

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband

11. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2024

akzept e.V. (Hrsg.)

11. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2024



<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.eu

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>](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, Ulla-Britt Klankwarth, Christine Kluge Haberkorn, Nina Pritzens

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver



2024 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen

🌐 www.pabst-publishers.com

✉ pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-95853-961-7

eBook: ISBN 978-3-95853-962-4

Layout: Patrick Orths

Druck: Printed in the EU by booksfactory

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Heino Stöver 9

1 Drogenpolitik und Monitoring 11

Mangelnde Steuerung der Drogenpolitik auf nationaler Ebene – das muss sich ändern nach der Bundestagswahl 2025 – Steuerungsgruppe muss her!

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels, Dirk Schäffer, Nina Pritszens 13

Kritische Einschätzung der Koalitionsvereinbarungen der Ampel-Parteien zum Thema „Drogen“ – Fazit

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels..... 20

Neue Regelungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer, Maurice Cabanis, Nina Pritszens 28

KI-gestützte Frühwarnsysteme und Surveys zur Prävention von Risikokonsum und möglichen Überdosiskrisen

Maurice Cabanis..... 34

2 Harm Reduction – in allen Bereichen der Drogenpolitik! 39

Tobacco Harm Reduction mit Drogengebrauchenden.

Ein Praxisbericht der vista gGmbH (Berlin)

Stefan Wiedemann, Alina Bialetzki, Hendrik Iding 41

Für eine effektivere Tabakkontrolle – Tobacco Harm Reduction stärker nutzen!

Heino Stöver, Larissa Steimle 46

Einweg-E-Zigaretten – Wo bleibt der Jugend- und Verbraucherschutz?

Larissa Steimle, Heino Stöver 49

Xannies, Lean und Tili: Wie dem Gebrauch von Sedativa unter jungen Menschen effektiv begegnet werden kann

Bernd Werse, Rüdiger Schmolke 54

Zur aktuellen Situation in offenen Drogenszenen: Der perfekte Sturm. <i>Daniel Deimel</i>	58
3 Teillegalisierung von Cannabis – wo bleibt Säule 2?	65
“Unser Problem heißt Paternalismus” - Patientenvertreter über die Folgen der Teillegalisierung von Cannabis <i>Max Plenert, Gero Kohlhaas</i>	67
Schulung von Personal und Mitgliedern in Cannabis (Social) Clubs: Die Bedeutung eines community-orientierten Ansatzes <i>Patricia Amiguet, Ana Afuera, Mireia Ambròs Hortensi, Òscar Parés-Franquero, Rüdiger Schmolke</i>	74
Cannabis legal, aber... Anbauvereinigungen im Spannungsfeld von Erwartungen und Herausforderungen <i>Heinrich Wieker, Maximilian Plenert, Gero Kohlhaas</i>	79
4 Die jährliche Inszenierung der sogenannten Drogentoten – was hilft wirklich?	85
Opioidsubstitutionstherapie in Deutschland ausbauen und Mortalität senken <i>Nina Pritzens</i>	87
30 Jahre Drogenkonsumräume in Deutschland – ein Frankfurter Plädoyer für den bundesweiten Ausbau! <i>Gabi Becker, Achim Teipelke</i>	95
Take-Home-Naloxon: Das bräuchte es in Deutschland <i>Simon Fleißner, Heino Stöver, Dirk Schäffer, Maria Kuban</i>	99
Fakten & Zahlen: Drogenkonsumräume in Deutschland 2023 <i>Heiko Bergmann, Esther Neumeier, Maria Kuban, Dirk Schäffer</i>	102
5 Synthetische Opioide – sind wir vorbereitet?	105
Synthetische Opioide in Deutschland - Sind wir vorbereitet? Vorschläge für einen nationalen Ratschlag <i>Hans-Günter Meyer-Thompson, Heino Stöver für akzept</i>	107

**6 Drug-Checking-Praxis –
wo bleiben die Bundesländer mit ihren Verordnungen? 115**

Drug-Checking in Deutschland: Von den Modellprojekten auf dem Weg zu
einer rechtssicheren, flächendeckenden Implementierung
Tim Hirschfeld, Felix Betzler, Tomislav Majić, Heino Stöver 117

Ein Jahr Drugchecking in Berlin
*Monika Fonfara, Tibor Harrach, Tizian Keßler, Augustine Reppe,
Stefan Scholtis, Conor Toomey 122*

Autor*innen 129

Einleitung

Heino Stöver

Ist die Drogenpolitik, und war die, die sich auf legale und illegale Drogen und auch auf Verhaltensstörungen (v.a. im Zusammenhang mit Glücksspiel und Medienkonsum) bezieht in der (fast) vergangenen Legislaturperiode vorangekommen? Ja und Nein! Einige Verabredungen im Koalitionsvertrag sind zwar umgesetzt, aber nur unzureichend. Von den großen Plänen zur Cannabislegalisierung ist die Realität einer Teillegalisierung übriggeblieben – immerhin! Die Legalisierung von Drug-Checking ist im Juni 2023 erfolgt, die Umsetzung aber in die Hände der Bundesländer gelegt worden, die – bis auf Mecklenburg-Vorpommern – keine Verordnungen bis jetzt erlassen haben. Harm Reduction ist nicht wirklich so konkret operationalisiert worden, und hat deshalb auch keine Auswirkung auf die Diskussion der großen Themen des Konsums von Medikamenten, Alkohol und Tabak gehabt.

Eine Bilanz, die immerhin den Aufbruch markiert in eine realitätsnahe Drogenpolitik, nach einer Ewigkeit der regierungsamtlichen Abstinenzanbetung als alleinigem Ziel aller drogenpolitischen Bemühungen. Schwer genug dann das Erbe für den ersten! fachkundigen Drogenbeauftragten – zumindest im Rahmen meiner Beschäftigung mit dem Thema (>mehr als 40 Jahre). Er hat den Finger in die Wunden gelegt: Weg mit dem Begleiteten Trinken, Diskussion um die Heraufsetzung des Zugangs zu Alkohol auf 18 Jahre, Regulierung der Zugänglichkeit zu Lachgaskartuschen, Diskussion um den Einbezug einer schadensminimierenden Strategie in die Tabakkontrollpolitik und vieles mehr. Chapeau! Er hat viele verkrustete Strukturen angesprochen im Bundesministerium selbst, aber auch bei den Verbänden und Vereinen – die auch schon fast zwei Jahrzehnte lang nicht mehr einbezogen waren in die Drogenpolitik – weder formell („Drogen- und Suchtrat“) noch systematisch kommunikativ.

Aufgrund der Konstruktion des Zuständigen für Drogenpolitik innerhalb des ‚Beauftragten-Wesens‘ - mit beschränkten Ressourcen, geringen Befugnissen – kann man nicht mehr erwarten! Aber genau darauf haben wir in den vergangenen Ausgaben des Alternativen Drogen- und Suchtberichtes immer wieder hingewiesen: es braucht eine Bündelung der Kompetenzen innerhalb einer kompetenten und arbeitsfähigen Organisation, interministeriell, interdisziplinär, mit Vertreter*innen des Bundes, der Länder und Kommunen, der Verbände der Selbsthilfe, der Forschung und Wissenschaft. Denn: Drogenprobleme sind ein zu großes Feld der Gesundheitspolitik insgesamt (8,2Mio Menschen in Deutschland sind abhängig von Substanzen, Medien, Glücksspiel etc.; 13 Mio Menschen konsumieren Substanzen missbräuchlich), als dass man sie verstreut über mehrere Ministerien einfach ‚laufenlassen‘, oder pflichtschuldig auf Minimalniveau bearbeiten kann (notwendige Anpassungen an EU-Vorgaben etc.). Die zuständigen Regulierungsbehörden kommen ja selbst nicht mit der Geschwindigkeit, den Dynamiken und Herausforderungen des illegalen und legalen Drogenmarktes zurecht. Jüngste Beispiele: die Einweg-E-Zigarette findet immer größere Verbreitung,

weil fast jede/r Rapper*in in den Social Media ein eigenes Label mit kinder- und jugendaffiner Werbung hat. Auch eine Lachgas-Regulierung lässt auf sich warten.

Die Elefant*innen im Raum der Drogenpolitik und Drogenhilfe aber bleiben Alkohol, Tabak und Medikamente. Für all diese Substanzen mit massiven Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit der Konsumierenden, ihrer Kinder und anderen Angehörigen, ihres sozialen Umfeldes insgesamt, hat die Ampel-Koalition nicht einmal wichtige, evidenz-basierte Maßnahmen der Verhältnisprävention im Koalitionsvertrag formuliert, so weit weg ist man davon, die verursachten Gesundheitsprobleme zu adressieren – von den entstandenen volkswirtschaftlichen Schäden ganz zu schweigen!

Die Lobby der legalen Drogenindustrie hat eben über Jahrzehnte mit Parteienfinanzierungen u.ä. ganze Arbeit geleistet: kaum ein/e Politiker/in wagt sich mehr an den Tabus unserer Konstruktion des Zugangs zu und des Umgangs mit legalen Drogen zu rühren. Die Arbeitsplätze der Automatenindustrie sollen geschützt werden, um unseren Weltrekord zu pflegen (340.000 Zigarettenautomaten für einen 24/7-Zugang), Alkohol in allen Convenience-Shops und Tankstellen, Alkoholwerbung allerorten etc.

Nach diesem kurzen Intermezzo eines fachkundigen Drogendiskurses auf Bundesebene mit dem Drogenbeauftragten, könnte es nach dem 23. Februar 2025 wieder in eine andere Richtung gehen. Mit einer konservativen Regierung - das haben Vertreter*innen der Unionsfraktion schon deutlich gemacht - will man die Legalisierung von Cannabis rückgängig machen. D.H. die Kriminalisierung mehrerer hunderttausend Menschen, die Cannabisprodukte zum Eigenbedarf bei sich tragen; diese werden wieder von den Polizei verfolgt, angezeigt, die Ermittlung der Staatsanwaltschaft übergeben, die je nach Bundesland das Verfahren einstellt oder auch nicht. Welch ein Rückschritt wäre das!

Evidenz-basierte Drogenpolitik hätte unter einer/einem CSU oder CDU-geführten Büro eines Drogenbeauftragten wieder keine Chance! Welch vertane Zeit, welche vergebene Ressourcen wären das!

Ein gut ausgebautes Hilfesystem rettet Leben, laut einer aktuellen Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) können etwa drei Viertel der Suchtberatungsstellen nicht kostendeckend arbeiten. Stellen werden abgebaut, Beratungs- und Betreuungszeiten gekürzt – das alles führt zu Wartezeiten, Abweisungen etc. Frühzeitige Hilfen, besonders bei Störungen mit hohem Chronifizierungspotential sind ebenso notwendig, wie verlässliche und nachhaltige Hilfen im kommunalen Suchthilfeverbund. Welche fatale Folgen würde ein weiteres Zusammensparen der kommunalen Drogenhilfe haben!

All dies sind nur einige Szenarien eines erneuten Roll-Backs der Drogenpolitik. Dagegen müssen sich Fachleute und Organisationen von vornherein massiv wehren. Wir alle möchten nicht noch einmal, dass völlig fachfremde Personen Drogenpolitik in Deutschland vertreten, durch die Medien ziehen und den Deutschen die Welt der Drogen erklären! Das ist unerträglich!

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht, mit den vielen umsetzbaren Politikvorschlägen, wird auch weiterhin das Reservoir für eine evidenz-basierte, humane Drogenpolitik und akzeptierende Drogenhilfe bilden!

Bremen, im Dezember 2024
Heino Stöver
Für den Vorstand von akzept e.V.

Drogenpolitik und
Monitoring

.....

1

Mangelnde Steuerung der Drogenpolitik auf nationaler Ebene – das muss sich ändern nach der Bundestagswahl 2025 – Steuerungsgruppe muss her!

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Als 2004 der erste „Drogen- und Suchtrat“ bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung installiert wurde, war geplant, dieses Gremium als ein Beratergremium für die (jeweiligen) Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu etablieren. Ursprünglich war im Dezember 1999 eine Kommission eingesetzt worden, die einen Vorschlag zur Drogen- und Suchtpolitik der (neuen) Bundesregierung erarbeitet hat. Diese Drogen und Suchtkommission wurde mit dem Auftrag betraut, Eckpunkte für ein effektives und glaubwürdiges Präventionskonzept im Drogen- und Suchtbereich zu erarbeiten. Das Dilemma der Drogen- und Suchtpolitik zeigt sich aber darin, dass sie immer auch moralisierenden Vorstellungen von Drogenkonsum unterliegt, der als eher gesundheitsschädlich eingestuft wird, auch wenn es Gruppen von Konsumenten gibt, die ihren Konsum eigenverantwortlich gestalten können. In der historischen Darstellung der Präventionsbegrifflichkeit wurden die Wege von einer staatlichen Suchtpolitik nachgezeichnet, die zur „Abschreckung“ neigte, zur vermeintlichen gesundheitlichen „Gefahrenvermeidung“, über das später und auch heute favorisierte „Risikomanagement“ und den von der World Health Organization (WHO) favorisierten Begriff der „Gesundheitsförderung“. Resolutionen der UNO fordern, dass Drogenpolitik „science and evidence-based“ sein soll. Immerhin legt sie sich auf eher pragmatische Umgangsweisen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen fest, allerdings unter Beibehaltung der „Strafbarkeit“ von Besitz, Erwerb, Herstellung und Verkauf. Die Bundesregierung ging bis vor kurzem davon aus, dass Strafandrohungen präventive Wirkungen entfalten und so strafbewährtes Verhalten signifikant reduziert wird, obwohl die epidemiologischen Untersuchungen der Bundesregierung das genaue Gegenteil darstellen. Leider wird diese Position kaum mehr berücksichtigt. In der Studie (CaPRis 2018) zur Einschätzung der gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums wurde zwar in der Ausschreibung noch gefordert, ausdrücklich die „besondere Berücksichtigung von Konsumfrequenz und -motiven, dem Konsumsetting und der sozialpsychologischen Funktionalität des Konsums“ zu untersuchen. Die vorgelegte Studie wurde diesem Anspruch aber nicht gerecht. Sie wird oft verkürzt auf die Formel: „Kiffen macht dumm!“ oder „Cannabiskonsum löst Psychosen aus“. Es wird im Aktionsplan „Drogen und Sucht“ der Bundesregierung 2003 richtigerweise beschrieben: „Der Entstehung von Abhängigkeit liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde. Mögliche Einflüsse sind: Genetische Faktoren, entwicklungs-, lebens- und

