Kranke. Die in den Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB der interdisziplinäre Task-Force der DGPPN von 2017 festgelegten Behandlungskonzepte - Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation, einschließlich einer medikamenten-gestützten Opioidsubstitutionsbehandlung, sowie Arbeit/Beschäftigung, soziale Kontakte und Beziehung – müssen ausgerichtet sein nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung von Opioidabhängigen von zuletzt 2017. Diese Kliniken sollen zukünftig nicht weiter als „Entziehungsanstalten“, sondern „Forensische Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen“ bezeichnet werden.
10. Die Nutzung aller zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsoptionen (auch in Haftanstalten!) ist notwendig.
11. Das Positionspapier „Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB“ im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. vom 1. März 2022 fasst die entscheidende Forderung wie folgt zusammen:
In der Vergangenheit gab es vielfältige Bemühungen, den jeweiligen Vollzug der beiden Maßregeln (der psychiatrischen nach § 63 StGB und der Entziehungsmaßregel nach § 64 StGB) zu reformieren. Diese Vorhaben sind gescheitert. Die DGSP setzt sich dafür ein, sie ganz abzuschaffen. akzept e.V. unterstützt diese Forderung.
12. Die Gesundheitsversorgung aller Personen, die sich künftig im Freiheits-(Straf-)Vollzug befinden, soll nicht mehr von der Justiz verantwortet, organisiert und finanziert werden, sondern von den Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit soll die Fachaufsicht haben. Die gesundheitliche Versorgung soll von Ärzt:innen und von sonstigen Gesundheitsdiensten und Einrichtungen am Ort der Vollzugseinrichtung übernommen werden. Dies gilt für die somatische wie für die psychosoziale

Versorgung. In den forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen ist die fachliche Betreuung zu gewährleisten (durch psychiatrisches, und psychotherapeutisches Fachpersonal).

13. Die Behandlung von suchtkranken Straftäter:innen, die schwere Straftaten, – insbesondere Gewaltdelikte und sonstige schwere Straftaten begangen haben unter dem Einfluss und der Beeinträchtigung von bzw. durch den Konsum psychoaktiver Substanzen – soll in forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen stattfinden, mit dem Ziel der Reduzierung der mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen einhergehenden psychischen und sozialen Probleme, insbesondere der Gefährdung Dritter.
14. Es muss eine konsequente Entkriminalisierung des Besitzes, Erwerbs und Konsums noch illegalisierter psychoaktiver Substanzen stattfinden. Der Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln nach dem geltenden BtMG soll keine Grundlage der Bestrafung und einer damit verbundenen Unterbringung in einer Behandlungseinrichtung mehr sein.

Bonn, Januar 2023

Literatur

- Akzept e.V. (Hg). Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll
- Arbeitsgruppe Sanktionenrecht der Friedrich Ebert Stiftung (2022). §64 StGB zu reformieren reicht nicht. Plädoyer für ein Gesamtkonzept Suchtbehandlung im Strafvollzug. Online: <https://www.fes.de/themenportal-die-welt-gerecht-gestalten/klimawandel-energie-und-umwelt/artikel-in-klimawandel-energie-und-umwelt-1/64-stgb-zu-reformieren-reicht-nicht-plaedoyer-fuer-ein-gesamtkonzept-suchtbehandlung-im-strafvollzug>
- Bundesärztekammer (eds.) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger, 2017
- Funke W, Kuhlmann T, Backmund M, et al. Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen in der medizinischen Rehabilitation: Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft. Suchttherapie 2020; 21: 39–42. doi:10.1055/a-1080-7448
- Gesetzentwurf des Bundesministeriums der Justiz Entwurf eines Gesetzes zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt vom 22.12.2022 BMJ | Aktuelle Gesetzgebungsverfahren | Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
- Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften. Drucksache 20/1723 vom 10. Mai 2022
- Hampel Th: Substitution und medizinische Reha; In: KONTUREN 25.April 2022 Substitution und medizinische Reha – KONTUREN

- Hartel Ch. Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät II (Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft) der Universität Regensburg 2012
- Heilmann M, Scherbaum N. Zur Bedeutung ergänzender medikamentöser Strategien im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2015; 9: 18–28. doi:10.1007/s11757-014-0298-8
- Hoffmann K, Michel M, Müller F-S; et al. Medikamentöse Substitutionsbehandlung in der Entziehungsanstalt (§64 StGB) - Aktuelle Stellungnahme aus Baden-Württemberg in *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 2017; 24 (1): 47-52.
- Kemper A. Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt zwischen Fehleinweisung und Fehlkonstruktion Analyse des § 64 StGB in der nordrhein-westfälischen Praxis. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bremen 2009.
- Müller J. Ansätze zur Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* | Ausgabe 3/2019
- Müller J. Replik zur Debatte um die Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* (2021) 15:284–287 <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00665-w>
- Müller J, Koller M (Hg.) (2020) Reformansätze zur Unterbringung nach § 64 StGB *R&P* (2020) 38: 253–254
- Müller J et.al. (2017): Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB; In: *Nervenarzt* 2017 · 88 (Suppl 1):S1–S29 DOI 10.1007/s00115-017-0382-3 Online publiziert: 3. August 2017
- Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB Organisationale, empirische und rechtspolitische Argumente für eine Änderung des Sanktionenrechts Ein Positionspapier im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. Einbeck / Bielefeld / Münster 1. März 2022
- Pollähne H; „Entziehungsanstalten“ zur Disposition gestellt: Vom Scheitern des Maßregelvollzuges in der Suchttherapie in akzept e.V. Bundesverband (eds.) 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021; 112-117. Lengerich/Westfalen: Pabst Science Publishers, 2021
- Positionspapier zur Neuregelung des § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht – Positionspapier einer Task Force der DGPPN vom 24.02.2021
- Querengässer und Berthold (2022): Skizze eines neuen § 64 StGB – Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. In: *KriPoz* 3; S.168 ff.
- Querengässer J. Entziehungsanstalten am Limit – Normaler Evolutionsprozess oder drohender Kollaps? in *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 2020; (1), 28-43.
- Seibold V. Prädiktoren für Therapieerfolg bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm 2015
- Soyka M, Steinböck H. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2022; a-1669-9033. doi:10.1055/a-1669-9033
- Schalast N. Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2009; 3: 294–301. doi:10.1007/s11757-009-0017-z
- Schalast N. Zur Debatte um die Reform der gesetzlichen Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* (2021) 15:179–187

- Stöver H. Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie* 2016; 17: 124–130. doi:10.1055/s-0042-111460 <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00652-1>
- Stöver H, Deimel D, Dichtl A. Der Prozess der Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland. Implikationen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung. *RPsych* 2021; 7: 489–514. doi:10.5771/2365-1083-2021-4-489
- Stöver H, Keppler K; Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? in *Suchtmedizin* 2021; 23(2): 59-66.
- Stübner S. § 64 StGB aus Sicht des Maßregelvollzugs. Vortrag bei den Gefängnismedizin-Tagen, Dezember 2022
- Völlm B, Cerci D; Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review in *Suchtmedizin* 2021; 23(2): 90-98
- UNODC/UNAIDS. *Compulsary Drug Treatment and Rehabilitation in East and South Asia*, Geneva 2022

Forderungen für eine verbesserte medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von drogenkonsumierenden Menschen

Gabi Becker, Marion Fries & Heino Stöver

Ausgangslage

Der Anteil der älteren polyvalenten Drogengebraucher:innen steigt seit einigen Jahren stetig an.¹ 2017 gingen in Deutschland die Schätzungen davon aus, dass etwa 40.000 Personen mit problematischem Opiat- und Opiodkonsum 40 Jahre und älter sind.² Für die nächsten Jahre wird eine Verdopplung prognostiziert.³ Bei den Klient:innen der Integrativen Drogenhilfe e.V. (idh) in Frankfurt lag das Durchschnittsalter 2021 bspw. mit 47,2 Jahren oberhalb des durchschnittlichen Alters der hessischen Opiat-User:innen. Im Grunde sollte das noch kein Alter sein, in dem die pflegerische Versorgung ein Thema ist. Bei Menschen, die polyvalent/polytoxikoman drogenabhängig sind, ist das anders, ihre Lebensweise führt zu einer Voralterung. Drogenkonsument:innen leiden etwa 20 Jahre früher an chronischen Erkrankungen und Invalidität. Hinzu kommen häufig psychosoziale Problemlagen und neurokognitive Defizite, die sich deutlich früher einstellen.⁴

Der langjährige Konsum illegaler Drogen begünstigt gesundheitliche Risiken. Dabei ist das erhöhte Gesundheitsrisiko nicht nur auf den Konsum selbst oder risikoreiche Konsummethode zurückzuführen, sondern steht in Zusammenhang mit der prekären Lebenssituation von Drogenkonsument*innen. Armut, Wohnungslosigkeit, Stigmatisierung und soziale Isolation, Kriminalisierung, Strafverfolgung und Gefängnisaufenthalte prägen den Lebensalltag.⁵

1Christina Padberg, Heino Stöver: Better Treatment for Ageing Drug Users. Strategien und Methoden für die bedürfnisgerechte Versorgung alternder Drogenkonsumierender in Deutschland. Frankfurt 2018. Vgl. dazu auch EMCDDA(2010) Treatment and Care für older drug users. Lisbon

2Unter problematischem Konsum wird nach internationalen Standards dann gesprochen, wenn der Konsum die eigene Gesundheit oder die anderer Personen gefährdet wird.

3Vgl. Christina Padberg, Heino Stöver: Strategien und Methoden für die bedürfnisgerechte Versorgung alternder Drogenkonsumierender in Deutschland. ISFF – Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Allied Sciences. Dazu auch: Peter Schiffer, Ältere Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung. In: Tanja Hoff, Ulrike Kuhn, Sikle Kuhn und Michael Isfort (HG.), Sucht im Alter - Maßnahmen und Konzepte für die Pflege. Berlin, Heidelberg 2017, S. 67-75.

4Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Marcus Herdener, Johannes Strasser, Marc Vogle, Medizinisch und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In: Inrgard Vogt (Hrsg.), Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger, Frankfurt 2011 S. 93-136.

5Katrin Helm, Ältere Drogenkonsument*innen in der stationären Versorgung. In: Heino Stöver, Daniela Jamin, Christina Padberg (Hrsg.), Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe, Frankfurt 2017

Bisher spielte das Thema Alter und Sucht eine untergeordnete Rolle in der Suchthilfe. Das hat sich inzwischen geändert. Heute ist die Suchthilfe in ihrer täglichen Arbeit damit konfrontiert mit Drogenkonsument:innen und deren Pflegebedarf umzugehen.

Dass das Thema „Versorgung älterer Drogenkonsument:innen“ bei der Suchthilfe heute auf der Agenda steht, ist ein Erfolg. Es zeigt, dass die niedrigschwelligen schadensminimierenden Drogenhilfeangebote (Notschlafstellen, Konsumräume, Spritzen-tausch, Interventionen in Safer Use und Safer Sex,) und die Substitutionsbehandlung entscheidend dazu beitragen, die Lebenserwartungen drogenkonsumierender Menschen zu steigern. Das sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Mortali-tätsrate noch immer hoch ist.⁶

Bestehende Angebote der Schadensminimierung sind unbedingt weiter aufrecht zu erhalten, dem Bedarf anzupassen und vor allem auszubauen. Hinzu kommt aber, dass Suchthilfeorganisationen – und damit auch die politischen Institutionen - sich darauf vorbereiten müssen, ihre Angebote auch auf die Versorgung älterer Drogen-konsument:innen auszurichten. Neben den älteren Drogenkonsument:innen trifft im Übrigen auch für jüngere pflegebedürftige Menschen oder auf Menschen mit Behin-derungen zu, die Drogen konsumieren. Es ist deshalb an der Zeit, dass das Thema Drogenkonsum und Pflege auf allen politischen Ebenen in den suchtpolitischen Fokus rückt.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Mehrfacherkrankungen und Versor-gungssituation

Älter werden ist ein sehr individueller Prozess. Auch die Folgen des Alterns zeigen sich unterschiedlich. In der Regel nehmen jedoch die altersbedingten Begleiterkran- kungen zu. Bei polyvalent konsumierenden Drogenabhängigen zeigen diese Begleit- erkrankungen eine hohe Komplexität.⁷ Der Großteil älterer suchtkranker Menschen hat Doppeldiagnosen bzw. Mehrfacherkrankungen.

Häufige somatische Erkrankungen sind u.a. Infektionserkrankungen, einge- schränkte Wundheilung (z.B. Abszesse), bakterielle Entzündungen, Erkrankungen des Gelenk- und Bewegungsapparats (z.B. Osteoporose), Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen, ein reduziertes Immunsystem sowie Zahnerkrankun- gen. Zusätzlich treten gehäuft psychiatrische Probleme auf, z.B. zusätzliche Ab- hängigkeit von legalen Substanzen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, neurokognitive Einschränkungen, Depressionen und Demenzen. Auch chronisch obs- truktive Lungenerkrankung (COPD) und Krebserkrankungen gehören zu den neuen Herausforderungen in der Suchthilfe.

Mit Diagnose, Akut- oder Notfallversorgung ist es nicht mehr getan. Zunehmend geht es um eine stetige, langfristige allgemeinmedizinische/internistische Versorgung und Betreuung, unterstützt durch eine fachärztliche Begleitung.

⁶Zahl der Drogentote erneut gestiegen. In: Deutsches Ärzteblatt 16. Mai 2022. Vgl.<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134257/Zahl-der-Drogentoten-erneut-gestiegen>. Abgerufen am 25.07.2022

⁷Kenneth M. Dürsteler-MacFarland, Marcus Herdener, Johannes Strasser, Marc Vogel: Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In: Irmgard Vogt (Hrsg.). Auch Süchtige altern. Probleme und Versor- gung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main 2011, S. 93-136)

Zugleich zeigt sich, dass viele ältere Drogenkonsument:innen ein verstärktes Interesse an ihrer Gesundheit haben und ihre persönlichen Risiken deutlich stärker wahrnehmen. Gesundheitsfürsorge wird für ältere Drogenkonsument:innen zum Thema. Gleichwohl neigen sie dazu, ihre Erkrankungen zu bagatellisieren.

Um den komplexen Krankheitsbildern optimal zu begegnen, wäre der Aufbau eines vertrauensvoll miteinander arbeitenden Netzwerkes erforderlich. Das Netzwerk muss die psychosoziale Begleitung u.a. mit substitutionsmedizinischen, geriatrischen und psychiatrischen Fachrichtungen verbinden. Nur in einem solchen Netzwerk ist eine abgestimmte therapeutische Begleitung möglich.

In den Suchthilfeeinrichtungen zeigt sich, dass die aktuelle Versorgung von Drogenkonsument:innen im Regelsystem derzeit weit entfernt von einem solchen eng geknüpften Versorgungsnetz ist, auch dann, wenn der Versicherungsstatus geklärt ist. Drogenkonsument:innen werden als Patient:innen von Einrichtungen des Gesundheitswesens häufig abgewiesen. Gerade was die komplexen Mehrfacherkrankungen betrifft, ist die Versorgung als mangelhaft zu bezeichnen.⁸

Es dominiert die reine Notfallversorgung, häufig in Straßenambulanzen. In Einzelfällen erfolgt eine Versorgung in den Substitutionsambulanzen, die Leistung orientiert sich hier an der Ermächtigungsgrundlage. Einen Hausarzt/eine Hausärztin haben Drogenkonsument:innen häufig nicht. Termine bei Facharzt:innen sind schwierig zu bekommen.

Sollten die ärztliche und fachärztliche Versorgung vorhanden sein, ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass diese in der Regel mit Unterstützung von Sozialarbeiter:innen der Suchthilfe für die Klient:innen koordiniert werden muss.

Es liegt nahe, dass mit zunehmendem Alter der Drogennutzer:innen und in Folge der komplexen Krankheitsbilder sowie der ambulanten Versorgungssituation, auch stationäre Aufenthalte in Kliniken ansteigen werden. „Ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V) ist ein wichtiger Grundsatz der deutschen Gesundheitspolitik. So vorteilhaft dieser Grundsatz für Menschen ist, die ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen können und darüber hinaus über eine eigene Wohnung verfügen, so nachteilig ist er für wohnungslose Menschen in Notunterkünften.

In der letzten Lebensphase wird häufig auch eine palliative und/oder engmaschige medizinische Begleitung notwendig, die im Grunde nur stationär erfolgen kann.

Durch eine nach wie vor ausgeprägte Stigmatisierung von Drogenkonsument:innen verschärft sich die Versorgungssituation. Viele Drogenkonsument:innen machen negative Erfahrungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Besonders problematisch ist die Situation für Drogennutzer:innen, die noch aktiv konsumieren. Der Konsum ist in Gesundheitseinrichtungen der Regelversorgung nicht erlaubt.

⁸Irmgard Eisenbach-Stangl, Harald Spiring: Auch Drogenabhängige werden älter... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. In Policy Brief January 2011(2) des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien 2011.

Verlust der selbständigen Lebensführung

Die komplexen Erkrankungen, bestehende Multimorbidität und die Voralterung führen bei einer stetig steigenden Anzahl von Drogenkonsument:innen zu einem fortschreitenden Verlust der selbständigen Lebensführung. Ältere Drogenkonsument:innen werden pflegebedürftig. Die Themen Versorgung und Unterbringung gewinnen an Dringlichkeit. Der Hilfebedarf kann hier sowohl kurz-, mittel- als auch langfristig angelegt sein.

Etwa 62% der Mitarbeiter:innen der Suchthilfe gaben an, dass sie aktuell Drogenkonsument:innen betreuen, die einen alters- oder pflegebezogenen Hilfebedarf haben. Weiterhin wurde angegeben, dass nahezu jeder/jede fünfte Klient:in (17%) eine fachliche Begleitung benötigt, die sowohl alten- als auch suchthilfebezogen ist.⁹

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II dahingehend neu definiert, dass eine Pflegebedürftigkeit dann vorliegt, wenn die Betroffenen in ihrer selbständigen Lebensführung beeinträchtigt sind. Ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI besteht, ermittelt in der Regel der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK).

Neben der eigentlichen Pflegebedürftigkeit, die mindestens 6 Monate besteht und bei der in der Regel dann auch ein Pflegegrad vorliegt, zeigen sich bei älteren Drogenkonsument:innen auch zahlreiche Fälle, die aufgrund akuter Befunde gegebenenfalls nur für mehrere Monate versorgt werden müssen. Die Anschlussversorgung z.B. nach medizinischen Behandlungen im Krankenhaus für Drogenkonsument:innen ist einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Eine Versorgung im bestehenden Regelversorgungssystem erfolgt selten. Eine Vermittlung in stationäre Altenpflegeheime oder an Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, erweist sich häufig als problematisch. Hintergrund ist dabei sicherlich, dass in Pflegeeinrichtungen kein akzeptierender und positiver Zugang zu den Lebens- und Konsumgewohnheiten der Klientel besteht. Auch sind die Lebensgewohnheiten der pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen meist nur sehr schwer mit den Lebensgewohnheiten anderer Senior:innen vereinbar. Verstärkt wird dies dadurch, dass die meisten Pflegekräfte zwar in der Behandlung älterer, körperlich oder geistig eingeschränkter Menschen ausgebildet sind, Kenntnisse in Therapie und Umgang mit drogenabhängigen Bewohner:innen fehlen. Häufig kommt es zu Konflikten, die dann zum Betreuungsabbruch führen.

Darüber hinaus bestehen Strukturhindernisse, die dazu führen, dass Drogenkonsument:innen erst gar nicht aufgenommen werden. Aufnahmeveraussetzung in Pflegeheimen ist oft der Pflegegrad 3, in jedem Fall besteht aber ein Abstinenzgebot. Bei der Zielgruppe der älteren Drogenkonsument:innen ist Abstinenz aber kein realistisches Ziel.

Hinzu kommt, dass die stationäre Altenpflege gemäß Heimgesetz organisatorisch darauf ausgerichtet ist, dass die Fachverantwortung für die Versorgung ungeteilt bei der Einrichtung liegt. Heimaufsicht und Überprüfungen des Medizinischen Dienstes begünstigen diese Ausrichtung. Die Möglichkeit in stationären Einrichtungen zusätzliche Fachdienste hinzuzuschalten, ist limitiert.

⁹ Ältere Drogenabhängige in Versorgungssystemen. Ein Leitfaden. Modellprojekt Netzwerk 40+. München 2017. S. 37.

Genau dieses interdisziplinäre Fachwissen in der Vernetzung von suchtspezifischer Sozialarbeit, Pflege und Medizin ist jedoch notwendig, um den Mehrfacherkrankungen und dem komplexen Versorgungsbedarf multimorbider, pflegebedürftiger Drogennutzer:innen gerecht zu werden.

Es bleibt die Möglichkeit Es bleibt die Möglichkeit die pflegerische Versorgung über einen ambulanten Pflegedienst sicher zu stellen. Dies ist jedoch nur dann eine Option, wenn keine Wohnungslosigkeit vorliegt.

In den Gemeinschaftsunterkünften zeigt sich in der Praxis, dass die Versorgung über einen ambulanten Pflegedienst nicht adäquat geleistet werden kann. Zum einen lässt die räumliche Situation einer Notschlafstelle keine adäquate Versorgung zu (z.B. Gemeinschaftsbäder, Mehrbettzimmer, fehlende Verbandsräume), zum anderen können die ambulanten Pflegedienste nicht gewährleisten, zu einem bestimmten Zeitpunkt vor Ort zu sein. Dies führt häufig dazu, dass sie die Klient:innen nicht antreffen.

Die politische Herausforderung: 11 Punkte zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von älteren Drogenkonsument:innen

(1) Datenlage verbessern und Versorgungsforschung stärken

Zur Anzahl älterer oder pflegebedürftiger Drogenkonsument:innen liegen aktuell lediglich Schätzungen vor, teilweise sind diese zudem veraltet. In der Drogenhilfe zeigt sich der Bedarf bundesweit, allerdings kann dieser noch nicht beziffert werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert Studien zur Versorgungssituation, dem Versorgungsbedarf und zu funktionierenden Versorgungskonzepten von älteren, pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen auf den Weg zu bringen. Erkenntnisinteresse dieser Studien ist zum einen der Versorgungsbedarf selbst, um die aktuelle Versorgungslücke besser definieren zu können. Zum anderen geht es aber auch darum, angemessene Versorgungskonzepte zu entwickeln.