umweltbedingte Einflüsse sowie das Suchtpotential der jeweiligen Substanz. Ebenso spielen gesellschaftliche und soziale Aspekte (z. B. Chancen zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Gesellschaft, Konsummuster einer Gesellschaft, Griffnähe zu Suchtmitteln) eine wichtige Rolle“ (Aktionsplan Drogen- und Sucht 2003: 7). Aber wird Politik dieser Aufgabe gerecht? Und können es politische Akteure hinbekommen, wenn sie selbst von gesellschaftlich-kulturellen Normen und Ängsten (insbesondere wenn es um [eigene] Kinder geht) geprägt sind? Der Umgang von Gesellschaften mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen ist komplex. Es bedarf wirksamer Mechanismen, um gesamtgesellschaftliche Entwicklungen beim Konsum und zur Behandlung einer Abhängigkeit auch steuern zu können. Das Leitbild einer drogenfreien Gesellschaft hilft da nicht, da Menschen nicht (immer) rational – und damit im Interesse ihrer eigenen psychischen wie physischen Gesundheit – handeln. Die Eidgenössische Kommission für Suchtfragen (EKSF) in der Schweiz ist eine unabhängige Kommission, in der Expertinnen und Experten aufgrund ihres Fachwissens als Berater*innen von Politik gefragt werden. Es werden die nationalen und internationalen Entwicklungen der Drogenpolitik beobachtet und zukunftsorientierte Ideen für die schweizerische Suchtpolitik kreiert. Diese Kommission ist gesetzlich verankert und hat deshalb eine reale Kompetenz. Warum wird ein solches Modell nicht auch für Deutschland angestrebt? Dazu kommt es allerdings auch darauf an, ob sich die Politik auf „(sozial-)wissenschaftliche Erkenntnisse“ einlässt, oder ob sie sich weiterhin auf moralisierende und ideologiebehaftete „Wahrheiten“ stützt.

Auf EU Ebene

Auf europäischer Ebene treffen sich die für die Koordination der Drogenpolitik verantwortlichen Ministeriumsvertreter*innen (mittlerweile zumeist aus dem Gesundheitsbereich, aber noch immer häufig aus den Innenministerien) in der „Horizontalen Gruppe Drogen HDG“, um deren drogenpolitische Strategien der EU und Aktionspläne zu beraten und deren Umsetzung zu begleiten. Obwohl dort *Harm Reduction* Ansätze verankert sind, gibt es einen neuen Trend, wieder stärker innenpolitische Akzente zu setzen und mehr auf Angebotsreduzierung durch polizeiliche Maßnahmen zu setzen.

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (European Monitoring Centre for Drugs and Addiction [EMCDDA]) ist ein wichtiges Zentrum für die Sammlung und Auswertung drogenbezogener Daten und Analysen. Im Verwaltungsrat sollte Deutschland weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Auf UN Ebene

Das Büro für Drogenkontrolle der UN (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]) spielte in den letzten Jahrzehnten eine wichtige Rolle in der Verankerung von *Harm Reduction* Maßnahmen. Allerdings mehr dadurch, dass die zuständigen Beamten diesen Kurs unterstützten als durch eine strukturelle Verankerung. Der Ausschuss für Drogenpolitikfragen der UN – der Commission on Narcotic Drugs (CND),

der Deutschland bislang immer angehörte (53 Mitgliedsländer der UN) –, trifft sich jeweils im März jeden Jahres, um Drogenkontrollmaßnahmen zu diskutieren und Resolutionen an die Vollversammlung der UN zu verabschieden. 2016 gab es einen Durchbruch bei der United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGSASS), wo festgelegt wurde, dass Drogenkonsum in erster Linie nicht strafrechtlich verfolgt werden soll, sondern Maßnahmen der Prävention und Hilfe – einschließlich *Harm Reduction* Maßnahmen (die aber nicht als solche benannt werden durften) – im Vordergrund standen. Es sollte nun die Überprüfung ihrer Wirksamkeit erfolgen. Cannabisregulierung wurde aber noch immer abgelehnt von einer Mehrheit der UN Gremien; Deutschland sollte sich für eine Änderung einsetzen.

In der Entwicklungszusammenarbeit (Alternative Entwicklung) die Wege reflektieren

In enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wurde das Programm Global Partnership on Drug Policies and Development (GPPDP) verabschiedet und wird seitdem mit Partnern in Albanien, Thailand und Kolumbien umgesetzt.

Ein sogenannter „Krieg gegen Drogen“ ist nicht der richtige Weg aus der illegalen Drogenökonomie. Allerdings haben bisherige Bundesregierungen auch nie das internationale Drogenkontrollregime infrage gestellt. Deutschland setzte internationale Akzente für die Stärkung entwicklungsorientierter Ansätze in der Drogenpolitik. Entwicklungsorientierte Ansätze spielen auch international eine zunehmend wichtige Rolle. Alternative Entwicklung setzt an den Ursachen des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen an. Sie zielt darauf ab, Perspektiven für Menschen in oft abgelegenen ländlichen Regionen zu schaffen. Dadurch werden die wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen nachhaltig verbessert und die Abhängigkeit der Kleinbäuerinnen und -bauern vom Drogenpflanzenanbau verringert. Ein menschenrechtsorientierter, geschlechtersensibler und umweltorientierter Ansatz ist dabei wesentlich – dazu zählen auch die enge Einbindung der lokalen Bevölkerung sowie die Stärkung der Rolle der Frau. Die letzten Drogenbeauftragten der Bundesregierung waren Schirmfrauen des Vorhabens Global Partnership on Drug Policies and Development (GPPDP). Der jetzige Drogenbeauftragte setzt diese Unterstützung fort. Das Vorhaben wird im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) implementiert. Es soll gemeinsam mit interessierten Regierungen und internationalen Partnerorganisationen entwicklungs-, menschenrechts- und gesundheitspolitische Ansätze in der Drogenpolitik fördern. Im Februar 2021 richtete die Drogenbeauftragte gemeinsam mit BMZ und GPPDP sowie den Regierungen der Niederlande, Norwegens, der Schweiz und den Nichtregierungsorganisationen Transnational Institute (TNI) und International Drug Policy Consortium (IDCP) das etablierte Brandenburg Forum zu Drogen- und Entwicklungspolitik erstmals im Genfer Raum aus. Dieses Forum sollte weitergeführt werden.

So sinnvoll dieser Ansatz auch ist, muss er dennoch einer kritischen Evaluation unterzogen werden, ob diese Form der internationalen Zusammenarbeit wirklich zu einer Reduzierung der globalen Drogenprobleme geführt hat.

Neue Strategie?

2003 wurde der Aktionsplan Drogen- und Sucht verabschiedet, aber er enthielt keine konkreten Maßnahmen und Zeitpläne zur Umsetzung. Auch der 2012 verabschiedete Nationale Aktionsplan enthielt keine Umsetzungsschritte. Die 2001 vorgelegten Überlegungen zur Drogenprävention der Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung wurden nicht berücksichtigt.

Es ist angebracht, eine aktualisierte und dem Stand der Wissenschaft angepasste Strategie vorzulegen, die auch Maßnahmen der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs verankert.

Kooperation mit den Fachreferaten

Die erste rot-grüne Bundesregierung 1989 – als der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten vom Bundesministerium des Innern zum Bundesministerium für Gesundheit verlegt wurde – setzte ein deutliches Zeichen, dass Drogen- und Suchtpolitik eine sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe ist und keine innenpolitische. Damals wurde zunächst eine Arbeitsgruppe Drogen- und Sucht eingerichtet, mit den Fachreferaten Drogen- und Sucht und Betäubungsmittelrecht, unter Federführung der Drogenbeauftragten, um drogenpolitische Reformvorhaben (Drogenkonsumräume, Heroin-gestützte Behandlung) zielgerichteter umzusetzen. Später wurde dann der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten als selbständige Einheit im BMG etabliert mit der Vereinbarung, dass die Fachreferate der Drogenbeauftragten „zuarbeiten“ sollen. Sie waren und sind aber in die Hierarchie des Ministeriums eingebunden, was in der Praxis immer wieder zu Verzögerungen und Konflikten in der Zusammenarbeit führte.

Mit-Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Behandlung durch schadensverursachende Industrie

Es gibt schon länger die Diskussion um die Mitfinanzierung von Maßnahmen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe durch die mitverursachende Alkohol- und Tabakindustrie bzw. um eine zweckgebundene Abgabe aus der Alkohol- und Tabaksteuer bzw. aus Mittel der Abschöpfung von Geldwäsche (wie etwa in Luxemburg). Das wurde immer aus „verfassungsrechtlichen“ Gründen abgelehnt, sollte aber unbedingt erneut aufgegriffen werden.

Die alleinige Finanzierung von Akut- und RehaMaßnahmen durch die GKV und die Rentenversicherung ist sinnvoll, muss aber entbürokratisiert werden. Eine steuerfinanzierte Finanzierung der ambulanten Drogen- und Suchthilfe als Daseinsfürsorge

sollte aber fest verankert werden, um die Abhängigkeit von Haushaltslagen der Kommunen zu reduzieren und eine dauerhafte Finanzierung der Hilfen zu gewährleisten.

Fachexpertise einholen und mutig neue Wege gehen!

Die Einsetzung eines Drogen- und Suchtrates – aus Fachreferaten der Ministerien, Fachinstitutionen (DHS etc.), Selbsthilfeverbänden, Forschung und Wissenschaft – hat sich nicht bewährt, die Initiativen erfolgten fast ausnahmslos vom Arbeitsstab der Drogenbeauftragten.

Zielführender wäre eine enge Einbeziehung von Wissenschaft und Forschung sowie der Institutionen der Suchtkrankenhilfe schon durch Einberufung einer Fachkommission wie etwa in der Schweiz.

Diese Kommission sollte aber auch Mitentscheidungsbefugt sein und über Mittel für eigene Analysen und Forschungen verfügen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Schweizerische Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EКСN). Seit dem 01. Januar 2020 berät die EКСN den schweizerischen Bundesrat und die Bundesverwaltung in grundsätzlichen Fragen zu Sucht, zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und zu politischen Aktivitäten in diesem Zusammenhang.

Aktuell empfiehlt die EKS z. B. Drug-Checking-Angebote auch für Konsumierende unter 18 Jahren anzubieten, vorausgesetzt, dass angemessene Schutzmaßnahmen und Richtlinien implementiert werden, um ihre Sicherheit und ihr Wohlbefinden zu gewährleisten. Aus Sicht der EКСN sind Suchtmittel politisch dann gut reguliert, wenn möglichst viel Schaden mit möglichst wenigen Einschränkungen verhindert wird. Die EКСN liefert der Politik einen Orientierungsrahmen, um psychoaktive Produkte maßgeschneidert und risikosensibel zu regulieren.

Auch die suchtmmedizinische Fachgesellschaft der Schweiz, die Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM) hat am 21. Januar 2024 ein Positionspapier zum Umgang mit der Entwicklung des Konsums von Kokain und Crack herausgegeben und konstatiert, dass für die Behandlung der Kokainabhängigkeit noch keine etablierten medikamentösen Behandlungen zur Verfügung stehen: „Die Hilffsysteme sind dadurch stark gefordert. Die Entwicklung neuer evidenzbasierter pharmakologischer, therapeutischer und sozialmedizinischer Behandlungsansätze ist vordringlich und muss gefördert werden. Schadenminderung und Überlebenshilfe stehen im Zentrum. Aktuelle Probleme in den Städten zeigen sich in großen Belastungen im öffentlichen Raum und in den niederschweligen Hilfseinrichtungen. Dabei tangieren sie medizinische, soziale und juristische Fragen“. Sie fordert deshalb u. a. auch weitgehende Schritte: „Für die Konsumierenden steht die Sicherstellung des möglichst gesunden Überlebens im Zentrum. Zu den schadensmindernden Maßnahmen gehören eine sichere Wohnmöglichkeit (housing first), eine stressfreie Möglichkeit, die benötigten Substanzen zu konsumieren (Konsumräume), ein ausreichendes Angebot an sicheren Aufenthaltsräumen (Anlaufstellen) und ein niederschwelliger Zugang zu den verschiedenen sozialen, medizinischen und therapeutischen Angeboten (Soma k, Psychiatrie). Besonders Konsumierende, die bisher keinen Zugang zu den Hilfsangeboten haben, sollen durch einen aufsuchenden Ansatz erreicht werden. Hier ist es angezeigt, auch

aufsuchende medizinische Angebote auf- und auszubauen. Ebenfalls ist es angezeigt, erfolversprechende Peer-Ansätze zu fördern. Dabei werden ehemalige oder aktuell noch Konsumierende als Mittler zwischen den Konsumierenden und den teilweise als bedrohlich erlebten Hilfsangeboten eingesetzt. So kann die Zugangsschwelle zu den Angeboten abgebaut und die Behandlung ermöglicht werden. Es stellt sich die Frage, ob auch in der Behandlung von Kokainabhängigen Agonisten Therapien sinnvoll sein können. In der Literatur wird diese Behandlung bisher als wenig erfolversprechend beurteilt oder zumindest sehr kontrovers diskutiert. Unter dem Gesichtspunkt der Schadenminderung lohnt es sich hierzu neue Überlegungen anzustellen und entsprechende Ansätze zu prüfen. Kleine Studien haben in der Behandlung mit langsam anflutenden Wirkstoffen, wie bspw. Kokapaste oder Kokablätterttee ermutigende Ergebnisse geliefert.

Auch in Deutschland gibt es dazu gute Ansätze. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin und ihr rühriger Vorsitzende Maurice Cabanis haben ein neues Forum geschaffen, das sich die Weiterentwicklung der Opioidsubstitutionsbehandlung zum Ziel gesetzt hat und dazu zu regelmäßigen (auch virtuellen) Treffen einlädt. Die Versorgung von Menschen mit Substanzgebrauch – insbesondere mit Opioidabhängigkeit – stellt das Gesundheitssystem vor viele Herausforderungen: Zunehmender Fachkräftemangel und fehlender Nachwuchs in der Suchtmedizin, unzureichende Strategien für Prävention und Frühintervention, große Versorgungslücken, ein fragmentiertes und unübersichtliches Hilfesystem sowie ein hoher Innovationsstau und eine möglicherweise bevorstehende Überdosiskrise wie in Nordamerika sind nur einige der wesentlichen Probleme im Suchthilfesystem. Um diesen Herausforderungen angemessen zu begegnen, hat das Center of Clinical Innovation in Addiction Research gUG (CORE) – in Kooperation mit dem Klinikum Stuttgart, Klinik für Suchtmedizin und abhängiges Verhalten – in Zusammenarbeit mit der Accente Bizz Comm GmbH und der Unterstützung fast aller in diesem Bereich tätigen Pharmaunternehmen ein Konzept für eine „Zukunftsinitiative Substitution“ entwickelt. Mit der „Zukunftsinitiative Substitution“ soll eine Plattform für den direkten Austausch zwischen suchtmmedizinischen Expert*innen, Leistungs- und Entscheidungsträgern sowie Politiker*innen geschaffen werden. Diese branchen- und fächerübergreifende Allianz soll nicht nur die wesentlichen Probleme der Substitution adressieren, sondern umsetzbare Lösungsvorschläge erarbeiten und deren Realisierung begleiten. In regelmäßig stattfindenden Klausurtagungen des Expert*innen-Gremiums werden die drängenden Herausforderungen in der Substitution diskutiert und ein Maßnahmenkatalog zu deren Lösung erarbeitet (Zukunftsinitiative Substitution 2023).

Fazit

Die Steuerung von sozialen und politischen Prozessen ist ein komplexes Unterfangen. Die Entwicklung von Angebotsstrukturen in illegalen Drogenmärkten schwer voraussehbar, ebenso wie die Entwicklung von (neuen) Konsummustern. Dennoch gibt es im Drogenhilfesystem (bei Behandler*innen und vor allem auch bei den betroffenen Menschen) viel Expertise, die viel zu wenig genutzt wird. Der Bundesdrogenbeauf-

tragte hat begonnen, Expert*innen aus Forschung und Praxis zu Konsultationsprozessen einzuladen, um sich für nächste notwendige drogenpolitische Schritte beraten zu lassen. Das ist ein richtiger Weg. Was aber fehlt, ist die Durchsetzungskraft gegenüber den zuständigen politischen Gremien (im Parlament und bei den politischen Parteien) und den zuständigen Ministerien. Es gibt Vorbilder für eine fachliche und politische Steuerung, etwa in der Schweiz mit der EKS/N, aber auch in Frankreich mit der Mission Interministérielle de la lutte contre les drogues et conduite addictives (MILDECA); also interdisziplinären und ressortübergreifenden Gremien mit Entscheidungsgewalt und Budgetmitteln.

Das wäre auch in Deutschland möglich und sollte – trotz schwieriger sozialpolitischer Rahmenbedingungen – umgesetzt werden. Zentral ist aber nicht nur der Diskurs mit Fachleuten aus Forschung und Praxis, sondern auch die gleichberechtigte Einbeziehung der Selbstorganisation von drogengebrauchenden Menschen, wie JES Bundesverband e.V.!

Das wäre zu wünschen und zu hoffen!

Kritische Einschätzung der Koalitionsvereinbarungen der Ampel-Parteien zum Thema „Drogen“ – Fazit

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

„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. Modelle zum Drugchecking und Maßnahmen der Schadensminderung ermöglichen und bauen wir aus.“

„Bei der Alkohol- und Nikotinprävention setzen wir auf verstärkte Aufklärung mit besonderem Fokus auf Kinder, Jugendliche und schwangere Frauen. Wir verschärfen die Regelungen für Marketing und Sponsoring bei Alkohol, Nikotin und Cannabis. Wir messen Regelungen immer wieder an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und richten daran Maßnahmen zum Gesundheitsschutz aus.“

(Koalitionsvereinbarung „Mehr Fortschritt wagen“ vom 24.11.2022)

Spätestens seit 2015/2016 gab es eine Reihe von Positionspapieren von Fachverbänden der Sucht- und Drogenhilfe, die ein Umdenken in der Drogenpolitik forderten, so u.a. die DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) am 14.08.2015 „Cannabispolitik überprüfen, Ziele erreichen“; die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) in ihrer Stellungnahme vom 17.12.2015 „Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums“, durchaus kritisch, was die Einschätzung der geringeren Harmlosigkeit von Cannabis betraf, aber sich doch für eine Entkriminalisierung einsetzend, ähnlich wie die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) in ihrer Stellungnahme von 2016. Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) veröffentlichte im Juni 2016 das Papier „Cannabis Regulierung statt Repression- AWO“; die GVS/Diakonie (Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe) am 15.7.2016 Zur Cannabispolitik in Deutschland. Der Paritätische Wohlfahrtsverband folgte schließlich am 7.4.2017 „Ein „Weiter so“ verbietet sich“.

Und das nach langer Zeit des Stillstands und der Grundannahme bzw. Behauptung „Das Betäubungsmittelgesetz hat general-präventive Wirkung“, die in Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen von Bündnis90/Die Grünen und der Linken der gebetsmühlenartig wiederholt wurde. Der Versuch der Opposition, eine Überprüfung der gewünschten und der ungewünschten Wirkungen des BtMG durch

eine Enquetekommission oder zumindest eine wissenschaftliche Studie zu erreichen, wurde blockiert (DR 18/1613).

Die Drogenpolitik in Bezug auf Cannabis befindet sich weltweit in einem Umbruch. Viele Staaten bewerten die politische Fokussierung auf das polizeilich umzusetzende Drogenverbot als nicht mehr zeitgemäß – und vor allem nicht effektiv und effizient – und haben Neuregulierungen geschaffen. Dies hat zu einer Erosion des internationalen Drogenverbots (Barop 2023) mit vielen Sonderregelungen jenseits der internationalen Suchtstoffkontrollübereinkommen geführt (EMCDDA 2002/2023; FES 2015; akzept 2022).

Auch in Deutschland bestand eine langjährige Opposition gegenüber Drogenverboten, besonders gegenüber dem Verbot von Cannabis. Vor dem Hintergrund, dass der Cannabiskonsum in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist, haben alle Parteien im Bundestag (bis auf die Fraktionen CDU/CSU und AfD) seit einigen Jahren drogenpolitische Veränderungen in Richtung Entkriminalisierung und sogar Legalisierung gefordert. Als schließlich die SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen im November 2021 die Regierungsverantwortung übernahmen, haben sie im Koalitionsvertrag eine Legalisierung im Umgang mit Cannabis beschlossen.

Zwar ist in Deutschland der bloße Konsum von Betäubungsmitteln nicht strafbewehrt; strafbar sind jedoch der Erwerb und der Besitz, die der Konsumhandlung in der Regel vorausgehen. Der Gesetzgeber hat nun zwar Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) herausgenommen (allerdings nur bis zu einer Menge von 25 g bzw. 50 g zum Eigenkonsum), aber alle anderen psychoaktiven Substanzen, die in den internationalen Suchtstoffabkommen als »gesundheitsgefährdend« und »therapeutisch ohne Nutzen« eingestuft werden, sind davon weiterhin ausgenommen oder nur in sehr geringen und streng kontrollierten Fällen zu wissenschaftlichen Zwecken erlaubt (wie etwa neuerdings einige Psychedelika). Insofern hat diese Gefährlichkeitseinschätzung nichts mit wissenschaftlicher Evidenz zu tun (vgl. hierzu neuere Forschungen zur Risikoabschätzung von psychoaktiven Substanzen; Nutt et al. 2010; Bonnet et al. 2021 und 2022).

Eine Reform der Drogenpolitik muss sich also gerade auf die Menschen fokussieren, die andere verbotene Substanzen als Cannabis konsumieren. Deutlich sind die gesundheitlichen, sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Folgen der Prohibition v.a. für Menschen, die abhängig geworden sind von illegalen Drogen. Unsere These ist: Das Verbot der Drogen schädigt die Menschen mehr als der Konsum der Drogen, selbst unter legalen, transparenten und hygienischen Bedingungen. Wir konstatieren ein Problem der Drogenpolitik und nicht des Drogenkonsums an sich. Wenn auch in den letzten Jahren vermehrt der Blick auf das Schädigungspotenzial der Drogenpolitik gerichtet worden ist, ist dieser zumeist nur angewendet worden auf Cannabis – u.a., weil die Zahl der Cannabiskonsumierenden mittlerweile eine Rekordhöhe erreicht hat und aus unserer Kultur nicht mehr wegzudenken ist. Heroin-/Kokain-/Crackkonsumierende brauchen einen Rahmen, der ihnen keine weiteren Probleme außerhalb des Drogenkonsums selbst bringt.

Nächste notwendige Reformschritte

Das Cannabisgesetz wurde am 21. Februar 2024 im federführenden Gesundheitsausschuss beraten und mehrheitlich verabschiedet und dann vom Plenum mit Mehrheit der Ampelkoalition am 23. Februar 2024 beschlossen, trat am 1. April 2024 in Kraft, zum 1. Juli 2024 können Anbauvereinigungen gegründet werden.

Noch wissen wir nicht, ob die Umsetzung gegen massive Widerstände von Ländern und den Oppositionsparteien im Bundestag, aber auch nach wie vor von Ärzte- und Richterverbänden, von Staatsanwaltschaften und selbst von Kleingartenverbänden, gelingt. Von den weiteren Vorhaben, eine Reform der Prohibitionslogik im Umgang mit psychoaktiven Substanzen ganz zu schweigen. Hier werden Reformschritte nur sehr vorsichtig angedacht bzw. das internationale Drogenkontrollregime nicht infrage gestellt. Es geht dabei nicht darum, den Gebrauch psychoaktiver Substanzen zu verklären, wohl aber darum, dessen Funktionalität zu verstehen und gesellschaftlich und sozialpsychologisch einzuschätzen, um damit die Rahmenbedingungen für einen gelingenden und nicht gefährdenden Umgang mit ihnen überhaupt zu ermöglichen. »Neugierde und Risikobereitschaft, positive, überschwängliche Peergroup-Berichte, gemeinschaftliches Rauscherleben bilden zentrale Konsummotive.« (Deimel, Walter 2023; Stöver, Michels 2024) Wird das im fachlichen und vor allem politischen Diskurs ausgeblendet, verpuffen Bemühungen um die Verhinderung des Konsums und selbst auch zur Risikominimierung. Es kommt vielmehr darauf an, schon frühzeitig Mechanismen der Förderung von Risikokompetenz zu unterstützen, statt Abstinenzappelle zu verbreiten, die insbesondere dann ihre Glaubwürdigkeit verlieren, wenn sie weiterhin verknüpft sind mit der Verharmlosung des Konsums, insbesondere von Alkohol. (Koller 2007; Franzkowiak 1996)

Deshalb muss die Cannabislegalisierung als erster, aber sehr wichtiger Schritt zur Entkriminalisierung des Konsums, Erwerbs und Besitzes von psychoaktiven Substanzen gesehen werden. (Michels, Stöver 2024)

Die „Antidrogenpolitik“ in Deutschland muss nach Ansicht von Ärzten und Strafrechtlern überprüft und korrigiert werden. Bei einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zu einem Antrag der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke schon im Jahr 2014 machten die Sachverständigen mehrheitlich deutlich, dass sie Strafandrohungen gegen Drogenkonsumenten aber auch gegen Ärzte sehr kritisch sehen. Eine wissenschaftliche Evaluation des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) sei überfällig. Das forderte die damalige Opposition auch in dem Antrag „Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen“ (Bundestagsdrucksache 18/1613).

Zahlreiche Fachverbände verlangten damals eine solche Evaluation und namentlich die Prüfung, ob eine Entkriminalisierung von Cannabiskonsumenten angezeigt ist. Dazu gehören u.a. die Resolution vieler Strafrechtsprofessoren 2013, die Stellungnahmen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in den Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Bundestags 2017, des Bundes Deutscher Kriminalbeamter und der Bundespsychotherapeutenkammer und von akzept.

Aber die Ampelkoalition hat bislang keinen Schritt unternommen, um diese Überprüfung zu veranlassen!