Wie wichtig es ist, sich dem Thema der Versorgungskonzepte für ältere

Drogenkonsument:innen zu widmen, ist letztlich auch an der steigenden Zahl der Drogentoten abzulesen (2018:1276, 2019:1398, 2020:1581, 2021: 1826.¹⁰

Der Blick auf Frankfurt zeigt, dass von den 2021 insgesamt 30 Drogentoten, 19 Personen 40 Jahre und älter waren. Das sind 63,33 Prozent.

(2) Runder Tisch zum Thema „Versorgung älterer oder junger pflegebedürftiger, drogenkonsumierender Menschen“

Die Bundesregierung wird aufgefordert eine Strategie zur Versorgung pflegebedürftiger Drogenkonsumierender zu schaffen. Ein erster wichtiger Schritt ist hierzu einen „Runden Tisch für die Versorgung älterer bzw. pflegebedürftiger drogenkonsumierender Menschen“ einzuberufen, mit dem Ziel eine fachliche Diskussion zu führen, wie die Versorgung dieser Menschen sichergestellt werden kann. Es ist hohe Zeit dieses Thema politisch zu bearbeiten.

¹⁰<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/> Abgerufen am 29.07.2022; <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/drogentote-deutschland-105.html> Abgerufen am 29.07.2022

Es sind die geburtenstarken Jahrgänge, die zunehmend eine medizinische und pflegerische Versorgung benötigen. Die Politik muss sich bewusst werden, dass die Versorgung über das Regelsystem Gesundheit und Pflege in diesem Punkt ungenügend ist.

An diesem Runden Tisch müssen die Dachverbände der Suchthilfe, Vertreter:innen aus Einrichtungen der Suchthilfe, Vertreter:innen der Krankenhäuser, der Pflegeorganisationen, der Ärztevertretungen, der Rettungsdienste und Vertreter:innen von Pflegeeinrichtungen, etwa die Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege mitwirken, um die unterschiedlichen Perspektiven einzubringen.

Ziel des Runden Tisches ist die Entwicklung eines Aktionsplans. Dieser kann dann auch im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten werden.

(3) Sicherstellung einer geschlossenen und interdisziplinären Hilfekette

Gerade weil der Hilfebedarf von älteren drogenkonsumierenden Menschen komplex ist und jeder Mensch unterschiedlich alt ist, ist Hilfe der Bedarfslage anzupassen, Versorgungslücken wie sie aktuell noch bestehen, sind dringend zu vermeiden.

Die Bundesregierung wird aufgefordert die Entwicklung von - den jeweiligen Lebenssituationen von älteren oder auch jungen pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen angepassten – Angeboten in Auftrag zu geben und deren Finanzierung sicher zu stellen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Entwicklung einer geschlossenen Hilfekette, die dem äußerst komplexen Hilfebedarf sektorenübergreifend gerecht wird. Dies umfasst auch die Weiterentwicklung der bestehenden Angebote der Regelversorgung.

(4) Finanzierung der Versorgung alternder Drogenkonsumierender

Die Gesundheitsversorgung und das bestehende Wohlfahrtsmodell sind auf die Versorgungserfordernisse von pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen anzupassen. Wichtig ist hier die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Finanzierung. Bei komplexen Hilfebedarfen darf die Finanzierung nicht mehr an unterschiedliche Leistungsträger verschiedener Sozialgesetzbücher gekoppelt werden, sondern muss aus einer Hand erfolgen.

Denkbar ist der Aufbau eines Versorgungsfonds, der dieser speziellen

Versorgungsnotwendigkeit gerecht wird. Ist dies nicht möglich, müssen klare Festlegungen und auch Abgrenzungen darüber getroffen werden, welche Kosten durch Sozialamt, Jobcenter, die Krankenkassen, die Pflegekassen, die Eingliederungshilfe zu tragen sind.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass sich in der Praxis massive Probleme durch die bestehende Zuzahlungspflicht ergeben, bevor eine Befreiung vorliegt. Es ist zu prüfen, ob eine Zuzahlungspflicht bei Hartz IV Empfängern künftig gänzlich entfällt.

(5) Das Thema „Umgang mit drogenkonsumierenden Menschen“ muss als Pflichtthema in die Ausbildungscurricula der Helfer:innenberufe aufgenommen werden

Die Suchthilfe ist ein Teil der Hilfekette. Die Hilfekette beginnend beim Rettungsdienst, umfasst die ambulante allgemeinmedizinische und fachmedizinische sowie letztlich auch die stationäre, pflegerische und palliative Versorgung sowie die psychosoziale/sozialarbeiterische Versorgung.

Aktuell kommt es innerhalb der Hilfekette immer wieder zu Ausfällen oder Abbrüchen, die nicht alleine auf eine mangelnde Compliance von Drogenkonsument:innen zurückzuführen sind. Die Folge ist, dass Drogennutzer:innen mangelhaft versorgt werden. Viele Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Helfer:innen sind mit der Komplexität des Versorgungsbedarfs gerade von älteren Drogenkonsument:innen überfordert, letztlich auch, weil die Versorgungsaufgabe zunehmend über die Nothilfe hinausgeht. Darüber hinaus kommt es immer häufiger dazu, dass drogenkonsumierende Menschen im Rettungsdienst und auch in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen stigmatisierend behandelt werden, wenn sie denn überhaupt aufgenommen werden. Gerade in den letzten zwei Jahren wurde beispielsweise die Coronapandemie häufig als Grund genannt, um eine Aufnahme oder eine Verbringung in eine Klinik abzuwenden. Eine adäquate Versorgung blieb aus.

Um dies künftig in andere Bahnen zu lenken, ist es dringend erforderlich das Thema „Umgang mit drogenkonsumierenden Menschen“ in die Ausbildungscurricula von Rettungsfachpersonal sowie medizinischem und pflegerischem Fachpersonal aufzunehmen. Auch in der Ausbildung der Ärzt:innen ist das Thema fest zu verankern. Drogenkonsum ist gesellschaftliche Realität, und es ist gesellschaftliche Aufgabe dem adäquat zu begegnen.

Die Politik ist aufgefordert eine Qualifizierung in den oben genannten Helfer:innenberufen zu ermöglichen, um den Besonderheiten einer Suchterkrankung besser begegnen zu können. Zum Thema „Alter&Sucht“ sind entsprechende Fortbildungen konsequent für alle im Hilfeprozess Beteiligten anzubieten.¹¹

(6) Gezielter Aufbau von Versorgungsnetzen und sektorenübergreifende Finanzierung

Ältere bzw. pflegebedürftige Drogenkonsument:innen haben häufig einen komplexen Hilfebedarf, bei dem eine altersgerechte Bündelung medizinischer, therapeutischer, rehabilitativer und psychosozialer Angebote erforderlich ist. Die Vielfalt der Erkrankungen stellt hohe Anforderungen an die behandelnden Einrichtungen und lässt sich am besten in spezialisierten Einrichtungen oder in einem gut funktionierenden, interdisziplinären Versorgungsnetzwerk angehen.

Es liegt in der Verantwortung der Politik diese Versorgungsnetzwerke zu fördern.

In den Versorgungsnetzen müssen die Problemlagen der Drogenkonsument:innen handlungsleitend sein und zentral koordiniert werden. Diese Koordinierungsleistung kann durch die Suchthilfe erfolgen: vorgehalten werden muss jedoch ein Netzwerk, das eine allgemeinmedizinische und internistische Versorgung der Klient:innen sicherstellt. In Kooperation mit der Bundesärztekammer sind hier Festlegungen zu tref-

¹¹Dazu auch Gabi Becker, Christina Rolle: „Better treatment for Ageing Drug Users. Training Curriculum. Frankfurt 2018

fen oder Ärzt:innen gezielt zu beauftragen, um eine häufig praktizierte Ablehnung der Drogenkonsument:innen als Patient:innen zu verhindern.

Für pflegebedürftige Drogenkonsument:innen, die eine eigene Wohnung besitzen, muss es ermöglicht werden, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu verbleiben.

Es müssen deshalb ambulante suchtspezifisch geschulte Hilfen aufgebaut werden (Pflegedienste, Haushaltsdienste, Essen auf Rädern, Fahrdienste, Hausnotruf usw.). Suchtspezifisch geschulte Pflegedienste müssen in Abstimmung mit den Ärzt:innen die Versorgung mit Substitutionsmedikamenten übernehmen. Es zeigt sich wie wichtig die Aufnahme in die Substitution ist, die weiter gezielt verfolgt und ermöglicht werden sollte. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Wissen über verschiedene Substitutions-Medikamente sowie deren richtige Dosierung bei Ärzt:innen auszubauen ist. Gerade bei Krankenhausaufenthalten zeigen sich nach unserer Erfahrung immer wieder Berechnungsfehler, wenn etwa von Methadon auf Polamidon umgerechnet wird.

Die konsequente Vernetzung setzt jedoch dringlich eine sektorenübergreifende Vergütung voraus. Hier besteht politischer Handlungsbedarf. Der Gesetzgeber hat neue Perspektiven für eine ganzheitliche Versorgung zu eröffnen.

(7) Festlegung von Pflichtschulungen für pflegerisches und medizinisches Personal

Neben dem Abbau von Vorurteilen und Stigmatisierungen steht die Schulung des pflegerischen und medizinischen Personals im Vordergrund. Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen sind wichtig, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Insbesondere der weit verbreiteten Meinung, dass Abstinenz und Beendigung der Substitutionsbehandlung das anzustrebende Behandlungsziel ist, ist entgegenzuwirken.

(8) Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ darf nicht für wohnungslose Menschen oder für Menschen in Notunterkünften gelten

Der nach § 39 SGB V formulierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ führt dazu, dass pflegebedürftige Drogenkonsumierende in stationären Einrichtungen nicht aufgenommen oder zu früh entlassen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Genesung noch nicht so abgeschlossen ist, dass ein Leben in der Notunterkunft wieder möglich ist. Es gilt aber auch bei chronisch schwer erkrankten Personen, die häufig aufgrund der Chronifizierung stationär nicht aufgenommen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei wohnungslosen, drogenkonsumierenden Menschen zu diskutieren und zu überdenken.

(9) Aufbau von spezialisierten Versorgungseinrichtungen sowie Genesungs- und Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige drogenkonsumierende Menschen

Es sind verstärkt spezialisierte betreute Wohngemeinschaften o.ä. aufzubauen, die Wohnen und Pflege mittels spezialisierten ambulanten Pflegeteams verbinden. Daher ist es auch nicht nachvollziehbar, dass in einzelnen Ländern (z.B. Hessen) ak-

tuell Handlungsempfehlungen bestehen, die Wohngruppen für Suchtkranke explizit ausschließen.¹² Vielmehr müsste konsequent daran gearbeitet werden, die Zugangsvoraussetzungen für die Aufnahme in dieses „Pflege-Wohnen“ für viele ältere bzw. pflegebedürftige Drogenabhängige mit geringeren Hürden zu versehen und nicht an Zuverlässigkeit, Mitwirkungspflicht und Veränderungsbereitschaft als Voraussetzung zu koppeln, wie das häufig beim klassischen betreuten Wohnen der Fall ist. Natürlich ist im Interesse der pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen darauf zu achten, dass die „Pflegeappartements“ über die nötige personelle, räumliche, technische und sanitäre Ausstattung für eine optimale ambulante Pflege verfügen.

Die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege ist im Übrigen klar zu definieren.

Die Betreuung von pflegebedürftigen Drogenkonsument:innen in Pflegeheimen des Regelbetriebs ist grundsätzlich denkbar. Die Praxis hat jedoch gezeigt, dass sie häufig nicht erfolgreich ist, da die Pflegesysteme (die festgelegten Pflegemodelle, Aufgaben und Standards) und die grundsätzliche Haltung der Pflegeheime gegenüber anhaltendem Konsum von psychotropen Substanzen dem entgegenstehen. Szenetypische Verhaltensweisen führen häufig zu Störungen des Alltags in Pflegeheimen.

Es sind daher ggfs. spezialisierte stationäre Einrichtungen aufzubauen. Für diese spezialisierten Einrichtungen muss eine gesonderte gesetzliche Grundlage und eine Finanzierung über die Leistungsgrenzen hinweg geschaffen werden. Auch ist ein multiprofessioneller und höherer Personaleinsatz zu realisieren.

Es ist nicht zu erwarten, dass Klient:innen in ihrem letzten Lebensabschnitt die Abstinenz anstreben oder erreichen. Es sind Einrichtungen aufzubauen, die einen akzeptierenden Ansatz verfolgen. Es müssen rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen den Konsum von illegalisierten Substanzen in der Pflegearbeit zu tolerieren. Auch die Möglichkeit in einer Altenanlage einen Konsumraum einzurichten, ist anzustreben bzw. muss der Konsum oder das Rauchen in den Zimmern erlaubt und möglich sein. Hier ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) einer Überprüfung zu unterziehen. Alternativ können Erfahrungen in Pilotprojekten gewonnen werden.

Tagesstrukturierende Angebote sind in spezialisierten Einrichtungen für pflegebedürftige Drogenkonsument:innen besonders wichtig. Dem Thema der Selbstbestimmung muss in diesen Einrichtungen Raum gegeben werden.¹³

(10) Stärkung und Ausbau der Substitutionsbehandlung sowie der Originalstoffvergabe

Die Substitutionsbehandlung inkl. der Originalstoffvergabe ist weiter auszubauen und auch für nicht leistungsberechtigte Drogenkonsument:innen zu öffnen und zu finanzieren. Ziel muss es sein, einen niedrighschwelligigen Zugang zur pharmakologischen Suchtbehandlung flächendeckend zu ermöglichen. Dabei darf nicht mehr länger das Ziel der Abstinenz im Vordergrund stehen, sondern vielmehr der risikoarme Kon-

¹²Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V., Handlungsempfehlungen trägerstützte ambulante Wohngemeinschaften, Gießen 1. März 2022.

¹³Im Einzelnen dazu Katrin Helm, Ältere Drogenkonsument*innen in der stationären Versorgung. In: Heino Stöver, Daniela Jamin, Christina Padberg (Hrsg.). Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Frankfurt 2017.51-62

sum psychoaktiver Substanzen und die Verbesserung des Gesundheitszustands. Die Originalstoffvergabe sollte eine größere Berücksichtigung erfahren.

Von Bedeutung ist, dass die Substitutionstherapie über die reine Reduktion des Opiatkonsums hinausgehen sollte. Gezielt muss es im Zusammenhang mit einer Substitutionstherapie auch um die Verminderung gesundheitlicher und sozialer Risiken gehen. Die Ermächtigungen der Substitutionsambulanzen für die allgemeinmedizinische Versorgung sind dahingehend zu überprüfen und zu erweitern.

Die diamorphingestützte Behandlung ist auszubauen. Der Bedarf an Diamorphinambulanzen ist bei weitem nicht gedeckt.¹⁴

Die Versorgungsform über Tabletten ist hier weiter zu fördern.

Die Bundesregierung ist aufgefordert hier eine Zulassungsstudie in Auftrag zu geben.

Besondere Beachtung ist hier dem Altersdurchschnitt substituierender Ärzte zu widmen.¹⁵ Der Altersdurchschnitt liegt aktuell bei etwa knapp 59 Jahren.¹⁶ Hier zeigen sich aktuell immer deutlicher Nachwuchsprobleme. Mit der Neufassung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) sowie der medizinischen und kassenrechtlichen Rahmenbedingungen, sind Fortschritte erreicht worden. Krankenhäuser müssen stärker in die Versorgung eingebunden werden.

Von Bedeutung ist es, die Versorgung auch dann sicher zu stellen, wenn im Alter bzw. mit fortschreitender gesundheitlicher Einschränkung die Substitutionsambulanz nicht aufgesucht werden kann. Dieser Aspekt muss in der BtmVV Berücksichtigung finden. Die Rahmenbedingungen der Aufsichtsbehörden sind dahingehend weiter zu bearbeiten, dass eine Take Home Regelung bei geeigneten Patient:innen auch für längere Zeitintervalle oder auch bei stabilem Beikonsum möglich ist.

Auch ist es wichtig gemeinnützige Fahrdienste aufzubauen, die die Klient:innen bei Immobilität zur Abgabestelle fahren. Denkbar wäre auch der Aufbau einer mobilen Vergabe in den einzelnen Stadtteilen.

(11) Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF)

Statt der bisher vorherrschenden Orientierung an der Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sollte künftig im Versorgungsauftrag eine stärkere Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Der ICF folgt einem biopsychosozialen Ansatz. Damit steht der funktionale Gesundheitszustand im Fokus, der auch umweltbezogene Faktoren und Faktoren der Teilhabe umfasst.

¹⁴Lediglich ein Prozent der 79 400 Substitutionspatienten in Deutschland erhielten 2018 dem Substitutionsregister des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zufolge eine Behandlung mit Diamorphin. Die meisten bekommen Methadon (39 Prozent), Levomethadon (35 Prozent) und Buprenorphin (23 Prozent). Vgl. Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung: Die tägliche Spritze. Deutsches Ärzteblatt 2020; 117(1-2): A-16 / B-18 / C-18. Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/211759/Diamorphingestuetzte-Substitutionsbehandlung-Die-taegliche-Spritze>. Abgerufen am 25.07.2022.

¹⁵Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtmVVÄndV aus Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte. Artikel online veröffentlicht am 01.03.2021 In: Das Gesundheitswesen, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1378-9249>, abgerufen am 25.07.2022.

¹⁶Suchtkonferenz: Wege zum Erhalt der Opioidsubstitution In: Deutsches Ärzteblatt vom 22.7.2022. Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/136131/Suchtkonferenz-Wege-zum-Erhalt-der-Opioidsubstitution> abgerufen am 25.07.2022

Nach wie vor dominiert in der sozialen Arbeit eine einrichtungsbezogene soziale Begleitung. Da häufig Sozialarbeiter:innen die wichtigsten Bezugspersonen gerade für ältere bzw. pflegebedürftige drogenkonsumierende Menschen sind, ist es notwendig soziale Arbeit neu zu denken. In dieser Vision von sozialer Arbeit gehören Sozialarbeiter:innen zwar spezifischen Einrichtungen an, sie begleiten ihre Klient:innen aber durchgängig, auch dann, wenn diese eine Einrichtung wechseln. Es geht um eine individuelle Begleitung über unterschiedliche Einrichtungen hinweg. Die Einrichtung mag wechseln, der/die begleitende Sozialarbeiter:in bleibt so lange, wie der/die Klient:in dies wünscht. Dies ist Beziehungsarbeit in Reinform.

Gerade bei älteren Drogenkonsument:innen sind darüber hinaus Strategien der sozialen Reintegration zu entwickeln. Der Aufbau sozialer Kontakte fällt vielen älteren Drogenkonsument:innen schwer. Familiäre oder freundschaftliche Kontakte fehlen häufig gänzlich. Auch deshalb gibt es häufig den Wunsch nach Kontakten außerhalb der Szene. Eine Möglichkeit drogenfreie Kontakte aufzubauen, sind „Buddyprojekte“. Diese sind politisch zu fördern und finanziell abzusichern. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil gerade ältere Drogenkonsument:innen sich zunehmend von der Szene und von den jüngeren Konsument:innen abgrenzen wollen.

Schlussbemerkung

Die Drogenkonsument:innen, die jetzt einen zunehmenden Bedarf an psychosozialer, gesundheitlicher und pflegerischer Betreuung haben, gehören zu den geburtenstarken Jahrgängen. In naher Zukunft ist weiter mit einem deutlichen Anstieg älterer und zugleich pflegebedürftiger Drogennutzer:innen zu rechnen.

Die politischen Institutionen sind aufgefordert dieses Thema auf die politische Agenda zu setzen und Rahmenbedingungen für eine adäquate Versorgung dieser Klientel zu schaffen.

Gesundheitsbehörden und das Versorgungssystem müssen sich auf die Zunahme der Behandlungs- und Betreuungsnachfrage einstellen. Es ist an der Zeit, dass alle Beteiligten pragmatische Lösungen anstreben und innovative Betreuungsmodelle entwickeln. Die Versorgungslücke ist bereits da.

Frankfurt, Oktober 2022

Psychosoziale Beratung und Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB)

Ein Positionspapier zu den Potentialen und den
Herausforderungen.

*Heike Attinger, Friederike Neugebauer, Dirk Schäffer,
Frank Schulte-Derne, Heino Stöver & Norbert Wittmann*

Die Leistungen der PSB

Psychosoziale Beratung und Betreuung ist eine qualifizierte personenzentrierte Leistung, die vernetzt im Behandlungsverbund erbracht wird und Bestandteil der Substitution ist. Sie stellt ein wesentliches Qualitätsmerkmal dar. Auf der Basis zieloffener Arbeit fördert die PSB grundsätzliche Veränderungsbereitschaften und Alltagskompetenzen. Sie kann die individuelle Zielerreichung unterstützen. Sie erfordert von den Mitarbeitenden, zusätzlich zu Beratungskompetenzen, differenzierte Kenntnisse über die unterschiedlichen Angebote und Möglichkeiten der psychosozialen Hilfesysteme, gesetzlichen Grundlagen und die Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen bzw. Anbieter:innen. Die Profession der Sozialen Arbeit, in der Regel die Mitarbeiter*innen der Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie die Suchtambulanzen, verfügen über die entsprechende Qualifikation und Fachkompetenz um die Angebote der PSB umzusetzen, zu etablieren und auszubauen. Die PSB unterstützt im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses die soziale (Re-)Integration in die konkreten sozialen (Handlungs-Systeme) der Klient*innen: Familie, soziales Nahfeld, Arbeit, Wohnen, Hilfesysteme etc. (DG-SAS 2016) Sie übernimmt im Kontext der Substitutionsbehandlung die psychosoziale

Anamnese und Soziale Diagnostik¹, die daraus resultierende psychosoziale Indikationsstellung und die regelmäßige Überprüfung dieser Indikation und hält ergänzende Unterstützungsangebote, wie z.B. das Rückfallprophylaxetraining vor. Das Angebot der PSB greift in enger Abstimmung mit den Klient:innen zur langfristigen Absicherung der Ergebnisse (z.B. Tagesstruktur, soziale Teilhabe) sowie zur bedarfsgerechten Unterstützung und auch (Weiter-)Vermittlung der Klient:innen auf ein regionales Netzwerk mit anderen sozialen Fachdiensten, z.B. ARGEn/Jobcentern, Gesundheitswesen (Substitutionsbehandlung), Jugendamt, Schule, Betrieben und dem spezifischen Suchthilfe-Netzwerk zurück. (vgl. fdr+ 2020) Die fallabhängige Netzwerkarbeit der

¹Soziale Diagnostik erfolgt dabei zieloffen und eher auf der Basis von Verständigung als von Zuschreibung von (medizinischen) Klassifikationen und orientiert sich dabei inhaltlich an den subjektiv bedeutsamen Bedarfen von Klient:innen. Der ICF kommt dabei besondere inhaltlich-fachliche Bedeutung zu. (Hansjürgens 2020)

PSB zeichnet sich durch eine abgestimmte Behandlungsplanung, z.B. mit den Substitutionsärzt:innen, aus.

Darüber hinaus erbringt die PSB, im Sinne fallunabhängiger Netzwerkarbeit, eine kommunale Dienstleistung und stellt somit eine wichtige Säule des zivilgesellschaftlichen Engagements dar. Dazu zählen unter anderem die Beteiligung an der Gestaltung des sozialen Nahraums oder auch die Etablierung eines Prinzips der „kurzen Wege“, im Rahmen eines kommunalen Versorgungsplans (Hansjürgens 2020). Die PSB sichert eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung und ist damit ein wesentlicher ausgleichender, vermittelnder und stabilisierender Faktor in der Substitutionsbehandlung. Dies gilt vor allem auch für den wechselseitigen Kontakt im sogenannten „Behandlungsdreieck“ zwischen Sozialer Arbeit, Ärzt:innen und Patient:innen.

PSB wirkt!

Die PSB leistet den entscheidenden Beitrag für die soziale Stabilisierung und damit eine Grundlage für die Linderung einer Abhängigkeitserkrankung. Denn werden pharmakologische Therapien mit psychosozialen Hilfen kombiniert, sind diese rein medikamentösen Behandlungen überlegen. (WHO 2009; Deimel/Stöver 2015) Zudem gibt es Hinweise darauf, dass sich die psychosozialen Belastungen durch die PSB reduzieren lassen (Deimel 2017). Auch der Blick auf die Sucht- und Drogenberatungsstellen, in deren Kontexten die PSB oft angesiedelt ist, zeigt in mind. 97 % aller Fälle eine Stabilisierung auf den Ebenen Konsum, psychische Befindlichkeit und soziale Situation. (Hansjürgens 2020) Kennzeichnend für die PSB ist die Verzahnung zwischen ambulanten, (teil-)stationären, rehabilitativen und nachsorgenden Suchthilfe-Einrichtungen und Selbsthilfegruppen sowie die Kooperation mit anderen beteiligten Diensten (z.B. Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie) und Ämtern. Um das Angebot der PSB adäquat weiterzuentwickeln, bedarf es jedoch, differenzierter Forschungen zur inhaltlichen Ausgestaltung, dem Zeitpunkt des Beginns und Endes, der Dauer und der Intensität der PSB.

PSB muss zur Verfügung stehen!

Die Richtlinie der BÄK sieht vor, dass die PSB im Rahmen der Substitutionsbehandlung regelhaft empfohlen werden soll. Auswahl, Art und Umfang der Maßnahmen sollten sich dabei nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf der Klient:innen richten (vgl. BÄK). Die PSB muss sich an den subjektiv bedeutsamen Bedarfen der Klient:innen orientieren, die partizipativ zwischen der Sozialen Arbeit und den Klient:innen erhoben werden. Die Richtlinie der BÄK sieht außerdem vor, dass die Koordinationsleistungen der Hilfen bei den Ärzt:innen liegt. Ein Blick in die Praxis zeigt aber, dass gerade die fallabhängige und fallunabhängige Netzwerkarbeit im Aufgabenbereich der PSB angesiedelt ist. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in den Sucht- und Drogenberatungsstellen verfügen über die entsprechenden Koordinierungs- und Organisationskompetenzen, das Methodenwissen und die geeignete professionelle Haltung sowie die notwendige Vernetzung im regionalen Hilfesystem. Sie können

die Klient:innen der PSB individuell und bedarfsgerecht motivieren, beraten, begleiten und unterstützen und einen bedeutenden Anteil an der „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten.

PSB – es braucht eine Verständigung auf Rahmenstandards

Das differenzierte Leistungsangebot der Sozialen Arbeit im Bereich der ambulanten Suchthilfe ist stets an die regionalen Bedarfe und Besonderheiten angepasst und unterliegt länder- und auch trägerspezifischen Qualitätsstandards. Deshalb sind die Leistungsbeschreibungen der PSB bundesweit sehr unterschiedlich. Im Sinne einer Sozialraumorientierung ist das auch sinnvoll, jedoch sollten Rahmenstandards entwickelt werden, welche Orientierung bieten und an die kommunalen und trägerspezifischen Gegebenheiten angepasst werden können. Beispielhaft sei hier die standardisierte „Fachkunde PSB“ genannt. Seit mehr als zehn Jahren wird diese von akzept, DAH, vista und dem LWL angeboten. Die vermittelten Standards umfassen unter anderem den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Substitutionsbehandlung und der PSB; Haltungen, Werte und verschiedene Positionen in der PSB; den Forschungsstand zur Wirksamkeit von PSB; Möglichkeiten und Grenzen sowie ethische Grundlagen und rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen. Die Soziale Diagnostik, die psychosoziale Anamnese und die daraus resultierende Betreuungs- bzw. Hilfeplanung und dessen Umsetzung stellen genauso wie die Netzwerkarbeit und die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe und Selbstorganisation Schwerpunkte dar. Die Vermittlung der Inhalte erfolgt interdisziplinär und ermöglicht es, die PSB an fachlichen Standards auszurichten.

PSB – braucht eine verlässliche Finanzierung

Die psychosoziale Begleitung ist ein kontinuierlicher Prozess aufgrund einer spezifischen Beziehung zwischen Mitarbeiter:in und Klient:in. Im weiteren Verlauf müssen die Hilfepläne den veränderten Bedingungen der Betroffenen angepasst werden. Dieser Prozess erfordert einen strukturierten Rahmen der Beziehung, mit verbindlichen aber variablen Teilzielen, Ziel- und Erfolgsdefinitionen aber erst recht ein abgesichertes Angebot der PSB. Die Finanzierung der PSB ist jedoch bundesweit uneinheitlich geregelt, oft nicht auskömmlich finanziert und u.a. im Rahmen der Daseinsvorsorge auch nicht immer verlässlich planbar. Die DHS hat in den letzten beiden Jahren mit ihren Aktivitäten und Stellungnahmen die prekäre Finanzierung aufgezeigt und die unangemessene, unsichere und regional unterschiedliche Finanzierung der Sucht- und Drogenberatungsstellen und niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen angemahnt. Dieses Angebot darf nicht zur Disposition stehen. In einigen Bundesländern wird die PSB über die Eingliederungshilfe finanziert und damit stehen auch Überlegungen im Raum, wie ein solches Modell weiterentwickelt werden kann: „Die PSB könnte in ein multiprofessionelles Setting mit einem gemeinsamen Behandlungsplan eingebunden sein. Der Behandlungsplan enthält sowohl die ICD 10 Diagnosen als auch die Teilhabebeeinträchtigungen durch den ICF. Es gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen (Komplexeleistungen), die von einem multiprofessionel-

len Team (inkl. Psychotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen etc.) erbracht werden. Abgestimmt werden sie im Gesamtteam im gemeinsamen Behandlungs- und Teilhabeplan.“ (vgl. Groth 2020)

PSB braucht eine Perspektive

Die PSB steht in der Praxis selbstverständlich den gleichen Herausforderungen gegenüber, die für weite Teile der Suchthilfe aktuell bestehen. Es ist bei den Klient:innen eine Zunahme an altersbedingten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit festzustellen sowie psychischer Begleiterkrankungen. Das bedeutet für die PSB, dass Netzwerkarbeit mit bereits bestehenden Partner:innen, v.a. auch mit der Selbsthilfe intensiviert werden müssen und zugleich neue Partner:innen und Institutionen berücksichtigt und für eine Zusammenarbeit gewonnen werden müssen. Im Sozialraum wird die Arbeit der PSB durch die stärkere (aktuell auch pandemiebedingte) soziale Isolation der Klient:innen und fehlender Wohnraum in den Großstädten oder eingeschränkte Mobilität im ländlichen Raum und die fehlenden Möglichkeiten zur Eingliederung bzw. zur beruflichen und sozialen Teilhabe erschwert.

Aufgrund der rechtlichen Veränderungen in den letzten Jahren unterliegt die PSB der regelhaften Empfehlung durch die Ärzteschaft. Dennoch bleibt es unerlässlich, die Kenntnis über das Angebot und die Bedeutung der PSB bei Ärzt:innen und in der kommunalen- und Fachöffentlichkeit zu erhöhen. Denn die Praxis zeigt, dass es in vielen Fällen keinerlei Verbindung zwischen behandelnden Ärzt:innen und PSB-Anbieter:innen gibt. Hierzu muss die Soziale Arbeit auch an der Entwicklung der S3-Leitlinie Opiatsubstitution mitwirken, um die wichtige psychosoziale Dimension der PSB zu verdeutlichen sowie den kontinuierlichen Austausch zwischen den unterschiedlichen Professionen bzw. zwischen Ärzt:innen, PSB und Patient:innen stärker in den Empfehlungen der Ärzteschaft zu verankern. Auf der anderen Seite wäre es zu wünschen, dass die Ärzteschaft zukünftig in ihren eigenen Publikationen, wie z. B. dem „10-Eckpunktepapier zur Lösung der Versorgungskrise“ (Initiative Substitutionsversorgung 2020), die PSB berücksichtigt.

PSB sollte auch in allen geschlossenen Einrichtungen (Gefängnisse, Maßregelvollzug etc.) in denen eine Opioidsubstitution erfolgt, angeboten werden. Auf der Basis einer gründlichen Sozialen Diagnostik dient PSB auch hier der Stabilisierung der Patient:innen und der Erarbeitung von Perspektiven nach der Entlassung (Wohnen, Familienkontakte, Arbeit/Beschäftigung). PSB muss als ein zentraler Bestandteil des Übergangsmangements betrachtet werden, weil sie die Fortführung der Substitution, aber auch der PSB nach der Entlassung (mit-) organisiert.

Nicht erst seit der Pandemie haben sich Gesundheitsfachberufe und Soziale Arbeit als zentrale Bestandteile des Gesundheitssystems herausgestellt, da sie einen systemrelevanten Anteil an Gesundheitsförderung, Prävention, Hilfe, Behandlung, Betreuung und Begleitung leisten. Angesichts des bestehenden Fachkräfteengpass in der Sozialen Arbeit (der sich in der nächsten Dekade verschärfen wird), wird es auch um die Rahmenbedingungen der PSB gehen müssen, um im Vergleich zu anderen Arbeitsfeldern außerhalb der Suchthilfe an Attraktivität zu gewinnen. Hierzu braucht es neben der bereits erwähnten notwendigen verlässlichen Finanzierung der Institutionen,

eine angemessene Vergütung der Mitarbeitenden und entsprechende Rahmenbedingungen, die ein qualifiziertes PSB Angebot erst ermöglichen. Da die Attraktivität des Arbeitsfeldes bereits im Studium grundgelegt wird, bedarf es hier bereits einer systematischen Nachwuchskräfteförderung (z.B. eine breitere Verankerung der Suchthilfethemen in den existierenden Hochschulcurricula, vielfältige Praktikumsmöglichkeiten und entsprechende Kooperationseinrichtungen) sowie die Förderung von Aus- und Weiterbildungsplätzen in Suchthilfeeinrichtungen und breite Öffentlichkeitskampagnen.

Die pandemische Situation stellte auch für die PSB eine zusätzliche Herausforderung dar. „Wie zu vermuten war, hatte die Corona-Pandemie offenbar starke Auswirkungen auf Menschen aus ‚harten‘ Drogenszenen, ebenso wie auf diejenigen, die im Rahmen sozialer Arbeit professionell mit dieser Klientel befasst sind. [...] Besonders der stark zurückgefahrenen persönliche Kontakt stellte ein Problem für die Soziale Arbeit in diesem Bereich dar.“ (vgl. Werse 2020) Dennoch war es, durch die oft pragmatische (und teils kreative) Herangehensweise der engagierten Mitarbeiter:innen der Sucht- und Drogenberatungsstellen, möglich, den Klient:innenkontakt soweit aufrecht zu erhalten, dass die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung weiterhin trägt. (vgl. fdr+ 2020b) Die Kosten für den deutlichen Mehraufwand wurden dabei jedoch nicht refinanziert.

Unsere konkreten Forderungen lauten deshalb:

- Es braucht eine inhaltliche, rechtliche und finanzielle Absicherung und Weiterentwicklung der PSB als wichtigen Bestandteil des kommunalen Suchthilfesystems und als Teil der ambulanten Grundversorgung.
- Es muss eine Verständigung auf fachliche PSB Rahmenstandards erfolgen, die aber zugleich die Berücksichtigung kommunaler und regionaler Besonderheiten ermöglicht.
- Die Substitution, d.h. Behandlung und PSB, muss sich an gemeinsamen Qualitätsstandards orientieren, in denen Regelungen zum Jugendschutz und zum Kindeswohl enthalten sind.
- Es bedarf weiterer Forschung zur inhaltlichen Ausgestaltung, dem Zeitpunkt des Beginns und Endes, der Zeitdauer und der Intensität der PSB.
- Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung ist auskömmlich, zuverlässig und nachhaltig zu gewährleisten. Denkbar ist dabei auch eine Mischfinanzierung aus pauschalisierter Grundfinanzierung und personenbezogener Leistungen zur Teilhabe (BTHG).
- Niedrigschwelligkeit und unbürokratische Vorgehensweisen sind konstitutive Merkmale der PSB und müssen durch die gewählten Finanzierungskonzepte gewährleistet werden.
- Als Bestandteil des Übergangsmangements sollte PSB auch in allen geschlossenen Einrichtungen (Gefängnisse, Maßregelvollzug etc.) in denen eine Opioidsubstitution erfolgt, zur Verfügung stehen.

- Bei der Entwicklung der S3-Leitlinien zur Opiatsubstitution müssen die Leistungen der PSB entsprechend berücksichtigt werden.
- Alle in einer Versorgungsregion an der Substitutionsbehandlung (inkl. PSB) beteiligten Akteur:innen, sollten regelmäßigen fachlichen Austausch sicherstellen.
- Die PSB muss in den (Hilfe-)Verbund der Netzwerkpartner:innen vor Ort integriert werden. Diese Kooperationen sollten vertraglich geregelt sein.
- Die Umsetzung der PSB sollte auf der Grundlage des Teilhabeverständnisses des BTHG erfolgen.
- In der Ausbildung von Sozialpädagogen:innen, Pädagogen:innen, Psycholog:innen und Mediziner:innen muss die „Fachkunde Sucht“ integraler Bestandteil werden.

Literatur

- Bundesärztekammer (2017): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substanzgestützten Behandlung Opioidabhängiger
- Deimel, D. (2017): Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe - LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.): Forum Sucht Band 50 Herausforderung Substitutionsbehandlung. Qualität - Kooperation – Verantwortung.
- Deimel, D.; Stöver, H. (2015): Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger –Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. In: Deimel, D.; H.S. (Hrsg., 2014): Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation (Sonderheft). 28. Jg. 2015, Heft 1 (95), S. 19-26
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hrsg.) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2020): fdr+ Standards der ambulanten Suchthilfe. Update
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2020b): Auswertung der Befragung der fdr+Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe Online verfügbar unter: https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf Letzter Zugriff am 09.06.2021
- Groth, A. (2020): Psychosoziale Beratung (PSB) begleitend zur Substitutionsbehandlung Welche Herausforderungen sind zu meistern? In: Akzept e.V. (Hrsg.) Dokumentation der 6. Nationalen Substitutionskonferenz 2020 Online verfügbar unter <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/03/DokuNaSuKoFin.pdf> Letzter Zugriff am 09.06.2021
- Hansjürgens, R. (2018): „In Kontakt kommen“. Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum-Verl.
- Hansjürgens, R.; Schulte-Derne, F. (Hrsg.) (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe und Suchtprävention. Vandenhoeck & Ruprecht

Initiative Substitutionsversorgung Opioidabhängiger Patient*innen (2020): 10-Eckpunkte-Papier zur Lösung der Versorgungskrise. Online verfügbar unter: <https://www.substitutionsportal.de/Downloads?id=6c4a3fce-3b0a-4d2b-9c0b-8e358c78cb79> Letzter Zugriff am 09.06.2021

Werse B.; Klaus, L. (2020): Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung Online verfügbar: https://www.uni-frankfurt.de/89612037/Corona_und_DrogenhilfeKurzanalyse_2.pdf Letzter Zugriff am 09.06.2021

World Health Organization (WHO) (2009): Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence Online verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf Letzter Zugriff am 09.06.2021

Angehörigenarbeit in der Suchthilfe

Warum Verbesserungen in der Praxis notwendig sind

Larissa Hornig

1 Anlass

Die negativen Auswirkungen von Substanzgebrauchsstörungen (SGS) auf die Gesundheit von Angehörigen wurden in verschiedenen Studien vielfach und eindeutig belegt (Bischof et al. 2022; Fals-Stewart et al. 2004; Sharma et al. 2019). So wurden bei Angehörigen von Menschen mit SGS erhöhte Raten an psychischen Beeinträchtigungen und Störungen sowie ein abgeschwächter allgemeiner Gesundheitszustand und nicht zuletzt deutlich erhöhte medizinische Behandlungskosten nachgewiesen (Dawson et al. 2007; Orford et al. 2013; Salize et al. 2014). Angehörige stellen folglich eine wichtige Zielgruppe für die Suchthilfe dar, für die es gilt, ein flächendeckendes und bedarfsorientiertes Unterstützungsangebot zu schaffen.

Hinsichtlich der aktuellen Prävalenz gaben in einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe 9,5% der Befragten an, eine/n Angehörige/n mit bestehender SGS (außer Tabak) in den vergangenen zwölf Monaten zu haben. Weitere 4,4% berichteten, eine/n Angehörige/n mit einer seit über zwölf Monaten überwundenen SGS zu haben, wobei Frauen insgesamt signifikant häufiger angaben, eine/n Angehörige/n mit SGS zu haben (Berndt et al. 2017: 36). Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies in etwa 10 Millionen Personen in Deutschland, die zur Zielgruppe der Angehörigen von Menschen mit SGS gehören.

Es gibt einen wissenschaftlich-fachlichen Konsens darüber, dass es sich bei SGS gleichermaßen um Störungen im Familiensystem handelt. Denn oftmals ist die komplette Familiendynamik von den massiven psycho-sozialen Auswirkungen der SGS mitbetroffen (Lander et al. 2013). In der Praxis sind Unterstützungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe jedoch nach wie vor nicht flächendeckend implementiert. Auch nutzt ein großer Teil der Angehörigen von Betroffenen mit SGS die bestehenden Angebote im Suchthilfesystem nicht oder nur selten (Bischof et al. 2018a) und die Abbruchquote von Angehörigen bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten fällt nach wie vor hoch aus (Berndt et al. 2017: 4, 13, 112).

Vorrangige Gründe von Angehörigen, die bereits bestehenden Angebote nur selten bis gar nicht zu nutzen, bestehen in Stigmatisierungsängsten, Schuldgefühlen und der Angst, negative Reaktionen von anderen zu erhalten (McDonagh/Reddy 2015; Corrigan/Rüsch 2002). Gleichzeitig bestehen dennoch deutliche Bedarfe von Angehörigen nach Hilfeangeboten (Orford et al. 2010). So wünscht sich ein großer Teil eine bessere Erreichbarkeit und Präsenz der Suchthilfe sowie den Zugang zu psychothera-

apeutischer und stationärer Hilfe. In diesem Zusammenhang wurde die Notwendigkeit eines besseren Schnittstellenmanagements verschiedener Institutionen benannt und z.B. eine bessere Aufmerksamkeit bereits von Hausärzt:innen für diese Thematik gefordert. Auch konkrete Verhaltensanweisungen oder Tipps im Umgang mit den Betroffenen wurden von den Angehörigen genannt und als hilfreich eingeordnet. Letztlich wurde der Wunsch nach einer Veränderung des öffentlichen Bewusstseins über SGS betont, da die Erkrankung nach wie vor medial sehr negativ dargestellt wird (Berndt et al. 2017).

Das Positionspapier soll folglich einen Überblick über die gegenwärtigen Problemfelder und die hieraus resultierenden Empfehlungen und Möglichkeiten einer Weiterentwicklung in der Angehörigenarbeit geben, um die Wichtigkeit des notwendigen Handlungs- und Forschungsbedarfs für diese Zielgruppe aufzuzeigen.

2 Problembereiche

2.1 Hohe Belastungen seitens der Angehörigen

Bei SGS handelt es sich nahezu immer auch um eine Beeinträchtigung und Störung des gesamten Beziehungs- und Familiensystems, so dass die Auswirkungen des Alkohol- oder Substanzkonsums ebenfalls für die Angehörigen von Betroffenen als stark belastend erlebt werden (Sharma et al. 2019). Scham- und Schuldgefühle sind dabei oftmals für den Rückzug aus dem Freundes- und Bekanntenkreis verantwortlich. Nicht selten kommt es hierdurch zu einer regelrechten Vereinsamung (Hornig 2023). Suchtbedingte Stressoren führen nach dem Stress-Strain-Coping-Support-Modell von Orford und Kollegen (Orford et al. 2010) bei Angehörigen in Abhängigkeit von Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung im Sinne einer Stress-Belastungsreaktion zu sowohl psychischen als auch körperlichen Beeinträchtigungen und hohen Belastungen (Greenfield et al. 2016). Darüber hinaus fühlen sich Angehörige zum einen aufgrund der nach wie vor bestehenden Tabuisierung der Thematik Abhängigkeit in unserer Gesellschaft wiederholt vor allem aus Angst vor Stigmatisierung gehemmt (Di Sarno et al. 2018), sich jemandem anzuvertrauen und suchen sich, wenn überhaupt, erst sehr spät Unterstützung und Hilfe. Zum anderen haben Angehörige häufig das Gefühl, mit der erlebten Hilflosigkeit und hohen Belastung alleine zu sein und nehmen eine eher rare Präsenz der Suchthilfe und deren Angebote wahr (Berndt et al. 2017).