Nur stichwortartig seien bisherige Schritte von Entkriminalisierung und Schadensminderung aufgeführt:

- Erst unter dem starken öffentlichen Druck hat sich der Gesetzgeber 1982 durchgerungen, dem Strafrechtsteil des BtMG einen Abschnitt für „betäubungsmittelabhängige Straftäter“ („Therapie statt Strafe“) in den §§ 35-38 anzufügen. Von Anklage, Bestrafung, Strafvollstreckung oder weiterer Strafverbüßung kann zugunsten einer Behandlung unter bestimmten Bedingungen abgesehen werden. Und eine Entkriminalisierung nicht nur Cannabis, sondern auch von allen anderem im BtMG aufgeführten psychoaktiven Substanzen (vor allem Opioide, Amphetamine und Methamphetamin, Kokain und Crack und auch sogenannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)), da die Strafverfolgung weder den Konsum nennenswert reduziert, noch den Schwarzmarkt nennenswert beeinflusst. Nach § 31a BtMG kann das Strafverfahren in Bagatellfällen bei Drogenkonsumenten von Verfolgungsbehörden oder Gerichten eingestellt werden (das muss ausgeweitet werden). Zu bundeseinheitlicher Handhabung ist es jedoch bislang nicht gekommen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, nach § 37 BtMG von der Anklage gegen in der Behandlung befindliche Drogenabhängige abzusehen bei zu erwartender Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren. Ist eine Umstufung von Straftatbeständen zu Ordnungswidrigkeiten sinnvoll und wie müsste sie ausgestaltet sein, um nicht das Gegenteil zu erreichen (etwa durch hohe Bußgelder wie im Bußgeldkatalog zu Verstößen gegen das Cannabiskonsumgesetz in Bayern, vom März 2024) (Michels, Stöver 2024 a)
- Nach und nach wurde die ärztliche Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger zunächst vor allem mit Methadon und nur zur „ausschleichenden Entgiftung“, dann als Dauerbehandlung (§ 13 BtMG, § 5 BtMVV) zugelassen. Nach der positiven Evaluation eines entsprechenden Modellprogramms zur bundesweiten Erprobung der ärztlichen Substitution mit Diamorphin wurde 2010 die heroingestützte (diamorphingestützte) Behandlung für (Schwerst-) Opiatabhängige zugelassen und in die Regelversorgung aufgenommen. Substitution mit Methadon oder Buprenorphin o.ä. in Haftanstalten (Federführend: Länderjustizministerien) und vor allem in Einrichtungen des Maßregelvollzugs (gem. § 64 StGB) (Federführend: Landesgesundheitsministerien!) ist allerdings noch defizitär, Behandlung mit Diamorphin (Heroin) noch immer äußerst selten und sollte ausgebaut werden. Dazu liegen entsprechende Positionspapiere der Deutschen AIDS-Hilfe, von JES und akzeptiert vor! (Positionspapier 2023) (Dt. Ärzteblatt 2020) (Zsolnai 2024)
- Auch die Behandlung mit anderen Substituten (u.a. Methadon, Buprenorphin, Depotbuprenorphin etc.) ist mit großen Lücken insbesondere in ländlichen Regionen gezeichnet. Und Nachwuchs bei den substituierenden Ärzten bleibt aus. Eine flächendeckende Versorgung aufbauen und sicherstellen- neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und niedergelassenen Ärzt*innen sollen auch

Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens zur Sicherstellung auf einen umfassenden Beitrag verpflichtet werden! (Leitlinien 2013)

- Substitution/Behandlung mit pharmakologischen Substanzen muss auch für andere psychoaktive Substanzen als Opioid Kokain/Crack (Stimulanzien) erprobt/erforscht werden, auch das therapeutische Potential von Substanzen wie Ketamin oder Psychodelika zur Behandlung von Depressionen (Tullis 2021) etc. oder Dihydrodein zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit (Ulmer 2021).
- Erst unter dem Druck sich ausweitender HIV-Infektionen in der Hochrisikogruppe injizierender Drogenkonsumenten wurden 1992 gesetzlich die Vergabe von Einwegspritzen und entsprechende öffentliche Information ermöglicht in § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG. Aber im Strafvollzug gibt es noch immer keine Spritzenvergabe (mit Ausnahme einer Haftanstalt für Frauen in Berlin!).
- Mit knappen Kompromissentscheidungen im Ringen zwischen Bund und Ländern endete 2000 der Streit um eine gesetzliche Öffnung für bereits erprobte Einrichtungen von Drogenkonsumräumen (ausweiten!) zugunsten des komplizierten § 10a BtMG. In vielen Großstädten werden seither intravenös Drogenabhängigen auf diese Weise Beratung und Lebens- sowie Überlebenshilfen geboten; aber vielerorts, namentlich in Bayern, wird das verhindert. Es wäre auch wichtig, jetzt eine erste Bilanz zu ziehen: was gelingt gut (Erreichung der riskierten Gruppen), was weniger (Vermittlung in OAT oder andere Behandlungsformen; Umgang mit Konsumenten von Crack). (Stöver, Michels, Pritzens 2024)
- Einmütigkeit bestand im Bundestag für die 2017 geschaffene Möglichkeit, Cannabis als Arzneimittel (ausweiten) für Schwerkranke, insbesondere Schmerzpatienten, ärztlich zu verordnen (§ 19 Abs. 2a BtMG). Allerdings gibt es weiterhin erhebliche Widerstände in der Ärzteschaft und bei den Gesetzlichen Krankenkassen gegen die Verschreibung von Cannabisarzneimitteln. Zwar ist die Einfuhr von medizinischem Cannabis, zumeist aus Kanada, in den letzten Jahren deutlich gestiegen, aber noch immer gibt es zu wenige, von den Krankenkassen akzeptierte und finanzierte Verschreibungen, während ein Großteil der Patient:innen diese Behandlung privat finanzieren muss. Das wird durch die Zulassung des Eigenanbaus von Cannabis sich noch zunehmen, weil dann Cannabis zur Selbstmedikation verwendet wird. (Michels, Stöver, Verthein 2022)
- Über die Adaption eines Modells der Entkriminalisierung wie in Portugal wurden zwar auch von der Vorgängerregierung öffentlich diskutiert, aber es wurden keine Umsetzungsmodelle vorgelegt. Das sollte der neue Drogenbeauftragte tun (verbunden mit einem Besuch in Portugal bzw. einem Gespräch mit dem portugiesischen Drogenbeauftragten).

Drogenkonsum als Todesfalle: 3- Punkte-Programm zur Risikominderung!

Ein illegaler Drogenmarkt kennt keinen Verbraucherschutz. Gesundheitsschäden und lebensbedrohliche Risiken sind vorprogrammiert. Es gibt daher einige notwendige Umsetzungsmaßnahmen:

Drugchecking

Länder wie Niederlande, Schweiz u.a. zeigen es: die diskrete Analyse von Drogensubstanzen auf gefährliche Zusammensetzungen hin, kann Risiken des Drogenkonsums deutlich verringern helfen. Die Europäische Beobachtungsstelle Drogen und Abhängigkeit (seit Juli diesen Jahres Europäische Drogenagentur European Drug Agency EUDA) empfiehlt deshalb die Umsetzung solcher Analysemöglichkeiten- diskret, anonym, effektiv zum Konsument*innenschutz.

Seit 2023 ist das drugchecking nun erlaubt im Rahmen einer Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes, aber wie bei der Legalisierung von Drogenkonsumräumen müssen die Bundesländer Rechtsverordnungen erlassen und dies ist bis November 2024 in keinem Bundesland passiert! Der Stadtstaat Berlin hat damit bereits begonnen, unabhängig von den Initiativen auf Bundesebene. Flächendeckend sollten in öffentlicher Hand (z.B. Gesundheitsämter, Apotheken, Landschaftsverbände,) Angebote zur Qualitäts- und Risikokontrolle von Drogensubstanzen geschaffen werden, deren Ergebnisse von Drogengebraucher*innen eingesehen werden können (Verbraucherschutz).

Die Ergebnisse dieses Angebots in Berlin sind positiv. Die Evaluation kommt zu dem Ergebnis: “Die Ergebnisse zeigen, dass das Berliner Drug-Checking-Modellprojekt effektiv dazu beiträgt, Gesundheitsrisiken zu reduzieren und einen bewussteren Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu fördern. Die hohen Akzeptanzwerte und die positiven Wirkungseffekte unterstreichen die Wirksamkeit des Angebots.“ (Evaluationsbericht 2024)

Take-home- Naloxonvergabe

Zur Bewältigung des Drogennotfalls (Überdosis) und Senkung der Mortalität unter Drogenkonsument*innen soll Naloxon, ein bewährtes Mittel zur Behandlung des Drogennotfalls, flächendeckend als Take-home-Rezept verfügbar gemacht werden für Menschen mit riskantem Opiatkonsum. Das bundesweite Modellprojekt Naltrain wurde deshalb für alle Träger der Drogenhilfe finanziert und organisiert. Tatsächlich gibt es aber nach wie vor keine flächendeckende Versorgung mit Naloxon, wobei eine große Hürde die Verschreibungspflicht darstellt! (Fleissner, Stöver, Schäffer 2023) (Wodarz 2024)

Medikamentengestützte Behandlung (Opioid Antagonist Behandlung)

Diamorphin (synthetisches Heroin als Medizinprodukt) und andere Formen der Opioidsubstitution (mit Methadon, Levomethadon und Buprenorphin auch als Depot) sind wirksam, aber nicht annähernd ausreichend verfügbar.

Die bewährten suchtmmedizinischen Angebote sind zudem besser zugänglich zu machen, speziell auch für die steigende Anzahl von Drogenkonsument*innen ohne Krankenversicherungsschutz.

Für drogengebrauchende Menschen in den ist auch in der suchtmedizinischen Versorgung das Äquivalenzprinzip umzusetzen: Substitution muss in Haft mit allen entwickelten Substitutionsformen genauso zugänglich sein wie außerhalb der Haftanstalten, wenn die medizinische Indikation besteht. Das gilt auch für den diskreten Zugang zu sterilem Spritzenbesteck, um das besonders hohe Haftrisiko der Hepatitis- oder Aids-Infektion wirksam zu reduzieren.

Auch in Maßregelvollzugseinrichtungen muss dieses Angebot zur Verfügung stehen, zumal es sich nicht um Haftanstalten handelt, sondern um psychiatrische Kliniken, die der Aufsicht der Gesundheits- und Sozialministerien unterliegen, nicht der Justizverwaltung und damit den Qualitätsstandards der Bundesärztekammer zur Substitution unterliegen.

Suchtprävention und Suchthilfe stärken!

Die Suchthilfe braucht ein stabiles Fundament und muss angesichts jüngster Entwicklungen ausgebaut werden- unabhängig von Konjunkturen und Haushaltslagen. Es gibt den Vorschlag: Suchtberatung –mit Prävention, psychosoziale Begleitung von Substitution, Therapie und Selbsthilfeunterstützung für Konsument*innen und begleitende Angehörige werden als *Pflichtaufgabe* für die Kommunen erklärt und stabil finanziert- unabhängig von der kommunalen Haushaltslage! Die Krankenkassen sind angemessen zu beteiligen. Die Begleitung ist unbürokratisch und niedrigschwellig zu finanzieren! Den besonderen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Bundes- teilhabegesetzes durch Konsument*innen mit Hilfebedarf ist mit niedrigschwelligem Hilfeplanverfahren, ggfs. Fallpauschalen zu begegnen. (DHS 2023)

Den risikobehafteten Alkohol- und Tabakkonsum reduzieren!

Tabak und Alkohol sind legal und in unserer Kultur verankert. Das Abhängigkeitspotenzial dieser Volksdrogen ist gleichwohl hoch, und sie führen zu enormen gesundheitlichen und sozialen Schäden. Allein an den Folgen des Alkohols sterben pro Jahr etwa 74.000, an den Folgen des Tabakkonsums 110.000 Menschen. Beide Substanzen zählen zu den Hauptrisikofaktoren bei Krebs und anderen tödlichen Erkrankungen. Die volkswirtschaftlichen Schäden summieren sich auf Milliardensummen. Im Vergleich mit anderen Ländern tut Deutschland wenig, um die zerstörerischen Folgen für Individuen und Gesellschaft zu reduzieren. Im Gegenteil: Werbung für Alkohol und Tabak ist in bestimmter Form nach wie vor erlaubt. Bei der Zahl der Zigarettensautomaten- in anderen Ländern längst verschwunden – sind wir Weltmeister. 340.000 Automaten animieren im öffentlichen Raum zum Zigarettengang. Die Folge: Bei der Tabakkontrolle liegen wir laut Tabakatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) auf einem der letzten Plätze in Europa. Beim Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch sind wir auf den vorderen Rängen. Zusätzlich könnten wir Menschen Unterstützung anbieten, die das Rauchen einschränken oder Gesundheitsrisiken verringern möchten, ohne aufzuhören – mit Maßnahmen, die zu ihrem Lebensstil passen. So führt

zum Beispiel nach aktuellen Studien die E-Zigarette bei einem Teil der Raucher*innen zur Verringerung oder Aufgabe des Tabakkonsums. Zugleich zieht sie kaum neue Konsumierende an, animiert also nicht zum Rauchen. In einem wissenschaftlich fundierten Diskussionsprozess gilt es nun, Chancen und Risiken der E-Zigarette abzuwägen, um dann klare Botschaften an (potenzielle) Konsumenten zu senden. (Steimle, Grabski, Stöver 2024)

Die Umstrukturierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

Im Koalitionsvertrag ist festgelegt: „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsungebunden sein.“

Das bedeutet, dass auch der Schwerpunkt der Drogen- und Suchtprävention in der BZgA auf seine Wirksamkeit überprüft werden sollte und neue Konzepte erprobt werden zum Ausbau der Risikokompetenzförderung. Beispielhaft sei hier auf den österreichischen reflecting-Ansatz verwiesen (Fachstelle für Suchtprävention Berlin, 2023) (Koller 2015).

Die BZgA hat eine Reihe von guten wissenschaftlichen Analysen publiziert und gute Präventionsprogramme entwickelt (wie HaLT, drugcom, Kenn Dein Limit., etc.), aber diese waren häufig nicht ausgerichtet auf die riskierten Lebensbedingungen, sondern mittelschichtorientiert, sodass in der Prävention des Cannabis- oder Tabakkonsums nicht die konsumentenschlossenen Menschen erreicht wurden und Glaubwürdigkeitslücken existierten. Das sollte untersucht werden, um die Maßnahmen stärker auf die Vermittlung von Risikokompetenzen auszurichten und weniger auf die Verhinderung des Konsums. Diesen Prozess sollte der Drogenbeauftragte in enger Abstimmung mit dem Fachreferat Drogen und Sucht des BMG begleiten.

Überprüft werden sollte auch die Mitfinanzierung einiger Reihe von Kampagnen im Bereich der Alkoholprävention durch die private Krankenversicherung (PKV), die damit auch versucht hat, die Entwicklung einer Bürgerversicherung zu behindern. (Speich 2024)

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Neue Regelungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer, Maurice Cabanis, Nina Pritzens

Einleitung

Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung hat in Deutschland lange nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Obwohl die Zahl der entsprechenden Ambulanzen und Praxen in den letzten zehn Jahren geringfügig gestiegen ist, bleibt sie weiterhin im niedrigen zweistelligen Bereich. Dies spiegelt sich auch in der begrenzten Zahl der Patient*innen wider, die lediglich 1,8 Prozent aller Substitutionsbehandlungen ausmachen. Gleichzeitig existiert bereits durch die deutsche Heroinstudie (Haasen & Verthein 2008) sowie dreißig Jahre Erfahrung zur heroingestützten Behandlung in der Schweiz ausreichend Evidenz, um das Angebot der Diamorphinbehandlung flächendeckend zu implementieren und mit anderen Substitutionspräparaten gleichzustellen.