2.2 Keine flächendeckenden und einheitlich standardisierten Hilfeangebote

Die Angehörigenarbeit wird mittlerweile als fester Bestandteil in der Behandlung von SGS im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen aufgeführt (DRV o. J.). Allerdings besteht trotz der vorhandenen Bedarfe Angehöriger eine deutlich geringer ausgebaute Angebotsstruktur im Vergleich zum breiten und flächendeckenden Angebotsspektrum für die Betroffenen selbst (DHS 2019). In der Regel bieten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ein- bis zweitäti-

ge Angehörigenseminare oder in einem regelmäßig stattfindenden Turnus Angehörigengruppen an. Auch in den ambulanten Entwöhnungsbehandlungen sind bei einer Gesamtdauer von 18 Monaten mit insgesamt 120 Sitzungen bis zu 12 Gruppen- und Einzelgespräche mit Bezugspersonen möglich (DRV 2001), so dass die Einbeziehung des sozialen Umfelds zwar selbstverständlich geworden ist, jedoch vom Kostenträger enge Grenzen gesetzt sind und es sich folglich eher um familienbezogene Therapien als um Familientherapie handelt (Rennert 2012). Der Einbezug von Angehörigen in den Therapieverlauf der Betroffenen findet somit statt und wird in den meisten Fällen für günstigere Prognosefaktoren ermöglicht. Eine einheitliche und konzeptionelle Verortung der Angehörigenarbeit als Zielgruppe mit eigenständigem Beratungs- und Behandlungsanspruch gibt es bislang dennoch nicht.

2.3 Mangelnde Konzeptionen in der Praxis

Auswirkungen von SGS auf das soziale Umfeld werden in deutschen suchtpolitischen Leitlinien bislang nur eingeschränkt benannt und Verweise auf evidenzbasierte Behandlungsangebote fehlen durchgängig (Bischof et al. 2018b). Hinzukommt, dass der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 zufolge, im Jahr 2010 wie in den Vorjahren lediglich 7% der Arbeitsleistung von Suchtberatungsstellen auf Angehörigenberatung entfiel (DSHS 2012). Fast 10 Jahre später in der Deutschen Suchthilfestatistik von 2019 veränderte sich der Prozentsatz in der ambulanten Betreuung kaum, indem weiterhin lediglich 7,9% der Betreuung mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen durchgeführt wurde (DSHS 2020). Die Zahlen geben Anlass dazu, Weiterentwicklungsmöglichkeiten für adressat:innenorientierte Angebote und eine flächendeckende Versorgung zu eruieren. In den USA sind – im Gegensatz zu Deutschland, bereits einige Reha-Programme implementiert, die auf eine ganzheitliche Behandlung der Familie ausgerichtet sind und nicht nur auf die Personen mit SGS. Die Programme können hierbei ein breites Spektrum an Therapien, Selbsthilfegruppen, Familientagen, Familienfreizeiten, Elternkursen und mehr umfassen (Mosel 2022). Die Vorteile von solchen familientherapeutischen Ansätzen bei der Behandlung von SGS v.a. für Angehörige bestehen darin, zu verstehen, wie wichtig es ist, Verantwortung für ihr eigenes emotionales, körperliches und geistiges Wohlbefinden zu übernehmen (Mosel 2022). Außerdem ergaben metaanalytische Übersichten über randomisierte klinische Studien, dass Substanzmissbrauchsprogramme, die die Familie mit einbeziehen, im Vergleich zu Interventionen, die sich ausschließlich auf die substanzabhängigen Betroffenen konzentrieren, zu einer höheren Abstinenzquote führen (Stanton/Shadish 1997).

3 Ziele von Angehörigenarbeit

3.1 Die Lebenszufriedenheit der Angehörigen erhöhen

Die Angehörigenarbeit sollte in erster Linie dazu dienen, Angehörige zu entlasten und deren seelisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit aufgrund der oftmals eigenen hohen Morbidität wieder zu verbessern. Im Sinne eines guten Empowerments sollen

vor allem Ressourcen und Kompetenzen der Angehörigen wieder gestärkt werden. Beispielsweise sollten Angehörige folglich dazu motiviert werden, ihr oftmals vernachlässigtes soziale Netz wiederaufzubauen oder zu erweitern – unabhängig vom/von der Betroffenen. Hierbei ist es wichtig, die häufig damit in Verbindung stehenden Ängste der Angehörigen vor Zurückweisung der anderen und ihres Umfeldes gemeinsam mit ihnen zu thematisieren. Weiter sollten Angehörige darin bestärkt werden, eigene soziale Aktivitäten zu entwickeln – ebenfalls unabhängig vom abhängigen Familienmitglied. Hierdurch kann ermöglicht werden, dass sie nach längerer Zeit wieder einen zunehmenden Fokus auf ihre eigenen Bedürfnisse richten sowie ihre Grenzen besser erkennen können. Auch kann hierdurch Kontrolle über die eigene Zufriedenheit und Freude in spezifischen Lebensbereichen wiedergewonnen werden. Dabei aufkommende Schuldgefühle seitens der Angehörigen sollten gemeinsam besprochen werden (Smith/Meyers 2013). Grundsätzlich sollten Angehörige von Fachkräften immer wieder auf das ICH, statt ER oder SIE aufmerksam gemacht werden, um letztlich wieder bei sich selbst anzukommen (Flassbeck 2020).

3.2 Steigerung des positiven Erlebens in der Familie oder Partnerschaft

Für ein positives Erleben und eine friedvollere Familiendynamik besitzen vor allem im Rahmen einer gemeinschaftlichen Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen die Verbesserung von Kommunikationsfertigkeiten eine hohe Relevanz. Mittlerweile ist mehrfach belegt, dass Kommunikationsprobleme in Beziehungen mit Substanzgebrauch allgegenwärtig sind und sogar den Alkohol- oder Substanzgebrauch noch weiter schüren können (Epstein/McCrary 1998; O'Farrell/Fals-Stewart 1999, 2003). Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit von integriertem Kommunikationstraining bei Paartherapien da bei Teilnehmer:innen dieser umfassenden Substanzmissbrauchsprogramme häufig im Anschluss ein reduzierter Substanzkonsum und eine höhere Zufriedenheit in der Partnerschaft diagnostiziert wurde (Bowers/Al-Rehda 1990; Epstein/McCrary 1998; Fals-Stewart et al. 2000; Fals-Stewart et al. 2001; Monti et al. 1990; Stanton/Shadish 1997). Entsprechend untermauern auch diese Ergebnisse den Einsatz familientherapeutischer Ansätze in der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen.

3.3 Prävention im Rahmen der Gesundheitsförderung und Früherkennung

Ebenfalls die Prävention und Aufklärung stellen wichtige Bausteine in Bezug auf die Angehörigenzielgruppe dar – da besonders Kinder aus Suchtfamilien gefährdet sind, später z.B. selbst an einer SGS zu erkranken (DHS 2019). Die Angehörigenthematik sollte entsprechend gezielt in der präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, beispielsweise an Schulen eingesetzt werden. Hierdurch wird die Abhängigkeitsproblematik oftmals und plötzlich am eigenen Leib erfahrbar, da fast jeder jemanden kennt, der eine Abhängigkeitserkrankung oder zumindest einen schädlichen bzw. riskanten Gebrauch von Substanzen/Alkohol aufweist. Außerdem sollte die Voraussetzung einer engen Zusammenarbeit vom somatischen Versorgungssystem und der

Suchtkrankenhilfe für eine effektive Früherkennung gewährleistet sein wie beispielsweise in Form einer guten Kooperation mit der Polizei und Gerichtsbarkeit oder auch dem Jugendhilfe- und Schulsystem (Küstner et al. 2005). Weiter ist eine angehörigenzentrierte Herangehensweise auch in verschiedenen institutionellen, betrieblichen sowie auch gesellschaftlichen und politischen Präventionskampagnen und Aufklärungsarbeiten zu etablieren.

4 Was muss passieren?

4.1 Forschungsbedarf zur Angehörigenarbeit

Um adressat:innenorientierte Angebote zu gestalten, bedarf es weiterer Forschungen. Forschungsbedarf besteht u.a. hinsichtlich folgender Thematiken:

Im Rahmen einer Profilbildung (Nutzer:innen-/Nicht-Nutzer:innen-Profile von Angehörigen in Bezug auf die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Angeboten) im Hinblick auf soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus etc.) aber auch auf suchtspezifische Belastungsfaktoren (je nach Abhängigkeitsart des/der jeweils Betroffenen mit SGS) könnten neue Schwerpunkte in der Angehörigenarbeit entwickelt und gesetzt werden. Durch eine wiederum ansprechendere Gestaltung bestimmter Angebote der möglichen Ziel-Subgruppen ließen sich passgenauere und bedarfsgerechte Angebote für Angehörige implementieren, um zu einer erhöhten Inanspruchnahme und Behandlungsbereitschaft beizutragen.

Weiter sollten genderspezifische Aspekte in Bezug auf unterschiedlich erlebte Belastungen, Barrieren und Unterstützungsbedarfe analysiert und bei der Gestaltung und Entwicklung von Angeboten berücksichtigt werden. Erfahrungsgemäß betrifft die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch Angehörige größtenteils Frauen, v.a. Partnerinnen und Mütter. Vor diesem Hintergrund bestätigen auch epidemiologische Daten, dass deutlich mehr Frauen als Männer in Partnerschaften mit suchtkranken Betroffenen leben (Naundorff/Kornwald/Bosch et al. 2017).

Es sollten Modellprojekte starten, die eine Adaption von familien- oder paartherapeutischen Konzepten für die Suchthilfe – insbesondere in der ambulanten Suchtberatung sowie medizinischen Rehabilitation ermöglichen, um diese in einem nächsten Schritt praktisch in einer hierfür geeigneten Institution der Suchthilfe zu erproben. Um Angehörige bereits ressourcenorientiert zu unterstützen und bedarfsgerecht abzuholen – unabhängig von der Behandlungsbereitschaft ihres betroffenen Familienangehörigen, bestünde ebenfalls Forschungsbedarf im Hinblick auf Unterstützungsangebote für Angehörige in der niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Sucht- und Drogenhilfe. Die nachfolgend aufgeführten familientherapeutischen Ansätze sollten entsprechend auch in niedrigschwelligen Institutionen erprobt werden und Anwendung finden.

4.2 Entwicklung und Erprobung familientherapeutischer Konzeptionen

Es wäre innovativ, paar- oder familientherapeutische Ansätze in rehabilitative Behandlungskonzepte zu integrieren. Hierfür könnten bereits bestehende Konzepte wie sie in den USA bereits standardisiert Anwendung finden, für Deutschland adaptiert werden (wie bereits mit dem Ansatz der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) (Spohr/Gantner/Bobbink 2011) oder des Community Reinforcement and Family Trainings (CRAFT) (Smith/Meyers 2013) erfolgt). Auf diese Weise könnte eine intensivere Form der gemeinsamen Arbeit und Behandlung mit sowohl Betroffenen als auch Angehörigen stattfinden. Forschungsergebnisse belegten z.B. die Wirksamkeit von integriertem Kommunikationstraining bei Paartherapien, da bei Teilnehmer:innen dieser umfassenden Substanzmissbrauchsprogramme häufig im Anschluss ein reduzierter Substanzkonsum diagnostiziert wurde und eine höhere Zufriedenheit in der Partnerschaft (Bowers/Al-Rehda 1990; Epstein/McCrady 1998, Fals-Stewart et al. 2000; Fals-Stewart et al. 2001; Monti et al. 1990; Stanton/Shadish 1997). Gegenüber anderen ambulanten oder stationären Behandlungsangeboten erzielte MDFT außerdem eine höhere Akzeptanz und Haltequote (zwischen 70% und 95% beendeten regulär), es ließ sich eine signifikante Reduzierung des Substanzkonsums bei Jugendlichen verzeichnen und das familiäre Leben verbesserte sich (Spohr et al. 2010). Auch in der Wirksamkeitsevaluation des CRAFT-Ansatzes der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck (Iwen 2015) sprechen die Ergebnisse für die Wirksamkeit von CRAFT in Bezug auf dessen inhärenten Ziele: Zum einen konnten behandlungsunwillige alkoholranke Indexpatient:innen häufiger zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen motiviert werden und die konsumierte Alkoholmenge nahm gleichzeitig ab. Zum anderen zeigte sich ein positiver Einfluss der Beratungen auf die psychische Gesundheit der teilnehmenden Angehörigen. Allerdings finden auch diese Ansätze in Deutschland bis heute nicht annähernd flächendeckend praktische Anwendung.

4.3 Schaffung einer Regelfinanzierung

Kostenträger sollten für eine Regelfinanzierung von Angeboten für Angehörige im Rahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation sensibilisiert werden. Denn Angehörige können sich z.B. zwar Unterstützung im Rahmen einer, in der Regel von den Krankenkassen übernommenen, ambulanten Psychotherapie suchen. Allerdings sind die besonderen Dynamiken der Entwicklung einer SGS – auch im Rahmen der Familie, vor allem Expert:innen im Suchtbereich bzw. der Suchthilfe geläufig. Des Weiteren bedeuten beispielsweise eine Paar- oder Familientherapie (wenn Angehörige gemeinsam mit ihrer Familie therapeutische Unterstützung erhalten wollen) erhebliche finanzielle Kosten für die in Anspruch nehmenden Personen, da diese üblicherweise privat gezahlt werden muss. Die Kosten werden nicht von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen, da Paar- oder Familientherapie nicht zur Psychotherapie zählt. Laut Psychotherapeutengesetz handelt es sich bei „psychologischen Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ nicht um Psychotherapie

(Psychotherapeutengesetz – PsychThG, o. J.). Das langfristige Ziel einer Regelfinanzierung bestünde folglich darin, eine Behandlungsleitlinie zu entwerfen, die Angehörigen gemäß den aufgeführten Bedarfen den Zugang zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen im Kontext einer passgenauen Indikation sowie im Rahmen einer sich daraus ergebenden bedarfsgerechten Behandlung und Therapie ermöglicht.

4.4 Aufbau von systemisch-familientherapeutischen Weiterbildungen im Rahmen der Suchtrehabilitation

Die Rückständigkeit familientherapeutischer Verfahren in der Suchthilfe und Suchttherapie in Deutschland ist möglicherweise auch mit dem bisherigen Ausschluss von systemischen Therapieverfahren als Qualifikationsgrundlage zu erklären. Erst zu November 2019 ist die Systemtherapie sozialrechtlich als Richtlinienverfahren anerkannt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2019), wodurch für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen künftig auch die Systemische Therapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht. Durch die Anerkennung der Systemtherapie als drittes Psychotherapieverfahren neben der tiefenpsychologisch-orientierten- und Verhaltenstherapie ergeben sich jedoch berufsübergreifende neue Möglichkeiten für die Suchttherapie sowie für eine adäquate ressourcenorientierte Angehörigenarbeit. Die Weiterbildung Systemische Therapie wird künftig neben der entsprechenden Praxis für die Tätigkeit als Suchttherapeut:in als Weiterbildung zum Suchttherapeuten / zur Suchttherapeutin anerkannt (DGSF 2022a). Von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) können Weiterbildungen zu Suchttherapeut:innen auf Grundlage der Systemischen Therapie „grundsätzlich akzeptiert“ werden – so der Wortlaut einer Mitteilung der zuständigen Abteilung der DRV an Weiterbildungsinstitute mit ‚anerkannten Curricula‘ (DGSF 2022b). Die Etablierung systemisch-familientherapeutischer Weiterbildungen im Rahmen der Suchtrehabilitation könnten durch diese Aussicht gelingen, um sie folglich als von der Rentenversicherung anerkannte Suchttherapieform anbieten zu können.

4.5 Interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation

Es sollten bessere Vernetzungen zwischen den verschiedenen Schnittstellen und Institutionen erfolgen wie beispielsweise den Einrichtungen der Suchthilfe wie Suchtberatungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen auf der einen Seite und Hausärzt:innen, der Jugendhilfe oder der Polizei und Gerichtsbarkeit auf der anderen Seite. Angehörige könnten auf diese Weise beim Vorstellig-werden im Rahmen von z.B. Hausarztbesuchen unmittelbar entlastet werden, wenn diese/r eine direkte Vermittlung an Suchtberatungsstellen herstellt und bereits erste Informations- und Aufklärungsarbeit leisten kann.

4.6 Schaffung niedrigschwelliger Zugänge

Auch eine Anonymisierung bestehender ambulanter Unterstützungsangebote durch veränderte Namensgebungen sollte überdacht werden, um vor allem die anfänglichen Hürden der Angehörigen für die Nutzung von Angeboten abzubauen (die vorrangig aus Scham und Angst vor Stigmatisierungen bestehen). Im Zusammenhang damit könnten Chatfunktionen und andere spezifische Internetangebote sowie niedrigschwellige Zugänge etabliert werden, um Angehörige eher dazu zu motivieren, Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen und einen ersten Kontakt zum Suchthilfesystem zu ermöglichen.

4.7 Abbau von Stigmata

Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeiten sollten stattfinden, um die Entstigmatisierung von SGS voranzutreiben und die Thematik grundsätzlich weiter zu enttabuisieren. Mehr Werbung über Angebote für Angehörige kann dabei helfen, Gesprächshürden abzubauen und stattdessen mehr Offenheit über die Erkrankung und die damit in Verbindung stehenden Belastungen zu fördern. Zudem sind Schulungen für Fachkräfte der Suchthilfe in Bezug auf eine „angehörigenzentrierte Sichtweise“ durchzuführen, um für einen stärkeren Fokus auch auf Angehörige zu sensibilisieren; den eigenen Sprachgebrauch zu hinterfragen, mit welchem Angehörigen begegnet wird und häufig gegebene Pauschalrezepte oder stereotype Empfehlungen an Angehörige zu vermeiden und stattdessen ein individuelles Eingehen auf die Person zu fördern.

Frankfurt Juli 2023

Literatur

- Berndt J, Bischof A, Besser B. et al. Abschlussbericht. Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkrankter: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS). Lübeck; 2017. Im Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Bischof G, Meyer C, Batra A et al. Angehörige Suchtkrankter: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. *SUCHT* 2018a, 64:2, 63-72. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000530>.
- Bischof G, Besser B, Bischof A et al. Positionspapiere und Leitbilder zu Angehörigen Suchtkrankter POLAS. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck; 2018b. Im Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2018-07-18POLAS-Abschlussbericht.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Bischof G, Bischof A, Velleman R, Orford J, Kuhnert R, Allen J et al. Prevalence and self-rated health and depression of family members affected by addictive disorders: results of a nation-wide cross-sectional study. *Addiction*. 2022; 117(12): 3140– 3147. <https://doi.org/10.1111/add.15960>.

- Bowers TG, Al-Rehda MR. A comparison of outcome with group/ marital and standard/ individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1990; 51(4), S. 301-309. www.doi.org/10.15288/jsa.1990.51.301, 20.03.2023.
- Corrigan PW, Rüschi N. Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*; 2002, 6(3), 312–334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>.
- Dawson D, Grant BF, Chou, SP, Stinson FS. The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007; 68(1): 66-75. Im Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17149519/>; Stand: 20.03.2023. DOI: 10.15288/jsad.2007.68.66.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF). Suchttherapie: Ein neues Tätigkeitsfeld für Systemiker*innen. 2022a. Im Internet: <https://www.dgsf.org/aktuell/news/suchttherapie-ein-neues-taetigkeitsfeld-fuer-systemiker-innen>; Stand: 27.03.2023
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF). Suchttherapie auf der Grundlage der Systemischen Therapie. 2022b. Im Internet: <https://www.dgsf.org/aktuell/news/suchttherapie-auf-der-grundlage-der-systemischen-therapie>; Stand: 27.03.2023
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analysen der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Im Internet: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_in_der_Familie.pdf, 26.06.2023
- Deutsche Rentenversicherung. Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. Aufgaben, Erwartungen, Empfehlungen; o.J. Im Internet: file:///fsa/share/home/uas0023819/Downloads/download_angehoerige_reha-1.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Deutsche Rentenversicherung. Rehabilitation. Vereinbarungen im Suchtbereich. 2001. Im Internet: file:///fsa/share/home/uas0023819/Downloads/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf; Stand: 24.03.2023: 24
- Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München; 2012. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2011.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München; 2020. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf; Stand: 20.03.2023.
- Di Sarno M, De Candia V, Rancati F et al. Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Feb 1; 219: 108439. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108439

- Epstein EE, McCrady BS. Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review* 1998; 18(6), S. 689-711. DOI: 10.1016/s0272-7358(98)00025-7.
- Fals-Stewart W, O'Farrell T, Feehan TJ, Birchler GR et al. Behavioral Couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 18(3), S. 249-254. DOI: 10.1016/s0740-5472(99)00059-8.
- Fals-Stewart W, O'Farrell T, Birchler GR et al. Behavioral Couples therapy for male methadone maintenance patients: Effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy* 2001; 32(2), S. 391-411. [www.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80010-1](http://www.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80010-1), 20.03.2023.
- Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for substance abuse: rationale, methods, and findings. *Sci Pract Perspect.* 2004 Aug; 2(2): 30-41. doi: 10.1151/spp042230.
- Flassbeck J. Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. 3. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2020.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 37/2019. Psychotherapie. Systemische Therapie für Erwachsene als weiteres Richtlinienverfahren aufgenommen. Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/34-215-826/37_2019-11-22_PT-RL_Systemische%20Therapie.pdf; Stand: 27.03.2023
- Greenfield TK, Karriker-Jaffe KJ, Kerr WC et al. Those harmed by others' drinking in the US population are more depressed and distressed. *Drug Alcohol Rev.* 2016 Jan; 35(1): 22-29. doi: 10.1111/dar.12324
- Hornig L. Angehörigenarbeit im Rahmen der Suchthilfe. Empfehlungen für eine verbesserte Praxis. Baden-Baden: Nomos; 2023.
- Iwen J. Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von behandlungsunwilligen Personen mit Alkoholabhängigkeit/-missbrauch: Wirksamkeitsevaluation des Community Reinforcement and Family Trainings (CRAFT), Hamburg; 2015. Im Internet: www.d-nb.info/1084029707/34; Stand: 16.01.2023
- Küstner UJ, Sack PM, Zeichner D, Thomasius R. Familienbezogene Frühintervention. In: Thomasius, R./Küstner, U. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention, Stuttgart: Schattauer GmbH; 2005: S. 268-273.
- Lander L, Howsare J, Byrne M. The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Soc Work Public Health* 2013; 28(0): 194–205. Im Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23731414/>; Stand: 30.03.2023. DOI:10.1080/19371918.2013.759005.
- McDonagh D, Reddy J. Drug & Alcohol Family Support Needs Analysis Report. Western Region drugs task force; 2015. Im Internet: <https://www.drugsandalcohol.ie/23433/1/WRDTF-Family-Support-Needs-Analysis-Report.pdf>; Stand: 28.03.2023.
- Monti PM, Abrams DB, Binkoff JA et al. Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1990; 51(3), S. 263-270. DOI: 10.15288/jsa.1990.51.263.
- Mosel S. Family Therapy for Substance Use Disorders & Addiction Recovery. American Addiction Centers, updated Oct 21, 2022. Im Internet: <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/family-therapy/>; Stand: 20.03.2023.

- Naundorff J, Kornwald C, Bosch A. Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe und Abstinenzverbände. Im Internet: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf; Stand: 20.03.2023.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Treatment models and methods: Family models. In: McCrady, B.S./Epstein, E.E. (Hrsg.): Addictions: A comprehensive guidebook, S. 287-305, New York: Oxford University Press; 1999.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Marital and family therapy. In: Hester, R.K./Miller, W.R. (Hrsg.): Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives, 3rd ed., S. 188-212, Boston; 2003: Allyn & Bacon.
- Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton, L, Ibanga A. The experiences of affected family members: a summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2010, 44–62.
- Orford J, Velleman R, Natera G. et al. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*, 78, 2013: 70-77. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.11.036.
- Psychotherapeutengesetz – PsychThG. Im Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html; Stand: 20.03.2023.
- Rennert M. Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet, 2012 (3. akt. Aufl.), Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag: 99-110.
- Salize HJ, Jacke C, Kief S. Produktivitätsverluste, berufliche Einbußen und 137 Unterstützungsleistungen von Angehörigen von Patienten mit Alkoholabhängigkeit vor und nach der Entzugsbehandlung 2014; *Sucht*, 60: 215-224.
- Sharma A, Sharma A, Gupta S, Thapar S. Study of family burdens in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian J Psychiatry*. 2019 Mar-Apr; 61(2):131-138. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_123_15.
- Smith JE, Meyers RJ. Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. 1. Aufl. 2013, Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Spohr B, Gantner A, Bobbink J. Das MDFT-Manual. Multidimensionale Familientherapie. Theoretische Grundlagen und Praxis, Berlin; 2010. Im Internet: www.infodrog.ch/files/content/ff-de/spohr_mdft-manual_2009.pdf; Stand: 16.01.2023
- Spohr B, Gantner A, Bobbink JA, Liddle HA. Multidimensionale Familientherapie: Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln, 2011; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family/couples treatment of drug abuse: A meta-analysis and a review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin* 1997; 122(2), S. 170-191. DOI: 10.1037/0033-2909.122.2.170.

Stellungnahme zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland

Dirk Schäffer, Claudia Schieren & Heino Stöver

Die Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ hat in den letzten 18 Monaten mit verschiedenen Maßnahmen und Interventionen einen Beitrag geleistet die Substitution opioidabhängiger Menschen in rechtlicher und medizinischer Hinsicht weiterzuentwickeln. Zudem galt es die Behandlungsform im Fokus aller Akteur:innen zu halten und zu einem Wissenszuwachs bei Patient*innen und nichtmedizinischen Mitarbeiter:innen von Aids- und Drogenhilfen beizutragen. Zum Abschluss der bis zum 31.12.2022 befristeten Kampagne wollen wir uns mit dieser Stellungnahme der diamorphingestützten Behandlung zuwenden.

Zwischen 2001 und 2007 wurde das Modellprojekt zur heroingestützten Substitutionsbehandlung in sieben Städten Deutschlands durchgeführt. Im Rahmen der klinischen Studie wurden die Effekte der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Substitution mit Methadon im langfristigen Verlauf untersucht.

Die positiven Ergebnisse des Modellprojekts bildeten die Grundlage der in Deutschland im November 2009 erfolgten Zulassung von Diamorphin (Diaphin®) zum Einsatz in der Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit.

Sowohl im deutschen Modellprojekt als auch in internationalen Studien z.B. in Kanada, Spanien, Großbritannien zeigte sich die Überlegenheit der Diamorphinbehandlung gegenüber der oralen Methadonbehandlung in Hinblick auf die Haltequote und der gesundheitlichen Stabilisierung. Zudem reduzierte sich der Konsum von illegalem Heroin in fast allen durchgeführten Studien gegenüber der Methadongruppe signifikant¹.

Sowohl der Bundestag als auch der Bundesrat verabschiedeten die zur Behandlungsdurchführung notwendigen Gesetzesänderungen im Jahr 2009. Im Ergebnis musste die Diamorphinbehandlung nicht mehr auf Basis von Ausnahmegenehmigung (zu einem wissenschaftlichen oder im öffentlichen Interesse liegenden Zweck) durchgeführt werden, sondern war als Regelbehandlung möglich. Damit die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden konnte, verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Richtlinien „Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“.

Seit dem 1. Oktober 2010 war die Diamorphinbehandlung über neue Gebührensatzungen des EBM zu Lasten der GKV abrechenbar.

¹ Hierzu verweisen wir auf die Publikation „Entwicklung und aktueller Stand der Diamorphinbehandlung in Deutschland“ von Uwe Verthein und Rebecca Löbmann beim Berufsverband psychosozialer Berufe unter https://www.dgvt-bv.de/news-details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=2482&cHash=2ab33239e8d5962e88fe04dd59c7a9a2

Erst nach umfangreicher Kritik der teilnehmenden Städte sowie verschiedener Fachverbände wie der Deutschen Aidshilfe, Akzept e.V. und dem JES-Bundesverband an den Richtlinien, die in einigen Punkten über die gesetzlichen Vorgaben hinausgingen (tägliche 12-stündige Öffnungszeit, das Vorhalten dreier ärztlicher Vollzeitstellen sowie bestimmte räumliche und organisatorische Vorgaben), veränderte der G-BA seine Richtlinien zum Beginn des Jahres 2013.

Die aktuelle Versorgungslage Opiatabhängiger bezüglich der Behandlung mit Diamorphin ist heute, 10 Jahre nach der Anpassung der G-BA Richtlinien, als nicht ausreichend zu bezeichnen. Laut Bericht zum Substitutionsregister 2022 entfallen lediglich 1,5 % aller verabreichten Substitutionsmittel auf die Substanz Diamorphin.

Aktuell werden Patient:innen in lediglich 14 Diamorphinambulanzen (Berlin (Patrida), Berlin (Praxiskombinat), Bonn, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln, München, Stuttgart, Unna, Wuppertal, Iserlohn) in Deutschland behandelt. Hierbei ist anzumerken, dass seit 2010 erst 7 neue Ambulanzen eröffnet wurden, die nicht zu den Modellstädten und Einrichtungen zu zählen sind.

Als größte Hindernisse auf dem Weg zu einer verbesserten, hinreichenden Versorgungslage werden u.a. gesehen:

Aufnahmekriterien: Schwerstabhängigkeit, Mindestalter und Abhängigkeitsdauer

Der Begriff der „Schwerstabhängigkeit“ und die damit verbundenen Aufnahmekriterien für die Diamorphinbehandlung erweisen sich in der Praxis als problematisch. Sie unterstellen der Opioidabhängigkeit einen Erkrankungsverlauf dessen Schwere sich an der Dauer der Abhängigkeit und an einem „Mindestalter“ messen lassen soll. Damit wird die Diamorphinbehandlung als eine Art „ultima ratio“ – Behandlung angesehen, deren Inanspruchnahme vielfach erst am Ende des heute vorgehaltenen medizinischen Spektrums steht.

Dies ist aus unserer Sicht unethisch und erinnert an den Beginn der Substitutionsbehandlung in den 90er Jahren. Dort war der Zugang zur Substitutionsbehandlung an eine Aids-Erkrankung, später dann an eine HIV-Infektion gekoppelt. Eine Hierarchisierung der verschiedenen Substitutionsbehandlungen wird dem Wesen der Opioidabhängigkeit nicht gerecht. Stattdessen erfordert diese eine individuelle Behandlungsplanung, in der möglichst alle Therapieoptionen zu jedem Zeitpunkt zur Verfügung stehen sollten.

Aufnahmekriterium: „schwerwiegende psychische und somatische Störung“

Hier setzt sich die Unschärfe der konstruierten Kategorie der 'Schwerstabhängigkeit' fort. Es erschließt sich nicht, dass im Gegensatz zur oralen Substitutionsbehandlung Patient*innen, die sich für eine diamorphingestützte Behandlung entscheiden, eine „schwerwiegende psychische und somatische Störung“ aufweisen müssen. Zudem

ist die Einschätzung ab wann eine psychische oder somatische Suchtfolgestörung als schwerwiegend einzustufen ist, höchst subjektiv.

Wir betrachten dies ebenfalls als unethisch und fachlich nicht begründbar! Es geht um die Opioidgebrauchsstörung, nicht um neue Kategorien oder die Einführung neuer, wissenschaftlich nicht-belegbarer, Begrifflichkeiten wie „Schwerstabhängigkeit“.

Aufnahmekriterium: „6-monatige Substitutionsbehandlung“

Mit dieser Zugangshürde wird der Ultima-Ratio-Charakter der Diamorphinbehandlung unnötigerweise verstärkt. Es gibt aus unserer Sicht keine medizinische Grundlage, die eine vorherige Behandlung mit herkömmlichen Medikamenten zur Substitution begründet.

Berichte aus der Praxis zeigen, dass es dort Patient:innen gibt, die nur kurzfristige Vorbehandlungszeiten aufweisen, da sie aufgrund psychiatrischer und somatischer Begleiterkrankungen oder aus auf die Struktur der Therapie zurückzuführenden Gründen die Behandlung nach kurzer Zeit beenden.

Behandlungsabbrüche stellen ein hohes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko dar. Gerade diese Patient:innengruppe könnte von der diamorphingestützten Behandlung profitieren. Wir sehen in dieser Voraussetzung eine Ausblendung des Mortalitätsrisikos, dem Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen unter den Bedingungen der Illegalität permanent – und nicht erst nach 6 Monaten – ausgesetzt sind.

Zudem gibt es eine Vielzahl von opioidabhängigen Menschen, die sich bisher immer illegal mit Heroin versorgt haben und aus diesem Grund keine Zeiträume der Substitution aufweisen. Dieser großen Gruppe von Menschen wird der Zugang zur Diamorphinbehandlung kategorisch verwehrt.

Aufnahmekriterium: Psychosoziale Betreuung

Die begleitende psychosoziale Betreuung kann ein wichtiger Bestandteil der Substitutionsbehandlung sein. Dies gilt auch für die diamorphingestützte Behandlung. Die Novellierung der BtmVV führte zu einer Klarstellung der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der psychosozialen Betreuung. Die Finanzierung der psychosozialen Betreuung ist bundesweit uneinheitlich geregelt, und in Teilen nicht existent. Zudem besteht die Möglichkeit, dass eine temporäre oder dauerhafte Nichtinanspruchnahme einer PSB bescheinigt werden kann. Es erschließt sich nicht, warum für die diamorphingestützte Behandlung eine verpflichtende PSB fortbestehen soll. Auch hier gilt es über eine Vereinheitlichung der Richtlinien eine Gleichwertigkeit und Gleichrangigkeit der diamorphingestützten Behandlung zu verdeutlichen.

Rahmenbedingung: Diversifizierung der Applikationsformen

Wenngleich seit der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung im Jahr 2017 verschiedene Darreichungsformen von Diamorphinpräparaten zulässig sind, erfolgt die Diamorphinbehandlung in Deutschland aktuell ausschließlich intravenös. Welche Relevanz die Diamorphinbehandlung mit Tabletten haben kann, zeigt sich u.a. in der Schweiz wo etwa 1/3 der Patient:innen diese Applikationsform nutzen.

Durch eine orale Diamorphinbehandlung würde sich die Zielgruppe für eine solche Behandlung deutlich erweitern. Aktuelle Daten aus Drogenkonsumräumen zeigen, dass der Anteil des inhalativen Konsums steigt und in vielen Städten mehr als 50% der Heroingebraucher:innen aus verschiedenen Gründen vom intravenösen zum inhalativen Konsum umgestiegen sind. Alle an der Weiterentwicklung der Diamorphinbehandlung interessierten Akteure aus Politik, Industrie und Praxis sowie von Fachverbänden und Interessensgruppen sind aufgerufen ihre Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Diversifizierung der Diamorphinbehandlung zu nutzen.

Rahmenbedingung: Hohe Kosten durch Sicherungskonzepte

Ein Blick in die Räumlichkeiten zur Bevorratung und der Zubereitung/Abgabe von Diamorphin erinnert eher an Banken als an medizinische Praxen (z.B. Tresore, verstärkte Wände, besondere Bauweise). Diese Art der Sicherung ist mit exorbitanten Kosten verbunden, die das Entstehen neuer Ambulanzen deutlich erschwert oder gar verhindert. Diese Sicherungskonzepte unterstreichen ebenfalls den besonderen Charakter der Diamorphinbehandlung in nicht notwendiger Art und Weise. Im Gegensatz hierzu werden die herkömmlichen Wirkstoffe (z.B. Levomethadon, Methadonrazemat, Buprenorphin, retardiertes Morphin), deren Einnahme für opiatnaive Menschen und in hohen Dosen auch für opiatgewöhnte Menschen potenziell lebensbedrohlich oder tödlich verlaufen kann, während der Öffnungszeiten von Praxen und Ambulanzen ohne besondere Sicherheitsmaßnahmen aufbewahrt. Eine Aufbewahrung und Bevorratung mit gleichen oder ähnlichen Sicherheitsstandards, die sich seit mehr als 30 Jahren in der Substitutionsbehandlung bewährt haben, könnte in maßgeblicher Weise zu einer Kostenreduktion beitragen und das Entstehen neuer Standorte für die Diamorphinbehandlung unterstützen.

Rahmenbedingung: Neue Modelle der Diamorphinbehandlung

Aktuell gibt es vor allem in Nordrhein-Westfalen intensive Bemühungen neue Standorte für die Diamorphinbehandlung einzurichten. Zu unserer Überraschung stoßen diese Bemühungen auf Vorbehalte von Seiten der Drogenhilfe. Einer Bewertung dieser Vorkommnisse enthalten wir uns an dieser Stelle.

Für uns muss allerdings immer handlungsleitend bleiben, dass Eigeninteressen von Trägern sowie Bestrebungen etwaige Alleinstellungsmerkmale zu erhalten gegenüber Interessen der Bereitstellung zusätzlicher Behandlungsmöglichkeiten nachrangig zu betrachten sind. Alle Akteur:innen müssen dazu beitragen Kooperationen im Sinne

von Opioidkonsument:innen anzustreben und die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin sowie herkömmlichen Medikamenten zu unterstützen.

Naloxon rettet Leben

Forderung nach flächendeckender Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Deutschland zur Reduktion von opioidbedingten Drogentodesfällen

Dirk Schäffer, Simon Fleißner & Heino Stöver

Hintergrund

Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle in Deutschland ist in den letzten Jahren gestiegen. Im Jahr 2021 waren 1826¹ und im Jahr 2022 waren 1990 Drogentodesfälle² zu verzeichnen, 2012 waren es 944. Die Steigerung der drogenbedingten Todesfälle um mehr als 100 Prozent in zehn Jahren führt allen die Dramatik der Lage vor Augen. Der Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden ist stets die häufigste Todesursache. Die flächendeckende Umsetzung von Take-Home-Naloxon kann in Zukunft Todesfälle vermeiden. Take-Home-Naloxon bedeutet, dass Laien in der Anwendung von Naloxon geschult und anschließend mit Naloxon ausgestattet werden. Take-Home-Naloxon ist nachweislich eine wirkungsvolle Maßnahme zur Vermeidung von opioidbedingten Drogentodesfällen.³ Damit die Umsetzung auch in Deutschland flächendeckend gelingen kann, soll im folgenden Take-Home-Naloxon kurz vorgestellt werden, um anschließend die zentralen Hemmnisse einer Umsetzung aufzuzeigen und herauszuarbeiten, wie diese abgebaut werden können.

Was ist Take-Home-Naloxon?

Bei einer Überdosierung mit Opioiden erleidet die betroffene Person eine Atemdepression. Naloxon kann in wenigen Minuten die potenziell tödliche Atemdepression aufheben und damit das Leben der betroffenen Person retten.⁴ Naloxon verdrängt die Opiode von den Rezeptoren, bleibt aber selbst ohne psychoaktive Wirkung. Die Anwendung

- 1 Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, „1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben – Zahl erneut gestiegen; Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen“, 2022, <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/>.
- 2 Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, „2022 erneuter Anstieg bei Zahl der Drogentoten“, 11. Mai 2023, <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/2022-erneuter-anstieg-bei-zahl-der-drogentoten/>.
- 3 Anna Olsen u. a., „Assessing Causality in Drug Policy Analyses: How Useful Are the Bradford Hill Criteria in Analysing Take-Home-Naloxone Programs?“, *Drug and Alcohol Review* 37, Nr. 4 (Mai 2018): 499–501, <https://doi.org/10.1111/dar.12523>.
- 4 John Strang u. a., „Take-Home-Naloxone for the Emergency Interim Management of Opioid Overdose: The Public Health Application of an Emergency Medicine“, *Drugs* 79, Nr. 13 (September 2019): 1395–1418, <https://doi.org/10.1007/s40265-019-01154-5>.

von Naloxon, ohne dass Opioide an einer Überdosierung beteiligt sind, bleibt also folgenlos. Durch den Ruf eines Rettungswagens wird die betroffene Person so schnell wie möglich in die Hände von Ärzt:innen und Rettungssanitäter:innen übergeben.

In Deutschland ist Naloxon ein verschreibungs- und apothekenpflichtiges Medikament. Die Indikation für eine Verschreibung ist gegeben, wenn eine Opioidabhängigkeit vorliegt oder sich die Person in einer Substitutionsbehandlung befindet. Naloxon ist erstattungsfähig und kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden. Seit 2018 ist Naloxon als Nasenspray auch in Deutschland verfügbar und die Anwendung durch Laien ist dadurch einfacher und sicherer geworden.⁵

Schwierigkeiten bei der Umsetzung und mögliche Verbesserungen

Obwohl der Wirkstoff Naloxon bereits in den 60er-Jahren patentiert wurde⁶ und erste Modellprojekte zu Take-Home-Naloxon Ende der 1990er-Jahre auch in Deutschland durchgeführt wurden⁷, wird Take-Home-Naloxon seit Jahren nur durch einzelne Einrichtungen in Deutschland umgesetzt. 2018 wurden durch das Modellprojekt in Bayern zumindest dort Grundlagen für eine flächendeckende Versorgung geschaffen⁸. Mit dem dreijährigen, durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Bundesmodellprojekt NALtrain wird seit Juli 2021 (bis Juli 2024) versucht, Take-Home-Naloxon bundesweit als Standard in der Drogen- und Suchthilfe zu implementieren. Nach der Hälfte der Projektlaufzeit stellen sich einige strukturelle Hindernisse und Schwierigkeiten heraus. Die folgenden Empfehlungen können zentral dazu beitragen, Take-Home-Naloxon als lebensrettende Maßnahme umzusetzen.

Empfehlungen

Folgende vier Empfehlungen sind entscheidend:

1. Verschreibungspflicht: Die größte Barriere kann durch die Aufhebung der Verschreibungspflicht reduziert werden. Dadurch wird der Zugang zu Naloxon deutlich vereinfacht, der Aufwand für die Suchthilfeeinrichtungen wird geringer und potenzielle Finanzierungen durch die Länder oder Kommunen werden effektiver. Im Endbericht des bayerischen Modellprojektes wird empfohlen, die Verschreibungspflicht aufzuheben, aber das Medikament weiterhin erstattungsfähig zu belassen.⁹ Verschrei-

5 Schäffer, Dirk: Opioidbedingte Todesfälle in Deutschland – warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt., in: o. Hg.: 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Groß-Umstadt 2020, S. 85–89.

6 Hong K. Kim und Lewis S. Nelson, „Reducing the Harm of Opioid Overdose with the Safe Use of Naloxone: A Pharmacologic Review“, Expert Opinion on Drug Safety 14, Nr. 7 (Juli 2015): 1137–46, <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1037274>.

7 Kerstin Dettmer, Bill Saunders, und John Strang, „Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes“, BMJ : British Medical Journal 322, Nr. 7291 (14. April 2001): 895–96.

8 Heike Wodarz-von Essen u. a., „Take-Home-Naloxon für geschulte Opioidabhängige - Erfahrungen zum Umgang mit Überdosierungsnotfällen“, NOTARZT 38, Nr. 03 (Juni 2022): 138–42, <https://doi.org/10.1055/a-1785-3481>.

9 Heike Wodarz-von Essen u. a., Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN) (München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021).

bungen wären dann weiterhin möglich (wie z. B. bei Notfallsets gegen Allergien und Anaphylaxie), aber nicht erforderlich.

Die Verschreibungspflicht sollte einer flächendeckenden Implementierung nicht im Wege stehen und die Versorgung der Zielgruppe mit dem lebensrettenden Medikament nicht behindern.

2. Finanzierung: Die Durchführung von Take-Home-Naloxon bedeutet sowohl Sach- als auch Personalkosten für die Einrichtungen. Damit ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, braucht es eine finanzielle Förderung von Take-Home-Naloxon durch die Bundesländer. Die Zahlen der geschulten Konsument:innen im Rahmen von NALtrain in Bayern legen nahe, dass eine solche Förderung deutlich zu einer dauerhaften Implementierung von Take-Home-Naloxon beiträgt.

Die Finanzierung von Take-Home-Naloxon kann in allen Bundesländern zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen und ist entscheidend für die Verstetigung von Take-Home-Naloxon.

3. Ärzt:innen: Unabhängig davon, ob eine Verschreibungspflicht für Naloxon besteht, ist die Bereitschaft von Ärzt:innen, an Take-Home-Naloxon mitzuwirken, zentral für eine deutschlandweite Umsetzung. Zwar bedeutet Take-Home-Naloxon medizinische Überlebenshilfe durch Laien, dennoch können Mediziner:innen durch Ansprache und Verschreibung entscheidend dazu beitragen, die Zielgruppe zu erreichen. Mit der Substitutionsbehandlung, dem stationären Kontext und auch dem Justizvollzug sind Ärzt:innen derzeit häufig in Schlüsselpositionen für die Umsetzung von Take-Home-Naloxon. Zudem kann die Unterstützung durch Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen einen wichtigen Beitrag leisten. Es bestehen nach wie vor viele Vorbehalte in der Ärzteschaft gegenüber der Vergabe von Naloxon. Dabei führt Take-Home-Naloxon nicht zu mehr bzw. risikoreicherem (Bei-)Konsum und widerspricht auch weder dem Ziel der Substitutionsbehandlung noch dem einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Suchtmediziner:innen für die Vergabe von Take-Home-Naloxon zu gewinnen, ist zentral für das Gelingen. Take-Home-Naloxon als Regelangebot bei der Behandlung von Opioidkonsument:innen sollte das Ziel sein.