Kurz vor dem vorzeitigen Ende der aktuellen Regierungskoalition wurde ein Referent*innenentwurf zur fünfnten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vorgelegt. Dieser Entwurf zielt darauf ab, die Zugangsvoraussetzungen für die diamorphingestützte Behandlung moderat anzupassen. Allerdings ist bei genauerer Betrachtung festzustellen, dass der Fortschritt nur schrittweise erfolgt und die Regularien weiterhin deutlich strenger bleiben als bei herkömmlichen Substitutionsbehandlungen mit Tabletten, Kapseln oder Depotmedikamenten.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen gehört die Absenkung der Mindestvoraussetzung einer fünfjährigen Opioidabhängigkeit auf zwei Jahre sowie die Herabsetzung des Mindestalters von 23 auf 18 Jahre. Dennoch bleibt eine Sonderregelung bestehen: Für Patient*innen zwischen 18 und 23 Jahren ist eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich, um die Behandlung aufzunehmen. Diese Regelung zementiert weiterhin die Sonderstellung der Diamorphinbehandlung, anstatt die Zugangsvoraussetzungen vollständig an die Vorgaben des §5 BtMVV anzupassen.

Obwohl die Änderungen grundsätzlich positiv zu bewerten sind, schöpfen sie nicht das Potenzial aus, um eine patientenorientierte Substitutionsbehandlung zu fördern. Die Entscheidung darüber, welches Medikament im Rahmen der Substitution eingesetzt wird, sollte in erster Linie Ärzt*innen und Patient*innen überlassen werden, ohne durch unnötig restriktive Hürden beeinflusst zu werden.

Veränderung der Drogenmärkte und ihre Implikationen

Die gegenwärtigen Entwicklungen auf den Drogenmärkten stellen eine erhebliche Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Die zunehmende Verfügbarkeit hoch-

potenter synthetischer Opioide, wie Fentanyl, birgt ein großes Risiko für eine Zunahme von Drogentodesfällen. Diese Substanzen sind aufgrund ihrer hohen Potenz und schwierigen Dosierbarkeit mit einem stark erhöhten Risiko für Überdosierungen verbunden. Gleichzeitig ist eine deutliche Zunahme von Kokain- und Crackkonsum zu verzeichnen. Eine diamorphingestützte Substitution könnte in Fällen des Konsums synthetischer Opioide sowie im Rahmen von zusätzlich bestehender Kokain-/Crackabhängigkeit (Zokai 2010) dazu beitragen, diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, indem sie einen sicheren Zugang zu kontrollierten Substanzen bietet und so den Kontakt zu unregulierten Märkten minimiert.

Zudem zeigt die wissenschaftliche Evidenz, dass Menschen, die frühzeitig in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen werden, ein deutlich geringeres Risiko für Drogentodesfälle und andere schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Durch den erweiterten Zugang zur Diamorphinbehandlung könnten mehr Menschen in einem frühen Stadium ihrer Abhängigkeit erreicht und für eine Behandlung gewonnen werden. Dies würde nicht nur das individuelle Mortalitätsrisiko senken, sondern auch eine stabilisierende Wirkung auf die öffentliche Gesundheit haben, indem es die Gesamtzahl der Todesfälle durch Substanzgebrauch reduziert.

Wissenschaftlich fundierte Vorteile der Substitution

Erstmals haben sich die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, die Deutsche Aids-Hilfe, akzept und der JES-Bundesverband in einer gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Thema positioniert. Sie betonen, dass Deutschland dank der sogenannten Heroinstudie über eine wissenschaftlich fundierte Evidenz verfügt, die die Wirksamkeit der diamorphingestützten Substitution belegt – auch für opioidabhängige Patient:innen, die keine vorherige orale Substitutionsbehandlung durchlaufen haben (Haasen & Verthein 2008).

Darüber hinaus zeichnen sich vielversprechende Entwicklungen ab, die mittelfristig die Einführung einer tablettengestützten Diamorphintherapie ermöglichen könnten. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, die bestehenden Spielräume auszunutzen und ein klares Signal für eine Entstigmatisierung des Wirkstoffs Diamorphin und der zugehörigen Behandlungsmethoden zu setzen.

Die aktuelle regulatorische Nachrangigkeit der Diamorphinbehandlung sowie die hohen Zugangshürden tragen wesentlich dazu bei, dass sowohl der Wirkstoff selbst als auch die Patient*innen, die sich für diese Behandlungsform entscheiden, weiterhin stigmatisiert werden. Um dem entgegenzuwirken, sollten die neuen Richtlinien darauf abzielen, die Diamorphinbehandlung mit der herkömmlichen Substitution nach §5 BtMVV gleichzustellen und den Zugang zu erleichtern. Nur durch eine umfassende Gleichbehandlung kann eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung opioidabhängiger Menschen erreicht werden. Gleichzeitig bietet dies die Chance, den Risiken durch Veränderungen auf den Drogenmärkten proaktiv zu begegnen und die gesundheitliche Stabilität der betroffenen Personen langfristig zu sichern.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Stellungnahme der Deutschen Aidshilfe e.V., von akzept e.V., des JES Bundesverbands sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur fünften Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Die genannten Verbände unterstützen weite Teile der im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehenen vereinfachten Zugänge für Opioidkonsument:innen zur diamorphingestützten Behandlung. Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Kommentierung des vorliegenden Entwurfs und beziehen zu den vorgeschlagenen Änderungen wie folgt Stellung:

§ 5a

2. ...bei dem Patienten eine seit mindestens zwei Jahren bestehende Opioidabhängigkeit vorliegt

Die Absenkung der Mindestvoraussetzung für die Dauer der Opioidabhängigkeit von fünf auf zwei Jahre stellt eine Verbesserung dar. Jedoch bleibt die Voraussetzung einer zweijährigen Abhängigkeit für den Zugang zur Diamorphinbehandlung weiterhin problematisch. Wissenschaftliche Evidenz – unter anderem aus der deutschen Heroinstudie (Haasen & Verthein 2008) sowie der DRUCK-Studie (Bremer et al. 2016) – zeigt, dass ein frühzeitiger Zugang zu dieser Behandlungsform das Risiko von Todesfällen durch Substanzgebrauch und weiteren gesundheitlichen Schäden signifikant senken kann. Vor dem Hintergrund dieser schnellen negativen Entwicklungsverläufe, die mit dem Konsum von illegalen Opioiden verbunden sein können wirkt sich eine Mindstdauer bestehender Abhängigkeit als Voraussetzung für den Zugang zur Diamorphinbehandlung als etablierte Behandlungsform eher schädlich aus.

*→Forderung: Die Mindestvoraussetzung einer zweijährigen Abhängigkeit sollte vollständig gestrichen werden, um Patient*innen frühzeitig Zugang zu einer effektiven Behandlung zu ermöglichen.*

3. ...der Patient erhebliche Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweist, die jeweils auf den Konsum illegal beschaffter Opioide zurückzuführen sind,

Die Neufassung dieses Passus ist zu begrüßen, da sie eine präzisere Begründung der Erfordernis durch Ärzt*innen ermöglicht und die vorherige Verknüpfung mehrerer schwerer Störungen zurücknimmt. Dies stärkt die Rechtssicherheit und den Zugang zur Behandlung.

→Die vorgeschlagene Änderung wird begrüßt.

4. Ein Nachweis über die Behandlung der Opioidabhängigkeit nach § 5 vorliegt, die mindestens sechs Monate durchgeführt wurden und sich als nicht geeignet erwiesen haben.

Die Reduzierung des Nachweises von zwei auf eine erfolglose Substitution ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings bleibt die Diamorphinbehandlung nachrangig gegenüber anderen Substitutionsformen. Studien, einschließlich der deutschen Heroinstudie (Haasen & Verthein 2008), belegen jedoch, dass eine direkte Aufnahme in die Diamorphintherapie ohne vorherige Substitution wirksam ist. Die Studie bezog 107 Personen ein, die keine Vorerfahrungen in der Substitutionsbehandlung aufwiesen „with no previous maintenance treatment experience“.

Ein weiterer Aspekt ist die Zielsetzung der Substitutionsbehandlung selbst, die u.a. in der Vermeidung von Infektionserkrankungen sowie weiterer physischer und psychischer Belastungen besteht. Die Praxis zeigt, dass jene Patient*innen, für die sich die Substitutionsbehandlung nach §5 als ungeeignet erweist, den fehlenden Nutzen mit dem Konsum von anderen legalen und illegalen Substanzen kompensieren. Hierbei wird der Bezug und Konsum von illegal beschafftem Heroin vielfach fortgesetzt. Das fehlende Rauscherleben wird zudem mit dem nicht ärztlich kontrollierbaren Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen kompensiert. Diese Konstellation kann für den Patienten überaus gefährlich sein.

Darüber hinaus zeigen mehr als dreißig Jahre Erfahrung in der Substitutionsbehandlung deutlich, dass ein Teil der Patient*innen von den etablierten Substanzen (z.B. Levomethadon, Buprenorphin, retardiertes Morphin), den verschiedenen Applikationsformen (z.B. oral, bukkal, subkutan) sowie dem fehlenden Rauscherleben nicht ausreichend profitieren. Dies wiederum kann zur Folge haben, substitutionssinteressierte Konsument*innen am Ende nicht für die Behandlung gewinnen zu können.

Mit der Aufrechterhaltung der Nachrangigkeit des Wirkstoffs Diamorphin wird opioidabhängigen Menschen ohne Vorerfahrung einer Behandlung nach §5 nach wie vor der Zugang zum Wirkstoff Diamorphin gesetzlich verwehrt.

Eine solche Einschränkung sollte nicht durch den Gesetzgeber getroffen, sondern individuell zwischen Ärzt:in und Patient*n diskutiert und entschieden werden. Daher gilt es im Gesetz größtmögliche Spielräume für diese Entscheidung zu ermöglichen, jedoch gleichsam die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs zu gewährleisten.

→Forderung: Die Nachrangigkeit der Diamorphinbehandlung sollte aufgehoben und der direkte Zugang ermöglicht werden.

5. Der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Die Absenkung des Mindestalters auf 18 Jahre wird begrüßt, da sie jüngeren Patient*innen den Zugang ermöglicht. Allerdings ist die zusätzliche Anforderung einer ärztlichen Zweitmeinung für Patient*innen zwischen 18 und 23 Jahren unverhältnismäßig und könnte den Zugang unnötig verzögern. Wir gehen davon aus, dass Suchtmediziner*innen mit großer Sorgfalt bei der hier im Fokus stehenden Entscheidung vorgehen, sodass auf die Einholung einer Zweitmeinung verzichtet werden kann.

→Forderung: Die Anforderung einer ärztlichen Zweitmeinung für Patient:innen zwischen 18 und 23 Jahren sollte gestrichen werden.

5. Buchstabe b

„Im Verlauf der ersten sechs Monate der Behandlung **müssen zeitnah Maßnahmen der psychosozialen Betreuung begonnen werden.**“

Die Flexibilisierung der Anforderungen, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen nicht zwingend vor Beginn der Substitution zu starten, ist sinnvoll. Dies verhindert Verzögerungen beim Behandlungsbeginn und trägt zur Verbesserung der Versorgung bei.

→*Die Änderung wird ausdrücklich unterstützt.*

5. Buchstabe d

Mit der Streichung des Kriteriums „**bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum**“ wird dem heute veränderten Konsumverhalten von Opioidabhängigen Rechnung getragen. So zeigen Daten aus den Drogenkonsumräumen in Deutschland eine sinkende Prävalenz des injizierenden Heroinkonsums bei gleichzeitigem Anstieg des inhalativen Konsums. Hiermit wird die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer gestärkt.

→*Die Änderung wird ausdrücklich unterstützt.*

Die Verbände appellieren an den Gesetzgeber, die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen zu erweitern und den Zugang zur Diamorphinbehandlung patientenorientierter und evidenzbasierter zu gestalten. Hinzu kommt die zunehmende Verfügbarkeit hochpotenter synthetischer Opioide wie Fentanyl oder Nitazenen sowie der Anstieg von Kokain- und Crackkonsum erfordern flexible und evidenzbasierte Ansätze (Krausz et al. 2022, Zokai 2010).

Die Diamorphinbehandlung bietet in diesen Kontexten eine kontrollierte Alternative und hilft, die Risiken unregulierter Märkte zu minimieren. Schließlich tragen die derzeitigen Hürden und die Nachrangigkeit der Diamorphinbehandlung weiter zur Stigmatisierung sowohl des Wirkstoffs als auch der Patient*innen bei. Eine Gleichstellung mit anderen Substitutionsformen könnte diese Stigmatisierung reduzieren und die Akzeptanz der Therapie fördern.

Nur durch eine umfassende Gleichstellung mit anderen Substitutionsformen können die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen, die mit der Opioidabhängigkeit verbunden sind, effektiv adressiert werden.

Dr. Maurice Cabanis
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Prof. Heino Stöver, Nina Pritzens
akzept e.V.

Silke Klumb
Deutsche Aidshilfe

Claudia Schieren
JES Bundesverband e.V.

Literatur:

- Bremer, V., Cai, W., Gassowski, M., Haufig, J., Marcus, U., Nielsen, S., & Zimmermann, R. (2016). Drogen und chronische infektiöserkrankheiten in Deutschland-DRUCK-studie.
- Krausz, R. M., Westenberg, J. N., & Vogel, M. (2022). Addressing fentanyl use disorder with fentanyl-assisted treatment. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 103-105.
- Verthein, U., Kuhn, S., & Haasen, C. (2008). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger—eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. *Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up-Phase. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)*, Hamburg.
- Zokai, A. (2010). *Der Verlauf des Kokainbeikonsums bei substituierten Opiatabhängigen: Ergebnisse der Behandlung mit Diamorphin im Vergleich mit Methadon* (Doctoral dissertation, Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky).

KI-gestützte Frühwarnsysteme und Surveys zur Prävention von Risikokonsum und möglichen Überdosiskrisen

Maurice Cabanis

Einleitung

Deutschland steht angesichts der globalen Opioidkrise vor einer zunehmenden Herausforderung. Der Anstieg von Todesfällen im Zusammenhang mit synthetischen Opioiden in Europa verdeutlicht den Handlungsbedarf. Monitoring- und Alarmsysteme bieten hier die Möglichkeit, das Gesundheitssystem widerstandsfähiger und effektiver zu machen. In Verbindung mit epidemiologischen Daten schaffen sie die Grundlage für eine evidenzbasierte Politik, die flexibel auf die dynamischen Herausforderungen im Substanzgebrauch reagieren kann.

Präzise und aktuelle Daten sind unverzichtbar, um die Häufung bestimmter Substanzen erfassen und ggf. regionale Unterschiede und weitere Determinanten identifizieren zu können, die das Konsumverhalten beeinflussen. Die Herausforderung liegt in der Heterogenität und Dynamik dieser Datenquellen. Insbesondere bei synthetischen Opioiden ist der Markt extrem volatil, was eine kontinuierliche und umfassende Erhebung notwendig macht.

Daher ist ein umfassendes Monitoringsystem essenziell, um die Dynamik des Drogenmarktes zu überwachen. Solche Systeme können Echtzeitdaten liefern, indem sie durch eine kontinuierliche Datenerfassung und -analyse Veränderungen in den Konsummustern schnell sichtbar machen. Außerdem tragen sie dazu, wissenschaftlich fundierte Entscheidungen zu fördern. Akteure in Politik und Gesundheitswesen erhalten fundierte Grundlagen für Interventionen. Schließlich können regionale Unterschiede berücksichtigt und lokale Hotspots schneller identifiziert werden, in denen dann gezielte Maßnahmen besonders relevant sind.

Die Integration von Monitoringdaten aus Surveys wie dem „Szene Survey“ (s. unten) mit Daten aus Abwasser- und Laboranalysen, Polizeistatistiken und medizinischen Berichten erlaubt darüber hinaus ein schnelleres Reagieren auf mögliche Veränderungen und damit verbundene Risiken und Probleme. Konkret ermöglicht eine solche Datensynthese die Früherkennung von riskanten Konsummustern und damit ein schnelles Reagieren auf neu auftretende Substanzen. Des Weiteren ermöglicht eine solche Integration strukturelle Anpassung des Gesundheitssystems an aus den Daten resultierende Bedarfe. Schließlich hilft das Zusammenfügen der Daten der Entwicklung evidenzbasierter Strategien zur Minimierung gesundheitlicher und sozialer Schäden.

Die Rolle eines Alarmsystems

Ein Alarmsystem stellt den nächsten logischen Schritt in der Reaktion auf eine potenzielle Überdosiskrise dar. Während das Monitoring langfristige Trends analysiert, ist ein Alarmsystem auf sofortige Aktionen ausgerichtet. Es informiert relevante Akteure, darunter Gesundheitsbehörden, Kliniken, niedergelassene Ärzt*innen, Suchthilfeeinrichtungen sowie Konsumierende und deren Angehörige in Echtzeit über akute Gefahren. Die Vorteile eines solchen Systems umfassen:

1. **Lebensrettende Warnungen:** Konsumierende können vor gefährlichen Substanzen in ihrer Region gewarnt werden, bevor sie diese konsumieren.
2. **Ressourcenmobilisierung:** Kliniken und Notfallteams können ihre Kapazitäten auf potenzielle Überdosishotspots konzentrieren.
3. **Koordination der Prävention:** Durch die Vernetzung von Institutionen können Maßnahmen effizienter und gezielter umgesetzt werden.

Ein Blick in die Werkstatt

Zwei Projekte, „PANDA“ und „Watch out“ des Center of Clinical Innovation in Addiction Research gUG (CORE), adressieren diese Herausforderungen durch die Entwicklung eines KI-gestützten Frühwarnsystems und eines umfassenden Surveys zur Erhebung risikoreicher Konsummuster. Im Folgenden sollen kurz die beiden Ansätze, Methoden und Potenziale der Projekte und deren Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit dargestellt werden.

Watch out: Systematische Erhebung von Risikodaten über einen Szene Survey

Das Projekt „Watch out“ zielt darauf ab, detaillierte Daten zu Konsummustern und Risikoverhalten in Drogenszenen zu erheben. Der Fokus liegt auf synthetischen Opioiden wie Fentanyl oder Nitazenen, aber auch auf anderen Risikosubstanzen, wie z.B. Xylazin oder Crack, deren Verbreitung in Deutschland und Europa zunimmt (EM-CCDA, 2023).

Der Szene Survey basiert auf evidenzbasierten Kriterien und umfasst:

- **Einen Entwicklungsprozess:** Expert:innen evaluieren die Qualität und Validität der Fragen.
- **Kognitive Walkthroughs:** Tests durch Konsumierende zur Sicherstellung von Klarheit und Verständlichkeit.
- **Digitale Administration:** Einsatz eines Interviewer:in-geführten digitalen Fragebogens zur Erhöhung der Datenqualität und Sicherheit.

Geplant ist die Durchführung an verschiedenen deutschen Standorten, darunter Berlin, Frankfurt, Hamburg, Köln, Leipzig, München, Stuttgart, aber auch in ländlichen Regionen.

Die erhobenen Daten sollen als Basis für Frühwarnsysteme und präventive Maßnahmen dienen, um eine potenzielle Überdosiskrise frühzeitig zu erkennen und abzumildern. Die erste Implementierung wird durch die Krafft-Stiftung (www.krafft-stiftung.de) finanziert.

PAAnDA: KI-basierte Plattform zur Suchtprävention

Das Projekt „PAAnDA“ (Plattform für Prävention und Analyse riskanter Drogen mittels AI) entwickelt ein intelligentes Frühwarnsystem, das datenbasierte Präventionsstrategien ermöglicht. Es integriert Echtzeitdaten aus verschiedenen Quellen, darunter Abwasseranalysen, Polizeiberichte, Surveys, Laborergebnisse, Rückmeldungen von Kliniken, niedergelassenen Ärzt*innen, Suchthilfeeinrichtungen, Kommunen, Betroffenen, Angehörigen etc. Im Rahmen des Projekts werden KI-basierte Vorhersagealgorithmen für die Analyse der Datenmengen genutzt, um Trends und Risiken im Substanzgebrauch zu erkennen. Eine zentrale Plattform dient dem Sammeln, Verwalten und Bereitstellen der Information an Institutionen und Einzelpersonen. Mit Hilfe eines Chatbots werden personalisierte Warnungen und Beratungen bereitgestellt.

Das System ermöglicht:

- **Regionale Warnsysteme:** Frühzeitige Information an Gesundheitsbehörden, -institutionen, Suchthilfeeinrichtungen, Konsumierende und deren Angehörige bei entsprechenden Risiken.
- **Evidenzbasierte Prävention:** Präzise, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittene Maßnahmen.
- **Internationale Vernetzung:** Kooperation mit Universitäten in Vancouver, Sydney, Wien und Basel zur Weiterentwicklung der Plattform.

Gemeinsame Synergien und Zukunftsperspektiven

Die Verbindung von Szene Survey und PAAnDA bietet ein leistungsstarkes Werkzeug für Prävention und Intervention. Während der Szene Survey detaillierte epidemiologische Daten liefert, nutzt PAAnDA diese Informationen für KI-gestützte Vorhersagen. Die enge Zusammenarbeit mit internationalen Partnern und lokalen Institutionen gewährleistet wissenschaftliche Validität und breite Akzeptanz.

Langfristig streben beide Projekte an, integrative, transparente und effektive Strategien zur Bekämpfung von Substanzmissbrauch zu etablieren. Diese Ansätze unterstreichen die Bedeutung technischer Innovationen und interdisziplinärer Kooperation für die Gesundheitsversorgung der Zukunft.

Fazit

Die Kombination aus epidemiologischen Daten, einem umfassenden Monitoringsystem und einem funktionalen Alarmsystem bildet die Grundlage für eine wirksame Prävention von Überdosiskrisen. Solche Ansätze ermöglichen es, Risiken frühzeitig zu erkennen, lebensrettende Maßnahmen zu ergreifen und das öffentliche Gesundheitssystem nachhaltig zu stärken. Die aktuellen Projekte „PANDA“ und „Szene Survey“ zeigen auf, wie diese Elemente integriert werden können, um eine drohende Krise in Deutschland und Europa abzuwenden.

Literatur

EMCCDA, (2023). Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#references

Harm Reduction –
in allen Bereichen der
Drogenpolitik!



2

Tobacco Harm Reduction mit Drogengebrauchenden

Ein Praxisbericht der vista gGmbH (Berlin)

Stefan Wiedemann, Alina Bialetzki, Hendrik Iding

Einleitung

Der „Harm Reduction Ansatz“ ist eine fachlich akzeptierte und tragende Säule der Sucht- und Drogenhilfe und hat entscheidend zur Steigerung der Lebensqualität und Lebensdauer substanzgebrauchender Menschen beigetragen. Umso unverständlicher ist es, dass einer der tödlichsten und volkswirtschaftlich verheerendsten Abhängigkeitserkrankungen – der Tabakabhängigkeit – weiterhin vor allem mit abstinenzorientierten Interventionsangeboten begegnet wird. So entsteht die absurde Situation, dass die Erfolge z.B. von Drogenkonsumräumen, Substitutionsbehandlung, oder Infektionsprophylaxe durch die weitgehend unbehandelte Tabakabhängigkeit konterkariert werden.

Umgang mit Tabakabhängigkeit in der Drogen- und Suchthilfe

Es ist davon auszugehen, dass Nutzer*innen der Sucht- und Drogenhilfe überproportional von Tabakabhängigkeit betroffen sind. In der deutschen Suchthilfestatistik schlägt sich dies nur unzureichend nieder, da sich die veröffentlichten Daten zu meist auf die Hauptdiagnosen beziehen und Tabakabhängigkeit von Helfenden und Drogengebrauchende als weniger relevant bewertet werden. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die gesundheitlichen Risiken von Tabakprodukten die vieler anderer Substanzen übertreffen.

Auch ist die Einschätzung anzutreffen, dass Klient*innen der Suchthilfe überfordert würden, wenn sie neben den Herausforderungen – z. B. einer stabilen Substitutionsbehandlung – mit Maßnahmen zur Tabakentwöhnung konfrontiert würden. In vielen Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe, werden abstinenzorientierte Programme zur Tabakentwöhnung angeboten. Vornehmlich werden diese von Menschen mit Problemen im Bereich des Alkohol- oder Medikamentengebrauches und eher von vergleichsweise sozial und psychisch stabileren Nutzer*innen wahrgenommen. Dies spricht in keiner Weise gegen die Qualität und Relevanz dieser Maßnahmen, aber für eine Differenzierung der Angebote.

Festzustellen ist ein Auseinanderfallen der vorherrschenden Behandlungsparadigmen. Hier (illegalisierte Substanzen und Alkohol) die Maßnahmen der Harm Reduction, dort (Tabak) die Abstinenzorientierung.

Wenn eine Thematisierung des Tabakgebrauches z.B. in Betreuungsprozessen mit Bezug zum Substanzgebrauch (z.B. PSB oder BEW) stattfindet wird diese zu unsystematisch verfolgt. Wir erreichen unsere Klient*innen zu spät – auch im Hinblick darauf, dass Veränderungen im Tabakgebrauchsverhalten die Motivation und Wirksamkeitserwartung bezüglich einer Reduktion weiterer psychoaktiver Substanzen erhöhen. Auch können wir Menschen, die nach ggf. bereits erfolgten, aber nicht erfolgreichen Tabakentwöhnungen frustriert sind oder solchen, die ihre Gesundheit verbessern, sich aber aus unterschiedlichsten Gründen aktuell keine Abstinenz vorstellen können, bislang kein adäquates risikominderndes Angebot vorhalten.

Unser Ziel war über eine Erweiterung der Behandlungsoptionen mehr Menschen bei einer Veränderung des Tabakgebrauches unterstützen zu können.

Leider standen für tabakabhängige Menschen lange nur wenige bzw. wenig geeignete Ersatzstoffe, wie z. B. Nikotinpflaster oder -Kaugummis, zur Verfügung.

Alternativen wurden in den vergangenen Jahren außerhalb des Gesundheitssektors entwickelt, wie z. B. sogenannte E-Zigaretten (Liquidverdampfer/“Vapes“) oder Tabakerhitzer. Trotz unzureichender Studienlage muss davon ausgegangen werden, dass diese Produkte (sofern sie bestimmte Qualitätsstandards aufweisen) deutlich weniger gesundheitsschädlich sind als der Gebrauch der Verbrennungszigarette. Die für hochwertige Geräte nicht geringen Kosten, ein verändertes sensorisches Konsumerlebnis, sowie technische Hürden stellen für viele Klient*innen jedoch ein relevantes Hemmnis für einen Umstieg dar. Viele tabakabhängige Klient*innen verfügen über Erfahrungen mit dem Gebrauch von E-Zigaretten oder anderen „Tabak-Substituten“. Die strukturierte Begleitung eines „Umstiegs“ findet jedoch im Rahmen der Betreuung bislang mit statt, obwohl wir – u.a. aus den Erfahrungen in der Substitution Opioidgebrauchender - wissen, wie wichtig eine gute (psychosoziale) Begleitung für Behandlungcompliance und -Erfolg sind.

Deshalb müssen diese Aspekte bei der Entwicklung eines risikomindernden Behandlungsansatzes der Tabakabhängigkeit berücksichtigt werden.

Projektdesign

Auf dieser Grundlage haben wir im Rahmen eines Pilotprojektes erprobt, wie sich bewährte Strategien der Harm Reduction auf die Behandlung der Tabakabhängigkeit übertragen lassen. Rahmenbedingungen für das Programm waren, dass es:

1. abgestimmt ist auf die Bedarfe unser Klient*innen (Bereitstellung, qualitativ hochwertiger und nachhaltig nutzbarer „Hardware“, klar definierter und begrenzter zeitlicher Rahmen der sich an der Lebenswelt der Klient*innen orientiert)
2. Sachliche Informationen zu Gesundheitsrisiken der Tabakverbrennung und auch der E-Zigarette vermittelt
3. psychoedukative Methoden aus bewährten Konsumreduktionsprogrammen (z. B. Konsumtagebücher, 4-Felder-Tafeln Analyse von Risikosituationen) mit einbezieht

4. Die Einübung des E Zigarettengebrauches praktisch (durch technischen Support und Übungen) begleitet.

Umsetzung

Die Umsetzung des Programmes erfolgte im Rahmen unserer Angebote zur psychosozialen Betreuung Substituierter und des Betreuten Einzelwohnens für Menschen mit Substanzgebrauchskontrollstörungen und bestand aus (durch Fragebogen geleiteten) Vor- und Nachgesprächen und vier Gruppensitzungen zu 90 Minuten. Zur Begleitung entwickelten wir ein Konsumtagebuch welches über das Programm hinaus zur Konsumreflexion nutzbar ist.