4. Das gesamte Drogen- und Suchthilfesystem: Damit Take-Home-Naloxon flächendeckend eingeführt werden kann, braucht es alle Einrichtungen und Institutionen, welche mit Personen arbeiten, die Opioide konsumieren. Im ganzen System der Drogen- und Suchthilfe sollten Mitarbeitende ausgebildet werden, um Naloxonschulungen anzubieten, und Strukturen geschaffen werden, um die Zielgruppe mit Naloxon zu versorgen.

Take-Home-Naloxon sollte zum Regelangebot in allen Bereichen der Drogen- und Suchthilfe und im Justizvollzug werden.¹⁰

¹⁰ Simon Fleißner, Heino Stöver, und Dirk Schäffer, „Take-Home-Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 26. Mai 2023, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03705-4>.

Fazit

Take-Home-Naloxon ist eine wirksame Maßnahme zur Reduktion von Drogentodesfällen und bleibt in Deutschland noch weit hinter ihrem Potenzial zurück. Wir plädieren für eine umfassende Einführung von Take-Home-Naloxon in Deutschland. Die aufgeführten Empfehlungen verdeutlichen, wie dies gelingen kann. In Anbetracht der steigenden Drogentodeszahlen kann Take-Home-Naloxon Leben retten und vermeidbare Todesfälle durch Opioidüberdosierungen verhindern. Take-Home-Naloxon ist dabei nur eine von verschiedenen Harm-Reduction-Maßnahmen, welche sich gegenseitig ergänzen. Naloxon rettet Leben!

Herausforderung Crack



4

Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

Lea Albrecht, Gabi Becker, Daniel Deimel, Larissa Hornig, Daniel Kiefer, Urs Köthner, Felicitas Krauss, Astrid Leicht, Ingo Ilja Michels, Oliver Müller-Maar, Nina Pritzens, Dirk Schäffer, Artur Schroers, Heino Stöver, Christine Tügel & Frank Woike

Einleitung

In vielen Großstädten – vor allem in den westlich und nördlich gelegenen Bundesländern, breitet sich seit einigen Jahren der Crack-Konsum (rauchbares Derivat von Kokain) im öffentlichen Raum und unter bestimmten Konsumierenden in problematischer Weise aus. Dieser war zuvor jahrzehntelang auf Hamburg, Frankfurt und Hannover beschränkt¹. Einrichtungen der niedrighschwelligigen Drogen- und Suchthilfe wie Drogenkonsumräumen und Kontakt-stellen aus dem gesamten Bundesgebiet berichten von den Folgen des exzessiven Crack-Konsums von Nutzenden der Einrichtungen.

Eine „Sonderauswertung Crack“ im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zeigt hingegen für die allgemeine erwachsene Bevölkerung keine Unterschiede im Crackkonsum zwischen 1995 und 2018 in der 12-Monats-Prävalenz (maximal 0,1%)².

Crack wird von problematisch Konsumierenden in „Rausch-Einheiten“ (binges) an zumeist mehreren aufeinanderfolgenden Tagen konsumiert. Der „Alltag auf Crack“ ist meist schneller, hektischer und bietet kaum Erholungsphasen für die Gebraucher:innen, bis z.T. körperliche Erschöpfungszustände, Zusammenbrüche und finanzielle Grenzen erreicht sind.

In diesen Phasen lässt sich bei Konsumierenden ein ständiger Wechsel von Euphorie und Dysphorie verzeichnen. Die psychoaktive Substanz führt häufig zu einem übersteigerten Selbstbewusstsein und bei dem anschließenden Entzug zur sofortigen Leere und Depression³. Dieser rasante Wechsel zwischen den Gemüts- und Gefühlszuständen sowie die starke Ich-Bezogenheit wirken sich nicht nur auf die psychische Gesundheit, sondern auch sozial sowie auf die körperliche Gesundheit negativ aus. Häufig kommt es zu Konflikten der Konsumierenden untereinander sowie zu Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Hausordnungen und Regelungen der Drogenhilfeeinrichtungen. Erkrankungen der Atemwege in Folge des Rauchkonsums, Infektionen

1 Kühnl et al., 2021; Stöver, 2001.

2 Neumeier, 2022.

3 Werse et al., 2017.

aufgrund mangelnder Hygiene und Abmagerung wegen Mangel- und Fehlernährung können weitere Auswirkungen des intensiven Konsums sein.⁴

Problematisch Crack-Konsumierende auf der Szene verelenden unter solchen Umständen zusehends, wobei eine niedrigschwellig zugängliche medizinische und insbesondere psychiatrische Erst- und Akut-Versorgung fehlt bzw. nur lückenhaft vorhanden ist. Die massiven Auswirkungen des Konsums übersteigen z.T. die Kapazitäten in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe und die Vorgaben und Zugangsregelungen der Drogenkonsumräume⁵. Viele Einrichtungen verfügen nicht über die notwendigen Angebote für diese Zielgruppe (Rauchräume, Tages- und Nacht-Ruheräume/-betten) sowie über ausreichend ausgeweitete Öffnungszeiten. Die Folgen sind gravierend: Abhängige rauchen Crack auf der offenen Straße statt Drogenkonsumräume zu nutzen. Infolge des enormen Beschaffungsdrucks kommt es teilweise auch zu Auseinandersetzungen unter den Konsumierenden.

Das subjektive Sicherheitsgefühl von Menschen, die sich in diesen Stadtbereichen aufhalten bzw. dort leben und arbeiten, nimmt ab.

Die Crackkonsumierenden kommen aus unterschiedlichen sozialen Bezügen und auch in den verschiedenen Städten aus vielfältigen Hintergründen mit differenzierten Motiven: Dabei handelt es sich um teils länger bekannte und langjährige Drogenkonsumierende, z.T. opioidabhängig, z.T. in einer Substitutionsbehandlung und einer Psycho-Sozialen Betreuung befindlich, aber auch um Menschen, die keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem haben oder suchen, um geflüchtete Menschen, EU-Ausländer:innen, sowie Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung. Zielgruppendifferenzierung ist also für eine lebensweltnahe Ansprache dieser Menschen – zumeist aus prekären Lebenslagen kommend – von größter Wichtigkeit.

Der Konsum von Crack hat zwar ein hohes psychisches Suchtpotential, epidemiologische Studien zeigen allerdings auch relevante Anteile an sporadischen und/oder unterbrochenen Konsummustern mit mehr oder weniger langen Konsumpausen⁶, d.h. Crack führt nicht unweigerlich in exzessive, der Selbststeuerung entzogene Konsummuster. Ein großes Problem stellt allerdings der weitverbreitete polyvalente Gebrauch mehrerer psychoaktiver Substanzen neben Crack dar. Die Konsumierenden von Crack bleiben jedoch ansprechbar, v.a. in ihren Kontrollphasen und sind auch offen für Hilfeangebote.

Ganz wichtig ist es v.a. dem in manchen Medien verbreiteten Mythos entgegenzutreten, Crackkonsumierende seien völlig unkontrollierte und aggressive „Monster“⁷.

Anknüpfend an die Internationale Crack-Fachtagung am 04.10.2022 in Frankfurt am Main tagte am 05.10.2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Expert:innen-Gruppe⁸ mit Vertreter:innen sowohl aus den Städten Hamburg, Frankfurt, Bremen und Hannover als auch Vertreter:innen von akzept e.V. sowie von freien Träger:innen der Suchthilfe und Hochschulen, um Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum und den damit einhergehenden Schwierigkeiten und Problemlagen zu erarbeiten.

4 Hößelbarth, 2014: 24.

5 Pauly/Jeschky, 2021: 25.

6 Prinzleve et al., 2004.

7 Michels, 2004.

8 Siehe Teilnehmer:innen-Liste am Ende des Dokuments.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden folglich im Rahmen eines Expert:innengesprächs entwickelt. Hierbei konnten nicht alle Empfehlungen konsensual getroffen werden, so dass entsprechend auch Einschätzungen widerspiegelt werden, die nicht von allen Expert:innen mitgetragen werden konnten. Die nachfolgenden Empfehlungen enthalten viele Anregungen, um in den fachlichen und fachpolitischen Diskurs zu gehen.

Diese richten sich je nach den nachfolgend aufgeführten Themenschwerpunkten an psychosoziale Versorgungsdienste (Drogenhilfe, Psychiatrien, Sozialdienste), Mediziner:innen, sowie an Verantwortliche für die Versorgung Abhängigkeitserkrankter in Bund, Ländern und Kommunen.

1. Prävention/-Medien

Die Standards für selektiv präventive sowie zielgruppenspezifische und lebenswelt-nahe Präventionsmaterialien/-medien zur adäquaten Ansprache und Vermittlung von Botschaften gelten auch für Crack-Konsumierende. In folgenden Bereichen müssen Anpassungen erfolgen, um eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppen zu realisieren.

Selektive und indizierte präventive Maßnahmen:

- Programme zum selbstkontrollierten Konsum von psychoaktiven Substanzen, die sich bereits bei anderen Substanzen bewährt haben, können auch mit dem Fokus auf den Konsum von Crack angeboten werden. Erste Wirksamkeitsbelege finden sich in der KISS Studie. Hier wurden im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie eine signifikante Crackkonsumreduktionen nachgewiesen⁹.
- Zur zielgerichteten Ansprache der vulnerablen Gruppen sollte die Situation aktuell Crack-Konsumierender berücksichtigt werden. Hierbei zeigt sich, dass es sich nicht nur um „neue“ Konsumierende handelt, sondern häufig um Personen, die bereits seit vielen Jahren andere Substanzen (z.B. Opioide und Kokain) konsumieren und nun ihren Substanzkonsum auf Crack erweitert und/oder verlagert haben¹⁰. Beobachtungen vor Ort zeigen, dass sich viele dieser Crack Konsument:innen auch in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befinden. Somit könnte eine zielgerichtete Kontaktaufnahme durch Mediziner:innen, Pflegekräfte oder alternativ durch Mitarbeiter:innen aus Aids- und Drogenhilfen stattfinden, die für die psychosoziale Betreuung zuständig sind. Im Fall eines intakten Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind substituierende Ärzt:innen geeignete Personen, über die eine Ansprache erfolgen kann.

Orte des Konsums / Drogenkonsumräume (DKR)

- Drogenkonsumräume (nachfolgend DKR) und ihr unmittelbares Umfeld sowie Vorplätze und Außengalerien sollten entsprechend den Nutzungsanforderungen attraktiv gestaltet werden, z.B. durch Ausstattung mit Sitzgelegenheiten, ad-

⁹ Körkel, J. et al., 2011.

¹⁰ EMCDDA, 2022: 13f.

äquater Beleuchtung, Witterungsschutz, Trinkwasser-Brunnen und Reinigung in erforderlicher Frequenz.

- Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum müssen für Menschen in problematischen Lebenssituationen geschaffen werden. Diese Orte dürfen nicht sich selbst überlassen bleiben, sondern müssen von den Akteur:innen der Kommune und ggf. des Landes (z.B. Straßen- und Grünflächenämter, Stadtreinigung, Ordnungsamt, Polizei, Sozialamt sowie freie Träger der Sozialen Arbeit) betreut werden.
- In vorhandenen DKR sollte – sofern nicht bereits ausreichend vorhanden – die Zahl der Rauchplätze den Bedarfen entsprechend erhöht und die Schwellen zur Inanspruchnahme wegen Wartezeiten und (Über-)Regulierungen abgesenkt werden. Damit soll es Konsumierenden zur Schadensminimierung erleichtert werden, zunehmend inhalative Konsumformen zu praktizieren. So kann z.B. die Implementierung von „Express-Rauchräumen“ für den schnelleren Zugang für Crack-Konsumierende ermöglicht werden. Dies bietet Alternativen zum Konsum im öffentlichen Raum und kann diesen zumindest zeitweilig und punktuell entlasten.

Kommunikation / Kontakt

- Der Einbezug von Peers kann für umfassende Bedarfsanalysen sowie für die Erreichbarkeit von Konsumierenden und für die Akzeptanz von Interventionen im öffentlichen Raum hilfreich sein.
- Die bereits praktizierten Verfahren der zielgruppendifferenzierten Kontaktaufnahmen und der Kommunikation werden auf Crack-spezifische Kurzinformationen, z.B. in Form von Printmedien mit mehrsprachigen Hinweisen oder mit Plakaten an szenenahen Orten angewendet. Auch in Bezug auf Crack ist darauf zu achten, dass die Inhalte kurz, prägnant und in „leichter Sprache“ formuliert sind.
- Die Übermittlung von Informationen und Botschaften zur Risikominderung kann für Konsumierende besonders attraktiv gestaltet werden, indem begleitend im persönlichen Face-to-Face-Kontakt die für den Crack-Konsum benötigten Utensilien (Pfeifen, Siebe, Feuerzeuge/ Feuerzeug-Gas, Natron, Wasser, Lippenpflege, „Safer Crack Packs“) kostenlos und/oder zum Selbstkostenpreis abgegeben werden.
- Die Face-to-Face-Kontaktarbeit und die Aushändigung von Utensilien sollten mit einer Verknüpfung der Analog- und Face-to-Face-Angebote durch ein breites Digital-Angebot der Suchthilfe (z.B. QR-Codes auf Plakaten, Beratungskontakte durch App-Nutzung, Online-Beratung) ergänzt werden.
- Digitale Zugangsbarrieren können durch die Bereitstellung von Internetfähigen Computern mit Kamera und Kopfhörern bzw. von Smartphones für drogenkonsumierende Personen, die mittellos sind und in prekären Verhältnissen leben, zur Nutzung in Kontakt- und Beratungsstellen zwecks Zugangs zu digitalen Angeboten von Suchtberatungsstellen, reduziert werden.

- Weiter sollten Zugangsbarrieren minimiert werden, die z.T. vom Suchthilfesystem selbst etabliert worden sind, wie z.B. beschränkte und realitätsferne Zugangszeiten für Konsumierende zur Entzugsbehandlung.

Opioid-Substitutionsbehandlung

- Das Angebot einer individualisierten und bedürfnisorientierten Substitutionsmittel-Vergabe am Nachmittag oder Abend (statt am Morgen oder Vormittag) kann helfen, den Crack-Konsum am Abend zu beenden und ist eine Alternative zum abendlichen Gebrauch von Schwarzmarkt-Opioiden/Benzodiazepin/ Pregabalin.
- Ein standardisiertes, für alle Patient:innen gleiches Vorgehen und die Ausrichtung von Angeboten nach Institutionslogiken und -interessen müssen vermieden und abgebaut werden.

Crackzubereitung

Verschiedene Konsumutensilienvergabe-Modalitäten und in Konsumräumen sowie außerhalb von Konsumierenden praktizierte Crack-Zubereitungs-Verfahren (Aufbereitung mittels Natron oder Ammoniak) sollten hinsichtlich der fachlichen Risikoabwägung im Rahmen einer professionellen Harm Reduction-Beratung mit Konsumierenden abgestimmt werden. Die Vor- und Nachteile der Selbstherstellung versus des Kaufs fertig zubereiteter „Steine“ sollen dabei erörtert werden. Der Einbezug von Peers in die Erarbeitung von Inhalten und Kernbotschaften ist sinnvoll. Das Erfahrungswissen und die Perspektive von Konsum-Erfahrenen ist für wirksame Harm Reduction-Maßnahmen essentiell, zumal es so gut wie keine Forschung(-sergebnisse) zu den gesundheitlichen Risiken und Schutzmöglichkeiten beim Crack-Konsum gibt.

Harm Reduction, Infektionsprophylaxe und Safer Use

- Auch der inhalative Konsum von Crack birgt das Risiko der Verbreitung von potentiell schwerwiegenden, übertragbaren Infektionen wie Virushepatitis oder Covid-19. Deshalb sollten mit einfachen Mitteln der Schadensminderung derartige gesundheitliche Folgeschäden des Crack-Konsums minimiert werden.
- Durch die Vergabe von Crack-spezifischen Konsumutensilien (z.B. Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser) und Informations-/Beipackzetteln (Infolyer) mit einer Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver – Bsp.: „Safer Crack Pack“ (JES-Bundesverband)¹¹ – und durch Zugang zu Mitteln der Händehygiene, z.B. durch die Vergabe von Händedesinfektionsmitteln und der Bereitstellung von Hände-waschgelegenheiten in den Einrichtungen oder mit mobilen Waschbecken, können wirksam Infektionen vermieden werden. Konsument:innen können für einen risikoreduzierten Konsum sensibilisiert und lebensweltnah wichtige Informationen zum Gesundheitsschutz können vermittelt werden. Es sollten im Alltag bewährte und auch von Angebotsnutzenden akzeptierte Modalitäten und Abgabestandards bezüglich Safer Crack - Utensilien praktiziert werden, wie z.B. die Abgabe von Pfeifen zum Selbstkostenpreis. Der verantwortliche, pflegliche und hygienische Umgang mit mehrfach zu

¹¹ <https://www.jes-bundesverband.de/projekte/projekt-safer-crack-pack/>

verwendenden Utensilien (Crack-Pfeife) sollte durch Aufklärung, motivierende Gespräche und ggf. mit Incentives (z.B. mit Gutscheinen) für einen späteren kostenlosen Erwerb einer neuen Pfeife, gefördert werden.

- Es müssen vielfältige und differenzierte Konsumutensilien-Vergabeangebote¹² durch Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe (Kontakt- und Beratungsstellen mit und ohne DKR, aber auch die höherschweligen Suchtberatungsstellen) geschaffen und entwickelt werden.
- Weitere Modelle der Vergabe im Rahmen regionaler Spezifitäten sollten realisiert werden, z.B. über Verkaufsautomaten, Spritzenautomaten, Nachtbusse und aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork), um einen spezifischen und qualifizierten Zugang zu hygienischen Konsumutensilien und zu Informationen und Angeboten der Drogen- und Suchthilfe zu ermöglichen.
- Das Budget für eine Konsumutensilienvergabe zum Zwecke des Infektionsschutzes und der Öffentlichen Gesundheit muss von den Einrichtungen und deren Zuwendungsgeber:innen ausreichend ausgestattet werden. Entsprechende Empfehlungen der WHO analog zur Mindestzahl von Spritzen und Kanülen, die von qualifizierten Einrichtungen abgegeben werden, sollten konkretisiert werden¹³.
- Erforderlich sind kontinuierliche interne Schulungen von Fachpersonal in den spezifischen niedrigschweligen Einrichtungen zur qualifizierten Konsumutensilienvergabe¹⁴, damit über das Sortiment, den hygienischen und ressourcenschonenden Umgang mit Konsumutensilien, die Zubereitung des Cracks und zur Risikominderung informiert und zu individuell passenden Risiko- bzw. Konsumreduktionsstrategien beraten werden kann.
- Die Empfehlungen zur Harm Reduction, insbesondere auch zu Modellen der Konsumutensilienvergabe und zur Zubereitung/zum Erwerb der Substanz (selbst aufkochen oder kaufen) sollten auf spezifische regionale Gegebenheiten, Voraussetzungen und Bedarfe hin überprüft und ausgesprochen werden.

12 EMCDDA, 2021.

13 WHO, 2022.

14 U.a. DAH, o.J.

Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Harm Reduction	
Vergabe von Konsumutensilien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser ■ Informations- und Beipackzettel (Infolyer) (inkl. Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver) ■ „Safer-Crack-Pack“
Einführung von Abgabestandards	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung von Modalitäten wie z.B. die Abgabe der Konsumutensilien zum Selbstkostenpreis ■ Förderung eines verantwortlichen und hygienischen sowie pfleglichen Umgangs von Safer-Crack-Utensilien durch Crack-Konsumierende
Entwicklung differenzierter Konsumutensilien-Vergabeangebote	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erweiterung des Angebotes der Spritzen- und Kanülenvergabe um Utensilien für den inhalativen Konsum ■ Schaffung einer vielfältigen Angebotspalette für den inhalativen Konsum von Crack
Vergabemodelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung im Rahmen regionaler Spezifitäten in Kontaktstellen, Konsum-räumen, Beratungsstellen ■ Z.B. Verkaufsautomaten, Nachtbusse, aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork)
Schulungen von Fachpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kontinuierliche, interne Schulungen von Fachpersonal in niedrigschwelligen Einrichtungen für eine wissenschaftlich fundierte Informationsweitergabe und Beratung

2. Psycho-soziale Betreuung und medizinische Behandlung

Um den multifaktoriellen Problemlagen von Angebotsnutzenden und Klient:innen der Drogen- und Suchthilfe bedarfsgerecht und angemessen zu begegnen, wäre der Ausbau des niedrigschwelligen Hilfesystems mit lebenswelt-adäquaten Zugängen zur sozialen Beratung und zur psycho-sozialen Begleitung für alle problematisch Crack-Konsumierenden folgerichtig.

Es folgen Empfehlungen für eine Anpassung und Erweiterung der Angebote in der Beratung, Begleitung und Behandlung von Crack-Konsumierenden, soweit sie ein spezifisch auf Crack-Konsum zugeschnittenes Behandlungskonzept benötigen.

Ausbau niedrigschwelliger Angebote und professions-/institutionsübergreifende Vernetzung

Die Soziale Arbeit sollte aus professioneller Sicht ebenso wie aus Sicht der Angebotsnutzenden auch für Crack-Konsumierende bedarfsgerecht definiert und ausgestattet werden. Die kontinuierliche Anpassung und eine Diversität der Angebote

(aufsuchend, beratend etc.) erscheinen dabei auch für Crack-Konsumierende als zwingend notwendig. Um auch für Crack-Konsumierende eine Entsäulung des Hilfesystems und damit eine Durchlässigkeit von Hilfeangeboten beziehungsweise gelingende Kooperationen zu erreichen, ist eine professions-/institutionsübergreifende Vernetzung der Hilfen mit der Eingliederungshilfe sowie dem medizinischen und pflegerischen Hilfesystem unerlässlich.

Mit Ordnungs- und Sicherheitsbehörden bzw. der Polizei ist ein kontinuierlicher Austausch zur Situation im öffentlichen Raum bzw. hinsichtlich der Problemlagen und eine Abstimmung hinsichtlich einer Balance zwischen sozialen, medizinischen, ordnenden und sanktionierenden bzw. repressiven Maßnahmen herzustellen.

Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote zur bedarfsgerechten Versorgung von Crack-Konsumierenden ist dringend notwendig – zentral in innerstädtischen bzw. innerörtlichen Lagen, aber auch in Peripherie bzw. dezentral auf mehrere Orte verteilt. Drogenkonsumräume, Tagesruhemöglichkeiten, Notschlafstellen und eine hygienische Grundversorgung (Essen, Trinken, Toilette, Basishygiene) müssen dort etabliert werden, wo Konsumierende sich aufhalten bzw. bewegen, also zumeist an zentralen Plätzen oder in Bahnhofsnähe.