Das Projekt „Tobacco Harm Reduction“ richtete sich an erwachsene Tabakraucher*innen, für die eine abstinenzorientierte Tabakentwöhnung zu diesem Zeitpunkt nicht in Frage kam und die Interesse am Thema zeigten.

Durch Plakate und Flyer wurde auf die Durchführung des Projektes aufmerksam gemacht.

Im Rahmen der Vorgespräche wurden verschiedene (im Verlauf anzumischende) aromatisierte Liquids zur Auswahl gestellt. Diese Mitgestaltungsmöglichkeit wurde durchweg positiv bewertet.

Positiv überrascht waren wir von der Verbindlichkeit der Teilnahme. Von 14 Interessent*innen zum Programmbeginn erschienen 10 zu allen Sitzungen und nahmen an der Auswertung teil – ein hoher Wert im Vergleich zu anderen psychosozialen Gruppenangeboten mit und für Drogengebrauchende und über das große Interesse und die Diskussionsbereitschaft im Informationsteil. Die Teilnehmenden äußerten, sich vieler der dargestellten Risiken des Tabakgebrauches nicht bewusst gewesen zu sein. Auch zu Risiken und zum risikoarmen Gebrauch der E-Zigarette waren nur wenige Informationen vorhanden. Der Informationsvermittlung wurde daher bereits in der zweiten Gruppe mehr Raum gegeben.

Unterschätzt hatten wir die hohen Ansprüche, die der Gebrauch von nachhaltigen E-Zigaretten Systemen in technischer Hinsicht darstellt. Deshalb wurden bereits nach der ersten Gruppensitzung der zeitliche Umfang für das Üben der Anmischung von Liquids und des richtigen Gebrauches der E-Zigarette erhöht und die entsprechende Anleitung erweitert.

Für die Nachahmung empfehlen wir den Durchführenden sich mit dem Gebrauch der „Hardware“ ausführlich auseinanderzusetzen. Auch empfiehlt sich eine Durchführung durch Mitarbeitende, die mit dem Gebrauch der E-Zigarette vertraut sind bzw. die bereit sind sich auf den Gebrauch einzulassen.

Besonders positiv nahmen wir die gute Atmosphäre in den Gruppensitzungen wahr. Der Wechsel von psychoedukativen, informativen und praktischen Elementen wurde durch die Teilnehmenden als hilfreich für die eigene Konzentrationsfähigkeit wahrgenommen. Nach Abschluss der letzten Sitzung verabredeten sich Teilnehmende zum weiteren Austausch zu Veränderungen im Rauch- bzw. Dampfverhalten.

Die Ergebnisse der begleitenden Befragung können angesichts der geringen Gruppengröße und des am Praxisgebrauch orientierten Fragebogendesigns keinen An-

spruch auf Repräsentativität erheben. Auch wenn die Ergebnisse somit eher im Bereich der „Alltagsempirie“ liegen wollen wir einige dennoch teilen.

Ergebnisse

14 Teilnehmende nahmen zu Beginn an der Eingangsbefragung teil. Die Teilnehmenden rauchten im Schnitt seit 25 Jahren.

9 Teilnehmende hatten bereits (erfolglos) versucht mit dem Rauchen aufzuhören und hierfür z. B. Nikotinkaugummies oder Pflaster genutzt. Diese wurden durchweg nicht positiv bewertet.

Als Motivationen Veränderungen an ihrem Rauchverhalten anzugehen wurden von den Befragten finanzielle und gesundheitliche Aspekte angegeben.

10 von 14 Teilnehmende blieben bis zum Abschluss im Programm und nahmen an der Abschlussbefragung teil:

- 9 Teilnehmende nutzen die E-Zigarette täglich, 1 Person unregelmäßig
- 5 Teilnehmende nutzten die E-Zigarette in mehr als 50 % der täglichen Konsumsituationen und gaben an den Tabakkonsum zu mehr als 50 % reduziert zu haben.
- 3 Personen hatten das Tabakrauchen zugunsten des Dampfens eingestellt.
- 9 Teilnehmende gaben an die E-Zigarette für sich selbst als dauerhafte Alternative zum Tabakkonsum zu bewerten.
- 10 Teilnehmende würden die E-Zigarette als Alternative zum Tabakgebrauch weiterempfehlen.

Als Motivation das Dampfen fortzusetzen, wurden in dieser Reihenfolge folgende Aspekte angegeben:

1. Ich spare Geld
2. Ich fühle mich gesünder
3. Ich schmecke/ rieche besser
4. Ich fühle mich fitter/ leistungsfähiger

Schlussfolgerungen

- Ein erfolgreiches Programm zur „Tobacco Harm Reduction“ muss durch die Bereitstellung von nachhaltig nutzbaren Geräten, die (technische) Begleitung bzw. das praktische „Einüben“ des Gebrauches vorhandene Nutzungs-Hemmnisse abbauen.
- Der finanzielle Aspekt eines Umstiegs ist für Drogengebrauchende attraktiv. Dieser muss aber durch „Vertrautmachen“ mit entsprechend nachhaltigen Geräten und dem Anmischen des Liquids erfahrbar sein.

- Drogengebrauchende sind an einer Verbesserung ihrer Gesundheit interessiert. Der Gewinn an subjektivem Wohlbefinden ist im Rahmen eines „angeleiteten Umstieges“ erfahrbar und motivierend.
- Auch wenn zum Nachweis der Evidenz größere Stichproben notwendig wären, sehen wir deutliche Hinweise, dass durch vergleichbare Angebote Drogengebrauchende zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung ihres Tabakgebrauches zu motivieren sind und das ein (mindestens teilweiser) Umstieg auf E-Zigaretten erfolgreich begleitet werden kann.

Forderungen

Ungeklärt ist, wie eine langfristige Finanzierung erreicht werden kann. Die Kosten für die von uns ausgegebenen „Starterkits“ (Gerät plus Trägerflüssigkeit, Aroma, Nikotinbase, – ausreichend für einen Einsatz über 6 bis 8 Wochen) betragen ca. 150 Euro pro Teilnehmenden. Auch wenn „Dampfen“ langfristig im Vergleich zu Tabakzigaretten günstiger ist, stellt die Anschaffung Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen vor große Herausforderungen – auch angesichts der in Deutschland vergleichsweise großen Tabakpreise. Hier sehen wir die Kostenträger im Gesundheitswesen in der Pflicht! Verwiesen sei auf das Beispiel Großbritanniens, wo im Rahmen des „Swap to Stop“ Programmes E-Zigarette für Menschen mit sozialen Schwierigkeiten (auch in Haftanstalten) und Schwangere zur Verfügung gestellt werden. Drittmittelförderungen oder Sponsoring können eine kurzfristige Alternative sein. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen (analog der Kostenzuschüsse für herkömmliche Tabakersatzprodukte) Möglichkeiten der Kostenerstattung für Programmdurchführung und „Hardware“ bereitstellen.

Organisationen der Sucht- und Drogenhilfe müssen sich neuen Strategien der Harm Reduction im Kontext des Tabakgebrauches öffnen und diese regelhaft in die Angebote der Beratung und Betreuung aufnehmen. Dies betrifft Programme zum begleiteten Umstieg auf E-Zigaretten aber auch bestehende aber (noch zu) wenig eingesetzte Programme zur Reduktion des Tabakgebrauches (z.B.: Drinkmann, A. ‚12-plus-Programm‘. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen. Heidelberg, 2007). Hierzu bedarf es der Bereitschaft „Doppelstandards“ bei der Bewertung von Interventionsparadigmen zu reflektieren.

Für eine effektivere Tabakkontrolle – Tobacco Harm Reduction stärker nutzen!

Heino Stöver, Larissa Steimle

Drogenpolitik ohne Einbezug von Schadensminderung (Harm Reduction) lässt sich nicht mehr denken! Während dies zumindest für den Umgang mit illegalen Substanzen zutreffend ist und Schadensminderung neben Prävention, Beratung/Therapie und Repression eine von vier Säulen in der Drogenpolitik im Sinne des Frankfurter Wegs darstellt (Stadt Frankfurt am Main, 2024), zeigt sich vor allem im Bereich von Tabak ein anderes Bild: Nach wie vor stellt Abstinenz das alleinige Ziel der Tabakkontrollpolitik in Deutschland dar (Steimle et al., 2024) einer Förderung von rauchfreien Umgebungen sowie einem alleinigen Abstinenzparadigma nur sehr schleppend eine Veränderung herbeiführt, zeigen uns andere Länder, wie durch eine Integration von „Harm Reduction“ (Konzept der Schadensminimierung).

Der Hintergrund ist, dass Abstinenz ein hehres, reines Ziel ist. Ein Ziel, das sozialpsychologisch von großer Bedeutung ist, denn es impliziert „Reinigung“, „das Übel an der Wurzel-Packen“, etc. Solche Bilder sind von vielen Raucher*innen, aber auch deren Partner*innen oder anderen Personen im Umfeld internalisiert, die diese Abstinenzfixierung von sich und ihren rauchenden Partner*innen erwarten. Allerdings ignoriert diese Alltagssicht auf Abhängigkeit die Hartnäckigkeit und die Dynamik der Abhängigkeit einerseits und die Erkenntnisse und Erfahrungen moderner Suchttherapie andererseits: Ebenso wie der Einstieg in den Tabakkonsum ist auch der Ausstieg ein langer und wechselhafter Prozess, der meist von mehreren Rückfällen geprägt ist (Werse et al., 2024). Ein Scheitern an dem hehren Ziel ist vorprogrammiert und kann zu fatalistischen und demotivierenden Erkenntnissen führen, die für viele Raucher*innen die Intervalle zum nächsten Rauchausstiegsversuch wiederum verlängern, womit sich das Gesundheitsproblem chronifiziert: „Ich schaff‘ es nicht“, „Ich bin ein Suchttyp“, „Das Nikotin hat mich fest im Griff“. Entsprechend greift dieses trotziges Beharren auf Abstinenz als alleinigem Ziel einer Veränderung des Drogenkonsumverhaltens zu kurz und schließt viele Menschen von Beratung, Unterstützung und Behandlung aus, die dieses Ziel (noch) nicht erreichen können oder wollen.

In einer pluralen Gesellschaft geht es um Differenzierungen und Personalisierungen, die auf individuelle Bedarfe und Ressourcen zugeschnitten sind. Menschen erachten graduelle Veränderungen als wertvoll. Abstinenz als alleiniges Ziel – so sehr sie auch gesundheitspolitisch zu fordern ist – wird diesen differenzierten Ansprüchen nicht gerecht. Es braucht mehr, um Menschen in ihrer Lebens- und Genussorientierung anzusprechen, als die mantramäßige Belobigung des Verzichts. Viele Menschen wollen ihr Rauchverhalten ändern, haben aber gleichzeitig Angst vor einem Verlust an Lebensqualität und Genuss erleben oder schlicht nicht die Ressourcen, eine solch drastische Veränderung vorzunehmen. Die Aufgabe, das Rauchverhalten grundsätzlich

einzustellen, bedeutet neben einem Umgang mit der körperlichen Abhängigkeit zusätzlich, die Taktung des Alltagslebens, das Belohnungsverhalten und (vermeintliche) Entspannung neu zu definieren – der Schritt zur Übernahme einer Nichtraucher*innen-Identität wird vielfach unterschätzt, stellt aber gleichzeitig für viele langjährige Raucher*innen eine enorme Barriere dar. Gerade Menschen in vulnerablen Gruppen, die oft mit multiplen Problemlagen zu kämpfen haben, fällt eine Änderung des eigenen Rauchverhaltens unter Umständen besonders schwer, was unter anderem dazu führt, dass die Rauchprävalenzen in diesen Gruppen besonders hoch sind (z. B. Menschen in Opioid-Substitutionstherapie [Grischott et al., 2019], Menschen mit psychischen Erkrankungen [Mühlig et al., 2016; Sheals et al., 2016]). Gerade auch für diese Menschen brauchen wir eine differenziertere Strategie als ausschließlich Abstinenz!

Im Zentrum einer solchen differenzierteren Strategie stehen alternative Produkte der Nikotinaufnahme, wie bspw. E-Zigaretten. Der vielversprechende Beitrag dieser alternativen Produkte sowohl als schadensmindernde Maßnahme als auch zur Unterstützung der Raucherentwöhnung wird immer deutlicher (Lindson et al., 2024; Royal College of Physicians, 2024). Diese Produkte im Sinne einer Harm Reduction-Strategie zu nutzen und gleichzeitig weiterhin Abstinenz als Ziel – aber nur noch als eines von mehreren Zielen – zu setzen, bietet großes Potenzial für eine lebenswelt- und bedürfnisorientierte Tabakkontrollpolitik. Dies zeigt unter anderem ein Blick in das Vereinigte Königreich, das mit der Nutzung dieser Produkte als Teil einer übergeordneten Harm Reduction-Strategie große Erfolge erzielen konnten (Office for National Statistics, 2024).

Jenseits einer „Alles-oder-nichts“-Strategie (Steimle & Stöver, 2024) bieten diese Produkte damit eine Art Zwischenlösung. Mit einem Umstieg auf bspw. E-Zigaretten bietet sich ein kurzzeitig erreichbares, realistisches und pragmatisches Ziel, welches umsetzbar ist, die Selbstwirksamkeit erhöht und darüber hinaus die Basis für weitere Schritte im Kontinuum des Rauch- und Dampfausstiegs bildet. Vor diesem Hintergrund plädieren wir für ein Zusammengehen einer abstinenz- und einer akzeptanzorientierten Strategie! Diese duale Strategie des „Das Eine zu tun und das Andere nicht zu lassen“ erlaubt es uns in vielen anderen Bereichen der Drogenpolitik einen glaubwürdigen, weil realistischen Diskussionsrahmen herzustellen und insbesondere eine Kontaktaufnahme zu den Menschen zu erreichen, die ihr Drogenkonsumverhalten im Moment nicht ändern wollen oder können. Kontakt ist wiederum die Grundlage für die Aussendung und die Annahme von schadensminimierenden Botschaften über Medien und Beratung und dies am Ende der mögliche Einstieg in den Ausstieg. Dafür haben wir viele gute Beispiele in der Drogenpolitik vorzuweisen: Harm Reduction ist die interprofessionelle Schlüsselstrategie bei vielen chronischen Erkrankungen, nämlich Unterstützung, Linderung und Hilfe, statt unmittelbar und ausschließlich Heilung zu fördern (und zu fordern).