Bei höherschwelligen und ausstiegsorientierten Angebote sollte eher auf eine szeneferne Lage geachtet werden, da bei Szenenähe die Wahrscheinlichkeit, bei Konsumierenden durch Verfügbarkeiten und Konsumorte Verlangen und Craving auszulösen, eher gegeben ist. Wesentlicher ist, dass die Angebote einen ausreichenden drogenfreien Schutzraum und ein tagesstrukturierendes Angebot sicherstellen müssen.

Der Zugang zu psycho-sozialer Betreuung sollte allen Konsumierenden – auch solchen, die keine sozialrechtlichen Ansprüche in Deutschland haben oder solchen, die anonym bleiben wollen - offenstehen, um den Eintritt ins Hilfesystem zu ermöglichen.

3. Rechtlich-politisch-administrativer Umgang mit Crack-Konsum

Um dem Crack-Konsum im öffentlichen Raum angemessen begegnen und schadensmindernd wirken zu können, bedarf es u.a. der Etablierung einer rechtlichen Grundlage für einheitliche Rahmenbedingungen und erweiterte Handlungsspielräume für Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe. Entsprechend besteht deutlicher Handlungsbedarf in nachfolgenden Bereichen:

Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

Die Kommunen benötigen mehr Handlungsspielräume, um dem wachsenden Crack-Konsum im öffentlichen Raum begegnen zu können. Dazu gehört unter anderem eine Novellierung des § 10a BtMG, der als Rechtsgrundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Deutschland dient. Es soll ermöglicht werden, dass

Rechtsverordnungen von Bundesländern zum Betrieb von Drogenkonsumräumen zukünftig optional entsprechend angepasst werden können. Bundesländer sollten eine fachliche Überprüfung sowie Änderungen vorhandener Landes-Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen dahin gehend vornehmen, dass vermeidbare und unbeabsichtigte Zugangshürden beseitigt bzw. reduziert werden können. Dies betrifft vor allem:

a.) Drug Checking im DKR

Drug Checking soll Konsumraum-Nutzenden niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, regelmäßig bzw. punktuell oder gezielt Erkenntnisse zu Wirkstoffgehalten sowie zur Zusammensetzung der Streckmittel (bzgl. gefährlichen Beimischungen auf dem Schwarzmarkt bzw. auf Ebene der Endverbraucher:innen) zu gewinnen.

Die Ergebnisse der Analysen sollen direkt an die Konsumierenden gegeben werden. Substanzanalyse-Beratungen können auf individueller Ebene Gesundheitsrisiken verringern. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, frühzeitig oder gezielt Informationen zu möglichen Veränderungen auf dem Drogenmarkt zu erhalten.

b.) Gruppenkonsum im DKR

Die Zubereitung und der Konsum von Crack finden häufig in Gruppen statt. Substanzen, Utensilien sowie Aufgaben bei der Zubereitung des Cracks werden geteilt. Es wird gemeinsam konsumiert. Auch nach dem Konsum bleiben die Menschen in einer Gruppe zusammen. Um Alternativen zum Konsum im öffentlichen Raum zu geben, sind deshalb das BtMG respektive die entsprechenden Rechtsverordnungen der Länder bzw. einrichtungsspezifische Regelungen daraufhin zu überprüfen und ggf. zu verändern. Dazu gehört z.B. die Zulassung des Gruppenkonsums von Crack in den Rauchräumen.

c.) Der § 29 sollte für diese Aspekte überarbeitet und angepasst werden

Mit einer Änderung des § 29 BtMG soll die Straffreiheit von Maßnahmen der Drogenhilfe für gemeinnützige soziale Einrichtungen sowie für Kommunen und Länder, die derartige Einrichtungen und Projekte fördern, klargestellt werden.

Einrichtungen, die im öffentlichen Auftrag gemäß BtMG § 29 (1) Satz 11 Gelegenheiten zum Mitbringen und zur Erlaubnis des „unbefugten Verbrauchs“ von Substanzen, die unter das BtMG oder das NPSG fallen oder die nicht ärztlich verordnet sind, ermöglichen, sollen unmissverständlich von Sanktionsandrohungen des BtMG befreit werden. Hier geht es um Rechtssicherheit und eine eindeutige Straffreiheit für Maßnahmen der Drogenhilfe, keinesfalls um die Schaffung rechtsfreier Räume!

Entwicklung der Sozialraumarbeit und der innerstädtischen sowie einrichtungs- und städteübergreifenden Vernetzung

- Es ist für die öffentliche Debatte unerlässlich, dass bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes die Bedarfe von Crack-Konsumierenden berücksichtigt und Aufenthaltsmöglichkeiten für Crack-Konsumierende als Standard eingeführt werden.
- Mindestens in der Nähe von Drogenkonsumräumen sollten solche Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum vorhanden sein. Diese Aufenthaltsmöglichkeiten sollten gleichzeitig eine für Konsumierende und das Umfeld akzeptable Aufenthaltsqualität aufweisen. Dies kann Sitzgelegenheiten, Witterungsschutz, öffentliche Toiletten sowie Trinkwassermöglichkeiten etc. beinhalten.
- Es muss eine enge Abstimmung zwischen den niedrigschwelligen Einrichtungen und der Polizei erfolgen, damit repressive Maßnahmen im Umfeld der Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum und den Einrichtungen nicht deren Inanspruchnahme gefährden.
- Mit einer aktiven, aufsuchenden Gemeinwesenarbeit erfolgt ein konstruktives, mediatorisches Konflikt- und Beschwerdemanagement sowie eine Koordination der aufsuchenden Arbeit als Schadensbegrenzung (für Konsumierende und andere Nutzer:innengruppen) im öffentlichen Raum.
- Die Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und niedrigschwelligen Ruhe- und Schlafmöglichkeiten mit durchgehender psycho-sozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung sollte in Städten und Kommunen umgesetzt werden.
- Die Städte und Kommunen sollten sich vernetzen und dabei Problemlagen umfassend analysieren und angehen. Es wird eine Gesundheits- und Ordnungspolitik mit klar definierten Aufgaben und klarem Rollenverständnis benötigt.
- Unter Gender-Aspekten sind die Belange von Crack konsumierenden Frauen und trans*-Menschen zu berücksichtigen. Notwendig sind z.B. Angebote wie spezielle Schutzräume und Tagesschlafplätze, die an die Bedingungen von Sexwork, z.B. auf dem „Straßenstrich“ angepasst sind und spezifische Unterstützung zum Empowerment und zur Praktizierung von Safer Work vorhalten.

Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung

Eine szenenahe und niedrigschwellige medizinische Grundversorgung in niedrigschwelligen Einrichtungen mit und ohne Drogenkonsumräume sollte bereitgestellt werden, da eine Behandlung erkrankter Menschen im medizinischen Regelsystem oftmals aus formalen Gründen (z.B. wegen fehlender sozial- oder aufenthaltsrechtlicher Ansprüche oder fehlenden Dokumenten, fehlendem Krankenversicherungsschutz) oder aus personenbezogenen Gründen (z.B. suchtbestimmte Lebensweise) nicht möglich ist.

Dies gilt in besonderem Maße für exzessiv Crack-Konsumierende.

Für den Personenkreis der Menschen ohne gesetzlichen Versicherungsanspruch, z.B. bei EU-Ausländer:innen ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder sozialrechtliche Ansprüche, sind auf Bundesebene Lösungen zu finden, wie zum Beispiel die Einführung des anonymen Krankenscheins. Zur Überbrückung sind solidarische Medizin-Netzwerke und Clearingstellen zur Kostenübernahme für sofort notwendige medizinische Leistungen erforderlich.

Dafür sind folgende Aspekte unerlässlich:

1. Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten. Die Zeitfenster, in denen Crack-Konsumierende zugänglich für eine medizinische und psychosoziale Behandlung bzw. für ein geeignetes und akzeptiertes Angebot sind, fallen in der Regel sehr klein aus. Umso wichtiger ist es, unmittelbar handeln zu können und eine direkte Überweisung von der Suchthilfe in das medizinische Hilfesystem zu ermöglichen. Bislang ist die medizinische Hilfe häufig zu hochschwellig.
2. Eine Entzugsbehandlung allein reicht in aller Regel nicht aus. Notwendig ist ein Clearing, welche medizinischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen sukzessive erforderlich sind. Die nächsten Behandlungs-/Therapie-Schritte müssen lückenlos folgen. Im Grunde ist ein durchgehendes, aufeinander aufbauendes medizinisches und sozialarbeiterisches Behandlungskonzept notwendig. Besonders groß ist der Bedarf an psychiatrischer/psychotherapeutischer Unterstützung.
3. Aufsuchende Sozialarbeit der Drogen- und Suchthilfe und aufsuchende psychiatrische Hilfe sollten verzahnt werden. Denn häufig kommt die Drogenhilfe-Straßensozialarbeit vor Ort aufgrund der multiplen und manifesten psychiatrischen Auffälligkeiten der Crack-Konsumierenden an ihre Grenzen.
4. Um die medizinische Versorgung zu verbessern und bundesweit zu diversifizieren, ist das Angebot einer Diamorphinbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack flächendeckend auszubauen. Die Erfahrungen aus manchen Diamorphinambulanzen, die Menschen auch mit diesem Mischkonsum behandeln, zeigen erfreuliche Ergebnisse: In vielen Fällen können die Patient:innen mit einer Neu-Einstellung des Medikaments und einer Verbesserung bzw. Intensivierung der psycho-sozialen Betreuung und der alltagspraktischen Hilfen zur Tagesstruktur und zur Sicherung der Lebensgrundlagen bzw. Beendigung von Obdachlosigkeit oder Wohnraumerhalt die Fortsetzung des Crackkonsums unterbrechen oder reduzieren.

4. Forschungsfelder zu Crack-Konsum

Im Hinblick auf die Prävalenzentwicklung des Crackkonsums im öffentlichen Raum bzw. in niedrighschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe bzw. bei der Substitutionsversorgung Opioidabhängiger liegen aktuell keine systematischen, verlässlichen bundesweiten Daten vor. Zudem wird in vielen Erhebungssystemen nicht zwischen „Crack“ und „Kokain“ differenziert¹⁵. Deshalb stützen sich die hier vorliegenden

15 Neumeier, 2022.

Empfehlungen in erster Linie auf qualitative Berichte von Mitarbeitenden von Kontakt- und Beratungsstellen sowie Drogenkonsumräumen.

Im Folgenden werden vielfältige Forschungsbedarfe benannt, die sich sowohl auf die Motive, Hintergründe und Verläufe von Crack-Konsument:innen, die Epidemiologie und das Monitoring, als auch auf die medizinische und psycho-soziale Versorgung sowie Therapie, auf die Wirksamkeit von etablierten Harm Reduction-Strategien und auf Präventionsansätze beziehen. Staatlich finanzierte Modellprojekte zu folgenden Bereichen sollten dringend angebahnt, umgesetzt und finanziert werden.

Typologie der Konsument:innen sowie Bedingungen und Verläufe des Crack-Konsums

Es besteht eine erhebliche Forschungslücke in Bezug auf die Motive, Hintergründe und Typologie von Crack-Konsument:innen sowie deren Konsumverläufe. Offene Fragen beziehen sich insbesondere auf eine differenzierte Darstellung (Typologie) von Konsument:innen-Gruppen, die etwa Konsummuster (mono- vs. polyvalenter Konsum), das Vorhandensein von psychischen Komorbiditäten und deren Spezifika, Selbstkontrollstrategien der Konsument:innen in Bezug auf eine medizinische Behandlung sowie deren bisherige Einbindung in bestehende Hilfesysteme, berücksichtigt. Zudem liegen bisher nur geringe Kenntnisse über den Einstieg und den Verlauf des Crack-Konsums vor. Hierzu zählen insbesondere die Identifikation von vulnerablen Personengruppen mit Risikomeerkmalen und -verhaltensweisen für einen Crack-Konsum.

Epidemiologie des Crack-Konsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen

Es besteht eine geringe Evidenz zur Verbreitung des Crack-Konsums in Deutschland bzw. in den offenen Drogenszenen im großstädtischen Raum. Hierzu bedarf es einerseits einer systematischen Erfassung des Crack-Konsums in den etablierten epidemiologischen Erhebungen zum Substanzkonsum. Zudem sollte ein Monitoring der auf der Drogenszene verfügbaren Substanzen erfolgen (Drug Checking/ Drogen Analytik). Dieses Monitoring sollte sowohl den Reinheitsgehalt von Crack auf lokaler Ebene als auch den Vergleich mit anderen Substanzen (insbesondere Kokain) ermöglichen.

Ferner bedarf es Forschungen, welche die Situation und Bedingungen des Crack-Konsums auf lokaler Ebene in den Blick nehmen. Hierzu zählen insbesondere die Darstellung der Strukturen von Drogenszenen in öffentlichen Räumen, Szenebefragungen sowie das Monitoring des Konsums und der Verszenung im öffentlichen Raum. Durch diese Forschungen sollen insbesondere regionale Unterschiede bezüglich Verfügbarkeit, Konsumformen und -zubereitung sowie lokaler Markt- und Handelsstrukturen sichtbar gemacht werden.

Erprobung von neuen medikamentösen Behandlungsansätzen

Es bedarf medizinischer Studien, die explizit die medikamentöse Behandlung von Crack-Konsument:innen zum Gegenstand haben. Hierzu zählen insbesondere Modellprojekte mit medizinischem Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen (z.B. Amphetamine und Ketamin), zu denen bereits erste Hinweise auf eine

mögliche Wirksamkeit vorliegen¹⁶. Neben der klinischen Erprobung dieser Medikamente sollte die Frage der Finanzierung und Etablierung solcher Behandlungsansätze berücksichtigt werden.

Identifikation von wirksamen psychosozialen Behandlungsansätzen und deren Erprobung

Es besteht ein Forschungsdefizit über die Wirksamkeit von psycho-sozialen Interventionen, die sich auf Crack-Konsument:innen spezialisieren. Daher sollte hierzu einerseits ein systematischer Review über evidenzbasierte psychosoziale Interventionen für Crack-Konsument:innen erstellt werden. Ergänzend bedarf es einer Übersicht zu etablierten Interventionen, die bereits in Einrichtungen der Suchthilfe entwickelt wurden (praxisbasierte Evidenz). Auf der Basis dieser Übersichten sollten dann psycho-soziale Behandlungsansätze in der Suchthilfe implementiert, erprobt und evaluiert werden.

Es bedarf – aufbauend auf niederländischen Erfahrungen - Studien, die eine Kombination der medikamentösen Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie und Contingency Management untersuchen^{17 18}.

Harm Reduction

Es bedarf einer strukturierten Übersicht (Review) über die Wirksamkeit von Harm Reduction-Strategien und Maßnahmen für Crack-Konsument:innen, sowie die Erprobung und Implementierung von neuen Interventionen, die auf die Reduktion spezifischer Konsumschäden abzielen, die mit dem Kokain- und Crack-Konsum assoziiert werden.

Prävention des Crack-Konsums

Auch für die selektive und indizierte Suchtprävention bedarf es einer Darstellung des aktuellen Wissensstandes über wirksame Präventionsstrategien, die potentielle Crack-Konsument:innen adressieren. Auf der Basis identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren sowie der identifizierten Evidenz sollten für Menschen, die ein hohes Risiko haben, mit dem Crack-Konsum zu beginnen, gezielte präventive Angebote entwickelt, erprobt und evaluiert werden, die sich an vulnerable Zielgruppen richten. Ziel ist hier auch die Herausstellung von „Best-Practice-Ansätzen“, an denen sich Städte bzw. Praktiker:innen orientieren können. Bedeutsam sind hierfür die Erreichbarkeit und der Zugang zu diesem Personenkreis.

5. Interdisziplinäre Kooperation / Stadtplanung

Die hohe Belastung der Zielgruppe und deren multifaktorielle Problemlagen erfordern entsprechend einen multiprofessionellen und interdisziplinären Zugang sowie eine bessere Verzahnung unterschiedlicher Akteure sowie der Kostenträgerschaften. Diese übergreifende Versorgung ist derzeit noch schwer sicherzustellen. Folgende

¹⁶ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2019.

¹⁷ Blanken, 2022.

¹⁸ GGZ Standaarden, 2022.

Maßnahmen sollten angebahnt und ausgeweitet werden, um eine zunehmend verbesserte institutionsübergreifende und interdisziplinäre Kooperation sicherzustellen.

Verbesserung kommunaler Vernetzungen in der Eingliederungshilfe und bei Rehabilitationsmaßnahmen

Eine gute kommunale Vernetzung der Drogenhilfe zwecks tragfähiger Kooperationen spezifischer, nachhaltiger Hilfen für die Gruppe der Crack- bzw. polyvalent Konsumierenden ist notwendig, um eine schnelle Vermittlung in weiterführende medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Angebote vornehmen zu können (Entzug, Wohneinrichtungen, Betreutes Wohnen und viele Weitere).

Die noch weitgehend vorherrschende „Versäulung“ der Hilfen (SGB V, SGB XII, SGB VIII usw.), sowie die gegenseitigen Abgrenzungen und Nichtzuständigkeitserklärungen (von Polizei, Ordnungs- und Gesundheitsdiensten, Ämtern für soziale Dienste, Jugend-, Obdachlosen-/ Wohnungs-/ Straffälligenhilfe etc.) bzw. die unterschiedlichen Kostenträger (Ämter für Soziales, Krankenkassen, Rentenversicherung) verhindern häufig die notwendige schnelle, unbürokratische und interdisziplinäre Versorgung durch Hilfeangebote sogar bei Menschen, die sozialrechtliche Ansprüche geltend machen könnten.

Die sozialrechtliche Grundlage für koordinierte Einzelfall-Eingliederungshilfen ist aber mit dem Sozialgesetzbuch IX gegeben: Das SGB IX hat den Zweck, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen bezüglich ihrer Selbstbestimmung und ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden bzw. entgegenzuwirken. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der Gesetzgeber sich das Ziel gesetzt, auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine bessere Nutzer:innenorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der Eingliederungshilfe zu erreichen (Leistungen aus einer Hand). Für Menschen, die keine sozialrechtlichen Ansprüche haben, sind im Sinne des BTHG und der UN-BRK vergleichbare Angebote und Zugänge zu schaffen.

Implementierung sozialpsychiatrischer Hilfen und medizinischer Akutversorgung

Sozialpsychiatrische Hilfen müssen stärker in ein Gesamtkonzept eingebunden werden. Die Mitarbeitenden von Sozialpsychiatrischen Diensten müssen entsprechend geschult werden. Bisher gibt es kaum psychiatrische Dienste oder niedergelassene Psychiater:innen oder Psycholog:innen, die niedrigschwellige Hilfen vor Ort für diese Konsumierendengruppe anbieten – eine niedrigschwellige psychiatrische Versorgung fehlt oder ist nur lückenhaft vorhanden. Aufgrund der vielfachen und gravierenden psychischen, psychiatrischen und somatischen Problemen (Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Kokain • Heroin und Kokain • Trauma und Kokain • Psychose und Kokain • ADHS und Kokain • ASS und Kokain • Somatische Krankheitsbilder) sind diese Angebote jedoch dringend notwendig.

Errichtung institutioneller Vernetzungen sowie Ausbau stadtplanerischer Konzepte

Die stadtplanerische Komponente und auch die Wohnungslosen- sowie Straffälligenhilfe sollten aufgrund der oftmals prekären Lebensbedingungen der Klientel und offenen Szenen in enger Kooperation und Verzahnung mit den Sozialämtern

bzw. der Sozialen Wohnhilfe mit involviert werden, um insbesondere die überproportionale Wohnungslosigkeit angehen zu können.

Stadtplanerische Überlegungen sollten dabei berücksichtigt werden (Verkehrsberuhigung; Verbesserung der Aufenthaltsqualität; Schaffung von Grünflächen sowie Sitz- und Ruhegelegenheiten; Förderung der Schaffung von günstigem Wohnraum etc.).

Vernetzungsaktivitäten und Abstimmung von Interventionen mit den Ordnungsämtern und der Polizei sollten umgesetzt werden. Bei 80% der Drogendelikte handelt es sich um sog. konsumnahe Delikte.¹⁹

Mit Polizei, Staatsanwaltschaften und Justizvertreter:innen können neue Ansätze zur Entkriminalisierung der Drogenkonsumierenden sachlich erörtert werden, um gemeinsame Positionen, Konzepte und Vorschläge zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen dem Gesetzgeber übermitteln zu können. Der Gesetzgeber sollte sich mit unterschiedlichen Perspektiven auseinandersetzen und ggf. Gesetzesänderungen hinsichtlich einer kohärenten Gesundheits- und Drogenpolitik realisieren.

Es werden kommunale Abstimmungsgremien empfohlen, um die Hilfen gut zu verzahnen, wie z.B. die *Montagsrunde* in Frankfurt am Main oder die *Praktiker:innen-Runde Leopoldplatz* in Berlin-Mitte; d.h. ein regelmäßig tagendes Gremium von Vertreter:innen der Ordnungs- und Polizeibehörden, der Sozial- und Gesundheitsdienste, der freien Träger der Drogenhilfe sowie der Selbsthilfeorganisation der drogenkonsumierenden Menschen. In einem solchen Gremium können fachübergreifende Konzepte entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden, um ein besseres Verständnis für die jeweiligen Sichtweisen der handelnden Personen und Institutionen zu erreichen.

Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen

Die jeweilige Stadtbevölkerung sollte bei kommunalen Veränderungsprozessen hinsichtlich stigmatisierender Verhaltensweisen gegenüber Drogen-/Crack-Konsumierenden sensibilisiert werden. Gleichzeitig sollten ebenfalls deren Bedürfnisse berücksichtigt werden, um letztlich einen Beitrag zur Entstigmatisierung zu leisten. Diese muss aktiv und offen vorangetrieben werden. Dazu muss es zum einen öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagnen geben, die ein Krankheitsverständnis auch in der Allgemeinbevölkerung ermöglichen, ohne wiederum zu stigmatisieren. Zum anderen müssen entstigmatisierende psychoedukative Ansätze in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, verstetigt werden und müssen sich bereits in niedrighschwelligem Kontexten regulär wiederfinden.

¹⁹ Stöver 2001.

Überblick Kernempfehlungen	
1. Ausbau und Entwicklung selektiver lebensweltnaher und zielgruppendifferenzierter Präventionsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Z.B. Ausbau von Programmen für einen selbstkontrollierten Konsum speziell bei Crack ■ Zielgerichtete Kontaktaufnahme durch Mediziner:innen, Pflegekräfte oder durch Mitarbeiter:innen aus Aids- und Drogenhilfe
2. Verbesserte Kommunikation und Kontaktaufnahme zu Crack-Konsumierenden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Printmedien in verschiedenen Sprachen ■ Plakate an szenenahen Orten mit Informationen zur Risikominderung ■ Ausbau digitaler Ansätze (QR-Codes, App-Nutzung, Online Beratung) mit Bereitstellung des notwendigen Equipments in den Einrichtungen ■ Minimierung von Zugangsbarrieren (wie Öffnungszeiten von Einrichtungen)
3. Verbesserung des DKR-Angebots	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nutzungsgerechte Gestaltung der DKR sowie des unmittelbaren Umfelds (Vorplätze, Außengalerien) ■ Ausbau von Rauchplätzen zur Schadensminimierung ■ Rechtlich abgesicherte Einführung von „Express-Räumen“
4. Ausbau von Harm Reduction / Safer Use	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachliche Abstimmung von Zubereitungsmodellen (Selbsterstellung vs. Kauf) unter Einbezug von Peers ■ Vielfältige Konsumutensilienvergabe-Angebote (z.B. „Safer Crack Pack“) unter Beachtung regionaler Spezifitäten und der Einführung von Abgabe-standards ■ Ausreichende Budgetausstattung (analog zu den WHO-Empfehlungen) ■ Kontinuierliche Schulungen von Fachpersonal ■ Ausbau med. Notfallhilfen vor Ort
5. Überprüfung der bestehenden Rechtsvorschriften und des BtMG	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von DKR ■ Novellierung des § 10a BtMG zur Beseitigung von Zugangshürden in den DKR: Insbesondere Drug-checking; Gruppenkonsum von Crack ■ Anpassung des § 29 BtMG zur Schaffung von Rechtssicherheit für Maßnahmen der Drogenhilfe
6. Sozialraumarbeit und Ausbau einer institutions- und städteübergreifenden Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vernetzung von Eingliederungshilfe sowie dem medizinischen und pflegerischen Hilfesystem ■ Abstimmung mit Ordnungsbehörden und Polizei ■ Einführung von Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum als Standard ■ Aktive Gemeinwesenarbeit für Beschwerde- und Konfliktmanagement ■ Vernetzung der Städte zur umfassenden Problemlagenanalyse und für ein klares Rollenverständnis ■ Stärkerer Einbezug sozialpsychiatrischer Hilfen

<p>7. Weiterentwicklung der Stadtplanung und interdisziplinären Kooperation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung einer guten kommunalen Vernetzung der Drogenhilfe ■ Ausbau stadtplanerischer Konzepte und Involvierung der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe in enger Kooperation mit den Sozialämtern ■ Etablierung kommunaler und regelmäßiger Abstimmungsgremien ■ Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen
<p>8. Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablierung von Tagesruhemöglichkeiten, Notschlafstellen und einer Grundversorgung an zentralen Plätzen ■ Zugang zu psycho-sozialer Betreuung für alle Crack-Konsumierenden ■ Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und Notschlafstellen mit durchgehender psycho-sozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung
<p>9. Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erarbeitung bundesweiter Lösungsansätze für Personen ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche ■ Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten ■ Etablierung eines durchgehenden, aufeinander aufbauenden medizinischen Behandlungskonzepts ■ Ausbau eines Angebots der Diamorphenbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack
<p>10. Anbahnung staatlich finanzierter Modellprojekte im Rahmen des Forschungsbedarfs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Motive, Hintergründe und Typologie von Crack-Konsument:innen ■ Epidemiologie des Crack-Konsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen ■ Erprobung neuer medikamentöser Behandlungsansätze (med. Cannabis, Amphetamine, Ketamin) ■ Wirksamkeit von psycho-sozialen Interventionen bei Crack-Konsument:innen (CBT, Contingency Management) ■ Übersicht (Review) über die Wirksamkeit von Harm Reduction-Strategien ■ Wirksame Präventionsstrategien

Der vorliegende Text ist das Ergebnis eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten ExpertInnen Gesprächs am 05.10.2022 in Frankfurt.

Beteiligte Expert:innen

Lea Albrecht

Suchttherapeutin VT & Sozialpädagogin, Leitung des Drogenraums comeback gGmbH Bremen

Gabi Becker

Geschäftsführerin der Integrativen Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main

Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen,
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Larissa Hornig

Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin am Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM

Daniel Kiefer

Sozialbehörde – Amt für Gesundheit, Fachabteilung Drogen und Sucht, Freie und Hansestadt Hamburg

Urs Köthner

Diplom Sozialarbeiter und Sozial-/SUCHT Therapeut

Felicitas Krauss

Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen im Bundesministerium für Gesundheit

Astrid Leicht

Geschäftsführung Fixpunkt e.V. Berlin

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe, Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM

Oliver Müller-Maar

Drogenreferat Stadt Frankfurt

Nina Pritzens

Geschäftsführung vista gGmbH, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH Berlin

Dirk Schäffer

Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug

Dr. Artur Schroers

Leiter Drogenreferat Stadt Frankfurt

Prof. Dr. Heino Stöver

Geschäftsführender Direktor Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM

Christine Tügel

Vorstand Jugendhilfe e.V. Hamburg

Frank Woike

Beauftragter Sucht und Suchtprävention, Dezernat für Soziales und Integration,
Landeshauptstadt Hannover

Literatur

- Blanken, P. (2022): Treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands. Fachvortrag auf der internationalen Fachtagung Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, Frankfurt am Main, 04.10.2022. Online im Internet: <file:///fsa/share/home/uas0023819/Downloads/Crack%20-%20Umgang%20in%20den%20Niederlanden.pdf> [Stand: 13.12.2022].
- Deutsche AIDS –Hilfe/DAH (o.J.): Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien Ein Handlungskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit <https://www.drogenkonsumraum.net/de/empfehlungen-fuer-die-vergabe-von-drogenkonsumutensilien> [Stand: 06.12.2022].
- EMCDDA (2021): Stimulanzien: Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen. Miniguide. Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: ein europäischer Leitfaden 2021. Online im Internet: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/stimulants-health-and-social-responses_de [Stand: 06.12.2022].
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2022): Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_DE_02_wm.pdf [Stand: 06.12.2022].
- GGZ standaarden (2022): Richtlijn Drugs (niet-opioïden) Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Online im Internet: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_ec6958f7-6a31-4183-be19-2d8ad4dc11c5_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines__authorized-at_26-02-2018.pdf [Stand: 13.12.2022].
- Höfelbarth, S. (2014): Crack, Freebase, Stein. Konsumverhalten und Kontrollstrategien von KonsumentInnen rauchbaren Kokains. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Schmidt-Semisch, H. et al. (Hg.): Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Band 16, Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-531-19548-3.
- Körkel, J./Becker, G./Happel, H.-V. et al. (2011): Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe. 2006-2010. KISS. Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum, Frankfurt am Main.

- Kühnl, R./Meier, C./Prins, G. et al. (2021): Crack Trendspotter. Dezember 2021, Institut für Theapieforschung (IFT).
- Michels, I. I. (2004): Crackkonsum – vom Mythos zum verstehbaren Handeln. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.
- Neumeier, E. (2022): Crack- und Kokain-Konsum in Deutschland und Europa. Fachtag Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, 04.10.2022, Frankfurt am Main / Hybrid.
- Pauly, A./Jeschky, K. (2021): Jahresbericht 2021. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen, Köln. Online im Internet: https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2021_final_Korrektur.pdf [Stand: 06.12.2022].
- Prinzleve M./Martens, M./Haasen, C. (2004): Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der „offenen Drogenszene“ in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.
- Werse, B. et al. (2017): Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht. Einmaliges Zusatzmodul zum Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) 2017, Frankfurt am Main. Online im Internet: https://www.uni-frankfurt.de/75207922/Crack_in_Frankfurt_gesamt_Abschlussbericht.pdf [Stand: 06.12.2022].
- Stöver, H. (2001): Bestandsaufnahme ‘Crack Konsum’ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2019): TREATMENT OF STIMULANT USE DISORDERS: CURRENT PRACTICES AND PROMISING PERSPECTIVES. DISCUSSION PAPER. Online im Internet: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf [Stand: 19.12.2022].
- WHO (2022): Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Online im Internet: <file:///fsa/share/home/uas0023819/Downloads/9789240052390-eng.pdf> [Stand: 12.12.2022].

Autor:innen

ad-hoc Gruppe

Stefanie Gellert-Beckmann, Martina Tranel, Melanie Bildesheim

stefanie.gellert-beckmann@sucht-hilfe.org

m.tranel@theresienhaus.de

melbildesheim@web.de

Ina Amberg

Studierende Frankfurt University of Applied Sciences, Sozialarbeiterin

ina.amberg@fb4.fra-uas.de

Heike Attinger

vista Verbund für integrative, soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

Heike.Attinger@vistaberlin.de

Gabi Becker

Geschäftsführerin Integrative Drogenhilfe e.V Frankfurt (idh)

g.becker@idh-frankfurt.de

Melanie Bildesheim

Integrative Drogenhilfe e.V Frankfurt (idh), Leitung Eastside

melbildesheim@web.de

Simon Fleißner

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Institut für Suchtforschung Frankfurt University of Applied Sciences; Koordinator Projekt Naltrain

simon.fleissner@fb4.fra-uas.de

Peter von Freyberg

Der Journalist Peter von Freyberg war selbst von der Alkoholkrankheit betroffen. Daher ist er besonders sensibilisiert für das Thema. Bereits als Kleinkind hatten ihn seine Eltern an Alkohol gewöhnt. Legales, „begleitetes Trinken“ erfuhr er am eigenen Leib, als er ab dem Alter von 14 Jahren mehrmals wöchentlich von seinem Vater zum Weintrinken aufgefordert wurde. Zuletzt schrieb Peter von Freyberg einen Roman, der sich auseinander setzt mit psychischen Auffälligkeiten, zu denen auch substanzbasierte Süchte zählen.

p-v-f@gmx.de

Stefanie Gellert-Beckmann

Dipl.-Pädagogin und Dipl.-Sozialarbeiterin, Vorständin Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V. Wuppertal

stefanie.gellert-beckmann@sucht-hilfe.org

Dr. Franjo Grotenhermen

(2. Vors. Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin)

Tibor Harrach

Pharmazeut und pharmazeutischer Koordinator des Drugchecking Projekts Berlin (<https://drugchecking.berlin>); Vertreter des Projekts im TEDI Netzwerk (<https://www.tedinetwork.org/about>). Als Vorstandsmitglied von Eve & Rave Berlin für die Umsetzung des Drugchecking-Projekts in Kooperation mit dem gerichtsmedizinischen Institut der Charite zuständig. Gründungsmitglied und langjährig Vorstandsmitglied des SONICS e.V. Bundesverbands für Safer Nightlife. Mitbegründer der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de). Wissenschaftlich hat er zur Wirkung und analytischen Charakterisierung von biogenen Arzneimitteln und zum Drogenmischkonsum gearbeitet und publiziert. Er war lange Zeit in der Lehre des Pharmazeutischen Instituts der FU Berlin in den Fächern Biochemie, Organische Chemie und Klinische Chemie tätig.

Tibor.Harrach@vistaberlin.de

Larissa Hornig

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt University of Applied Sciences FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Suchttherapeutin, salus Klinik Friedrichsdorf

larissa.hornig@fb4.fra-uas.de

Dietmar Jazbinsek

geb. 1959; Studium der Soziologie in Bielefeld und Paris; 1992 bis 1999 Mitarbeiter im Berliner Forschungsverbund Public Health; seit 2005 freier Journalist und Publizist mit dem Arbeitsschwerpunkt Präventionspolitik; bis 2021 Stipendiat der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung.

jazbinsek@online.de

Maria Kuban

Deutsch Aidshilfe e.V. Mitarbeiterin im Referat Drogen und Strafvollzug

maria.kuban@dah.aidshilfe.de

Antonia Menzel

(Stellv. Vors. BPC e.V.)

Dr. Ingo Ilja Michels

Sociologist, Expert for HIV/AIDS Prevention and Drug Addiction Treatment International Scientific Coordinator of DAAD exceed „SOLID - Social work and strengthening of NGOs in development cooperation to treat drug addiction.“

ingoiljamichels@gmail.com

Heiko Mohrdiek

Rechtsanwalt & Fachanwalt für Strafrecht

anwalt@mohrdiek.de

Dirk Netter

Geboren 1988, Sachbuchautor, Journalist, Forscher. Studium der Fächer Soziologie und Geographie in Augsburg und Marburg, Initiator der Hochschulgruppe für interdisziplinäre psychedelische Forschung (HIPF). Er ist Mitarbeiter im Schweizer Nachtschatten Verlag und setzt sich (auch darüber hinaus) für eine evidenzbasierte und effektive Drogenpolitik ein. 2019 erschien sein erstes Sachbuch »Kratom: Ethnobotanik, Anwendung, Kultur«.

dirk.netter@posteo.de

Friederike Neugebauer

ehem. Fdr Geschäftsführerin

Maximilian Plenert

CEO/CSO KCG Kompetenzzentrum Cannabis GmbH Berlin. 2003 drogenpolitischer Sprecher der Grünen Jugend Hessen, 2004 des Fachforums Drogen der Grünen Jugend Bundesverband. 2009 bis 2017 in verschiedenen Bereichen beim Deutschen Hanfverband, danach bis heute bei Sens Media. Geschäftsführer des KCG – Kompetenzzentrum Cannabis GmbH, Berlin.

m.plenert@cannabis-kompetenz.de

Nina Pritzens

Geschäftsführung vista Verbund für integrative, soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

Nina.Pritzens@vistaberlin.de

Dirk Schäffer

Deutsch Aidshilfe e.V., Referent für Drogen und Strafvollzug

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Claudia Schieren

Vorsitzende JES Bundesverband e.V.

claudia.schieren@jes-bundesverband.de
claudia.schieren@vision-ev.de

Rüdiger Schmolke

Politik- und Gesundheitswissenschaftler (MA Pol./MPH), systemischer Organisationsentwickler und –berater und Dozent an der Fachhochschule Potsdam. Er arbeitet seit gut 25 Jahren in den Feldern der Drogenforschung/-beratung und Suchtprävention. Er war Mitglied der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de).

r.schmolke@chillout-pdm.de

Frank Schulte-Derne

1. Vorsitzender der DG-SAS c/o LWL-Koordinationsstelle Sucht (Deutsche Gesellschaft für soziale Arbeit in der Suchthilfe)

frank.schulte-derne@lwl.org

Larissa Steimle

Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt University of Applied Sciences FB 4:
Soziale Arbeit und Gesundheit

larissa.steimle@posteo.de

Yannick Steinrück

Studierender Frankfurt University of Applied Sciences, Sozialarbeiter

Dr. Fabian Pitter Steinmetz

Dipl.-Ing.(FH), MSc, PhD, CBiol, MRSB, MRSC, AFHEA, ERT

f.p.steinmetz@gmail.com

Prof. Dr. Heino Stöver

Dipl.-Sozialwissenschaftler, seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.frankfurt-university.de/isff).

h.stoever@fb4.fra-uas.de

Martina Tranel

Dipl. Sozialarbeiterin/Dipl. Soziopädagogin, M.A. Sozialmanagement, Suchttherapeutin, Vorstandsmitglied DG SAS e.V., Münster

mtranel@caritas-os.de

Dr. Bernd Werse

Soziologe. Seit 2002 leitender wissenschaftlicher Mitarbeiter „Centre for Drug Research“ Frankfurt am Main. Hauptverantwortlich seit 2002 für „Monitoring-System Drogentrends“ sowie (inter-)nationale Forschungsprojekte zu u. a. neuen psychoaktive Substanzen und Drogen. (Inter-) nationale Veröffentlichungen, Presse- und Vortragsanfragen. Sprecher des Schildower Kreises‘.

werse@em.uni-frankfurt.de

Norbert Wittmann

mudra Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. Geschäftsführung

norbert.wittmann@mudra-online.de

Heino Stöver & Christiane Lieb (Hrsg.)

GENDER. FRAU. SUCHT.

Genderfragen in
(Post-)Corona-Zeiten

Frauen, transgeschlechtliche Menschen und Männer unterscheiden sich in ihren Suchterkrankungen wesentlich voneinander. Eine geschlechtsspezifische Behandlung ist immer indiziert. Zehn praxiserfahrene ExpertInnen berichten in Einzelbeiträgen über Ursachen, Verlauf, Folgen und Therapiemöglichkeiten.

Stärkere interpersonelle Orientierung, Ängstlichkeit oder/und Depressivität macht Frauen im sozialen Kontext oft verletzlicher; Rollenkonflikte zwischen Beruf und Familie erhöhen die Verletzungsgefahr. Immer mehr Frauen suchen die Kompensation (seltener als Männer) im Alkohol oder (häufiger als Männer) im Medikamentenmissbrauch - und verstärken damit ihren Beziehungsstress.

Transgeschlechtliche Suchtkranke erleben u.U. vergleichbare Entwicklungen; hinzu kommen Identitätssuche, Isolierung



und soziale Diskriminierung - oft auch im Gesundheitssystem. Begleiterkrankungen sind fast die Regel und Suizidendenzen häufig.

Die persönlich involvierten AutorInnen beschreiben für Psychotherapie und Sozialarbeit anspruchsvolle Herausforderungen und realistische, differenzierte Behandlungschancen.

120 Seiten

ISBN 978-3-95853-845-0

15,00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-846-7

10,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich

+49 (0) 5484-308

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

Jürgen Fais

Gefühlswelten

Emotionsarbeit und Emotionsregulation in der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Die Arbeitskräfte der niedrigschwelligen Drogenhilfe bieten emotionale Anteilnahme, Orientierung und Stabilisierung. Dabei kommen sie an die Grenzen der emotionalen Verträglichkeit und der organisationalen Leistbarkeit. Emotionsarbeit soll „dem Klienten mit fürsorglicher Anteilnahme ein Gefühl des Umsorgtseins geben“ (Hochschild, 2006), im Eigeninteresse dem Selbstschutz dienen und zur Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung beitragen. Emotionsarbeit zeigt sich überwiegend als Gefühlsarbeit im Dienst der Überlebenshilfen und der Stärkung etablierter sozialer Emotionsnormen im zwischenmenschlichen Umgang. Die Begegnungsoffenheit schafft Nähe; zuviel Nähe verlangt nach dosierter Distanz. Emotionsarbeit soll eine Verbindung mit der Klientel und den Kollegen ermöglichen, Beziehungen gestalten und gleichzeitig vor emotionaler Überforderung schützen.

Die vorliegende qualitative Studie beschreibt das subjektive Erleben und die Bedeutung von Emotionen, Emotionsarbeit und Emotionsregulation aus der Perspektive der MitarbeiterInnen im



Handlungsfeld der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Vor allem Fachkräften der Suchthilfe bietet die Lektüre wertvolle Hinweise für das eigene Erleben und Arbeiten. Studierende und Mitarbeitende aus anderen psychosozialen Arbeitsfeldern und dem Dienstleistungssektor finden in der Publikation auch für ihre Bereiche fundierte arbeitspsychologische Informationen.

Jürgen Fais ist Arbeits- und Organisationspsychologe (M.A.), Kriminologe (M.A.), Dipl. Sozialpädagoge und Gesellschafter des Instituts für angewandte Gewaltprävention ParaVida.

72 Seiten

ISBN 978-3-95853-826-9

12,00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-827-6

8,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich

+49 (0) 5484-308

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

*James Morgan, Thomas Friis Sogaard,
Alfred Uhl (Eds.)*

Normalisation re-visited: Drugs in Europe in the 21st century

For nearly thirty years the normalisation perspective has enlivened academic discourse and seen ripples of influence go further into media, politics, and popular understandings of drugs. The normalisation thesis advanced the idea that for many young people drug use might be an unremarkable part of growing up rather than a sign of deep pathology, and a leisure option to be rationally selected alongside other hedonistic and somewhat edgy pursuits. While cannabis might be the drug most associated with normalised drug use, the normalisation perspective was also closely tied to a rave scene powered by synthetic stimulants and psychedelics.

The social place of drugs goes beyond factors related to individuals and their access to drugs as well as their tendencies to try drugs or to use them more frequently. Normalisation also relates to the extent that those who do not use drugs tolerate various forms of drug use amongst their friends, acquaintances, colleagues and family members as well as wider society. How are drugs talked about in the news media, on social media, in films, on Netflix productions and in politics, and how has since been changing in the last three decades? The early scholarship focused on the situation in the United Kingdom, subsequent research, including much that is contained in this book, has broadened its scope to understanding the social place of drug use across Europe.



This addition to the series of books produced by the European Society for Social Drug Research (ESSD) explores the social situation of drug use in Europe through a collection of chapters which feature both recent empirical research and essays theorising the status and nature of normalised drug use in Europe. While the original normalisation research told us how the status of drug use in the 1980s and 1990s was different to that of the 1960s and 1970s, this book adopts a critical and European focus to ask what has happened since then, moving the beyond the original centres of normalised drug use, and asking what normalisation means, and what the implications of this paradigm for understanding drug use might be.

164 pages

ISBN 978-3-95853-884-9

20,00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-885-6

10,00 €

Incl. VAT



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

+49 (0) 5484-308

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht (ADSB) erscheint in diesem Jahr zum 10. Mal. Das Anliegen des Herausgebers akzept und der vielen Autor:innen war und ist es, eine ganzheitliche, evidenzbasierte Drogenpolitik und interministeriell abgestimmte Steuerung einzufordern, politikgängige Vorschläge zu machen und eine aufmerksame und kritische Gegenöffentlichkeit zu oftmals einseitigen, fachkundigen Politikvorschlägen zu bilden.

In den letzten zehn Jahren sind einige unserer Anliegen realisiert worden: ein Gesetz zur medizinischen Verwendung von Cannabis, eine Rechtsgrundlage zum Drugchecking (auch in Drogenkonsumräumen) und eine breite Diskussion um einen legalen Umgang mit Cannabis.

Damit ist zweifelsohne ein Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik erfolgt.

Es bleibt aber weiter viel zu tun, um die Möglichkeiten der Schadensminderung für Konsumierende legaler und illegaler Substanzen für die Praxis nutzbar zu machen. Evidenzbasierte Vorschläge zur Weiterentwicklung bestehender Harm Reduction Maßnahmen und Empfehlungen für den Umgang mit neuen Herausforderungen (Crack, Kratom etc.), den legalen Drogen Alkohol und Tabak sowie eine breite Diskussion des Gesetzes zu Cannabis als Genußmittel finden Sie in diesem 10. ADSB.

ISBN 978-3-95853-888-7

eBook: ISBN 978-3-95853-889-4 (www.ciando.com)

www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com