Diese Differenzierung der Zieldefinition (Stöver, 2021) unserer Tabakpolitik ist dringend geboten, um den weiteren Weg in ein „tabakfreies Deutschland 2040“¹

¹ Ziel: 2040 konsumieren weniger als 5 % der Erwachsenen und weniger als 2 % der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse, insbesondere, wenn diese das suchterzeugende Nikotin enthalten.

(DKFZ, 2021) zu planen. Gegenwärtig (Stand Juli 2024) weist Deutschland eine Tabakkonsumprävalenz von 28,2 % in der erwachsenen Bevölkerung auf (Kotz, 2024) und Rauchen stellt nach wie vor „das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) dar. Während andere Länder mit großen Schritten ihre Raucher*innenprävalenzen senken (Office for National Statistics, 2024), hat sich die Zahl der Raucher*innen in Deutschland in den vergangenen Jahren nur geringfügig verändert (Kotz, 2024). Der Weg, in den nächsten 15 Jahren den Konsum auf 5 % zu reduzieren, erscheint unwahrscheinlich, vor allem mit einer Strategie des „Immer-mehr-Desselben“.

Gleichzeitig ist allerdings Vorsicht geboten, gerade auch Nichtraucher*innen vor einem Einstieg in die Nikotinabhängigkeit zu schützen. Besonders besorgniserregend aus gesundheits- und umweltpolitischer Sicht ist in diesem Zusammenhang die Zunahme der Einweg-E-Zigaretten – besonders unter Jugendlichen und Heranwachsenden (siehe am Beispiel Großbritannien [Jazbinsek, 2024] oder am Beitrag von Steimle & Stöver in diesem Band). Hier sind die Regulierungsbehörden gefordert, vor dem geplanten Verbot der Einweg-E-Zigaretten 2027 durch die Europäische Union zu regulieren.

Insgesamt geht es darum, zu klären: Wollen wir zwei Schritte auf einmal gehen, also eine tabak- *und* nikotinfreie Gesellschaft anvisieren, oder gehen wir Schritt für Schritt vor und bieten Menschen neben dem Direktausstieg eine Möglichkeit, zunächst auf die Verbrennungszigarette zu verzichten – Nikotinkonsum (und damit Dampfverhalten) beizubehalten – um dann weitere Schritte zu gehen und gesundheitsfördernde Botschaften auszusenden?

Clive Bates hat den Konflikt zwischen den Apologeten der Abstinenz („Idealisten“) und denen des Pragmatismus und Schadensminimierung („Realisten“) in seinem Beitrag folgendermaßen zusammengefasst: „*We should celebrate ‘realists’ and beware of ‘idealists.’ Idealists do well in the rhetorical world of goal setting, aspirations and optics while realists do better in the real world. The problem is that the idealists obstruct the realists*“ (Bates, 2024).

Insgesamt braucht es:

- Eine Abkehr von Abstinenz als alleinige Zielperspektive im Umgang mit Raucher*innen.
- Eine individuelle, lebensweltorientierte Begleitung von Raucher*innen mit dem obersten Ziel der Schadensminderung.
- Einen wirksamen Schutz für Nichtraucher*innen vor einem Einstieg in einen Nikotinkonsum.

Literatur bei den Autoren und auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Einweg-E-Zigaretten – Wo bleibt der Jugend- und Verbraucher*innenschutz?

Larissa Steimle, Heino Stöver

Zusammenfassung

In Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern, war in den vergangenen zwei Jahren eine steigende Popularität von Einweg-E-Zigaretten zu beobachten. Dies zieht, neben Umweltproblemen, vor allem Probleme im Hinblick auf den Schutz von Verbraucher*innen insgesamt sowie von Jugendlichen nach sich. Um diese Gruppen besser zu schützen, braucht es ein Verbot von Werbung, neutrale Verpackungen, eine Verschärfung der Anforderungen an Social Media-Plattformen, Steuererhöhungen sowie eine stärkere Kontrolle des Verkaufs außerhalb des Fachhandels.

Hintergrund

Bei Disposables/Einweg-E-Zigaretten (häufig auch „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). Im Vergleich zu anderen E-Zigaretten sind sie klein, leicht und denkbar einfach zu bedienen: Einmal ausgepackt, sind sie direkt einsatzbereit. In der Regel reicht der Inhalt den Hersteller*innen zufolge für ca. 500 Züge und entspricht zwei Zigarettenpackungen. Mit einem Stückpreis von durchschnittlich 8 bis 10 Euro sind sie zudem billiger als das Starterset einer langlebigen, herkömmlichen E-Zigarette, wobei sie auf Dauer deutlich teurer sind. Da die Produkte keinerlei Gebrauchsanweisung benötigen, können die Geräte problemlos online und in Kiosken, Tankstellen oder Supermärkten verkauft werden. Die Produkte sind in unterschiedlichen Farben, Designs, Nikotin-stärken und Aromen erhältlich (Jazbinsek, 2024).

„Alle Faktoren zusammengenommen – der starke Nikotinkick, die kinderleichte Handhabung, der vergleichsweise niedrige Einstiegspreis, die größere Verfügbarkeit und die attraktiven Aromen – machen den Umstieg der Raucher auf ein rauchfreies Produkt so einfach wie nie zuvor. Dasselbe gilt allerdings auch für den Einstieg von Nichtrauchern in den Nikotinkonsum“ (Jazbinsek, 2024).

Entsprechend erfreuen sich Einweg-E-Zigaretten weltweit einer zunehmenden Popularität. Aufgrund der hohen Margen bei Disposables ist „ein regelrechter Goldrausch entstanden“ (Bauer, 2023, 185).

Der Disposables-Boom in Zahlen

Dieser Boom zeigt sich international, wie auch in Deutschland. Im Vereinigten Königreich zeigt die Toolkit-Studie, dass von Januar 2021 bis August 2023, die Prävalenz von Einweg-E-Zigaretten von 0,1 % auf 4,8 % angestiegen ist. Dieser Anstieg ist grundsätzlich in allen Gruppen zu beobachten, jedoch am ausgeprägtesten bei jungen Menschen. Die Nutzung unter Nichtraucher*innen blieb grundsätzlich relativ selten (1,5 %), mit Ausnahme der 18- bis 24-Jährigen (7,1 %). Signifikant höher war die Nutzung zudem u. a. in den weniger privilegierten Schichten (Jackson et al., 2024). Vor der Verbreitung der Einweg-E-Zigaretten war die Prävalenz sowohl vom Gebrauch von E-Zigaretten als auch Verbrennungszigaretten in allen Altersgruppen stabil oder rückläufig. Nach der Einführung der Disposables stiegen die Wahrscheinlichkeit für Dampfen bei den 18- bis 24-Jährigen um 99 % pro Jahr, bei den 25- bis 44-Jährigen um 39 % und bei den Personen ab 45 Jahren um 23 % an. Die Quote der Raucher*innen von Verbrennungszigaretten sank weiter, wenn auch nur geringfügig. Insgesamt stieg nach der Einführung von Einweg-E-Zigaretten die Gesamtprävalenz des inhalierten Nikotinkonsums in allen Altersgruppen. Weiterhin war der Anstieg des Dampfens nach der Einführung der Einweg-E-Zigarette bei Menschen, die noch nie regelmäßig geraucht hatten, am größten (Tattan-Birch et al., 2024). Insgesamt schlussfolgern die Autor*innen, dass seitdem Einweg-E-Zigaretten in England populär geworden sind, sich die historischen Rückgänge des Nikotinkonsums umgekehrt haben. Der Nikotinkonsum scheint anzusteigen, was hauptsächlich auf starke Zunahmen beim Dampfen unter jungen Menschen zurückzuführen ist (Tattan-Birch et al., 2024). Insgesamt sind Disposables innerhalb von zwei Jahren zum mit Abstand am häufigsten genutzten Gerätetyp geworden (Jazbinsek, 2024).

In Deutschland betrug der Umsatz der Einweg-E-Zigaretten am Gesamtmarkt im Jahr 2023 30 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr um ein Viertel zurückgegangen (Bündnis für Tabakfreien Genuss e.V., 2023). Als Grund hierfür werden Nachfolger der Einweg-E-Zigaretten, die Prefilled-Pod Systeme gesehen, die 2023 bereits einen Marktanteil von 15 % ausmachten (Bündnis für Tabakfreien Genuss e.V., 2023). Nichtsdestotrotz stieg gemäß der DEBRA Studie, einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von Personen ab 14 Jahren, die Gesamtprävalenz des E-Zigarettenkonsums von 1,6 % im Jahr 2016 auf 2,2 % Ende 2023 an. Einweg-E-Zigaretten verzeichneten dabei den stärksten Anstieg seit Mitte 2022 und erreichten eine Prävalenz von 0,8 % Ende 2023 (Klosterhalfen et al., 2024). Einweg-E-Zigarettennutzende waren durchschnittlich jünger und häufiger weiblich als Tank- oder Pod-Nutzende (Klosterhalfen et al., 2024).

Entsprechend lässt sich auch für Deutschland feststellen, dass der E-Zigarettenkonsum insgesamt zugenommen hat und dass dies vermutlich auf einen starken Anstieg im Gebrauch von Einweg-E-Zigaretten zurückzuführen ist (Klosterhalfen et al.,

2024). Weiterhin zeigen die Studien, dass das Design der Produkte besonders für junge Menschen attraktiv zu sein scheint (Klosterhalfen et al., 2024). Disposables dominieren also offenbar auch hierzulande nach wie vor 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.

Problem Einweg-E-Zigaretten

Wie an den vorgestellten Daten deutlich wird, bringt dieser Anstieg an Einweg-E-Zigaretten verschiedene Probleme mit sich. Zuallererst bergen die Einwegprodukte erhebliche Probleme für den Umweltschutz. Sie werden oft nicht fachgerecht entsorgt (Bauer, 2023) und stellen zudem insgesamt einen „spektakulären Fall von Ressourcenverschwendung“ dar (Jazbinsek, 2024). Darüber hinaus bringen Einweg-E-Zigaretten aber vor allen Dingen Probleme für den Jugend- und Verbraucher*innenschutz mit sich, auf die nachfolgend näher eingegangen werden soll.

1. Verpackungen, Farben und Geschmacksrichtungen

Wie bereits an den dargestellten Zahlen deutlich wurde, scheinen sich vor allem Jugendliche von verschiedenen Geschmacksrichtungen, Farben und Verpackungsoptionen angesprochen zu fühlen bzw. scheinen diese vor allem Jugendliche zu adressieren (Schürch & Ruggia, 2023). Disposables haben im Vergleich zu anderen Geräten den Vorteil, dass man mit ihnen nicht so leicht erwischt wird, weil sie kleiner sind und weniger Dampf erzeugen (Jazbinsek, 2024).

2. Werbung über Social Media

Weltweit hat in den letzten Jahren das Social Media-Marketing von E-Zigaretten stark an Bedeutung gewonnen (Schürch & Ruggia, 2023; Smith et al., 2023). So werben verschiedene Influencer*innen direkt oder indirekt für den Gebrauch, ohne auf Altersbeschränkungen oder mögliche problematische Folgen eines Konsums hinzuweisen (Smith et al., 2023). Heidt et al. (2024) haben das Werbeverhalten der 60 bekanntesten deutschen Rapper*innen analysiert: 26 der 60 bekanntesten Rapper*innen vermarkten eigenen Disposables/Sisha-Tabak und bewerben diese Produkte, vor allem über Social Media.

Im Gegensatz zu E-Zigaretten scheint 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). Die mit Abstand größte Werbewirkung hat *TikTok* (Jazbinsek, 2024).

3. Alterskontrollen

Ein Großteil des Disposables-Geschäfts spielt sich zudem außerhalb des Fachhandels und in Shops im Internet ab. Beim Verkauf über diese Läden wird das Alter der Kund*innen oft nicht kontrolliert (Bauer, 2023; Jazbinsek, 2024) bzw. ist es gerade online einfacher, das eigene Alter zu verschleiern (Schürch & Ruggia, 2023).

4. Unkontrollierter Markt

In Deutschland, aber auch international, hat sich ein Markt für gefälschte und irreguläre E-Zigaretten etabliert, die nicht den geltenden Produktrichtlinien entsprechen (Francis, 2022; Jazbinsek, 2024). So gehen Schätzungen davon aus, dass ein erheblicher Teil des Disposables-Geschäfts in Deutschland außerhalb des Fachhandels (z. B. über Kioske) abläuft, wo Produkte vertrieben werden, die durch einen zu hohen Nikotingehalt oder andere Spezifikationen nicht in der EU oder Deutschland marktfähig bzw. zulässig wären (Bauer, 2023). Dieser Schwarzmarkt wird aktuell nur eingeschränkt kontrolliert, weshalb dieser aktuell im Grunde ungestört operiert (Bauer, 2023). Die durchgeführten Kontrollen beschränken sich meist auf einzelne Besuche in Fachgeschäften oder Zollkontrollen bei legalem Import (Bauer, 2023). Gemäß Bauer (2023) ist aufgrund der bestehenden hohen Personalbelastung auch keine Besserung zu erwarten. Weiterhin stehen die konkret angedrohten oder ausgesprochenen Bußgelder in keinem Verhältnis zu den äußerst lukrativen Margen. Dieser in weiten Teilen unregulierte Markt trifft auf eine äußerst aggressive Marketingstrategie der Industrie (Schürch & Ruggia, 2023, 26).

Im Rahmen einer amtlichen Untersuchung in verschiedenen Bundesländern wurden im Jahr 2022 bei 250 Einweg-E-Zigaretten einige dieser rechtlichen Vorgaben mit Blick auf die Verkehrsfähigkeit untersucht. Keine der untersuchten Einweg-E-Zigaretten erwies sich als verkehrsfähig, „da in jedem Fall mindestens ein Mangel hinsichtlich der Bereiche Nikotingehalt, Füllvolumen, Kennzeichnung oder Meldepflicht vorlag“ (Kirsch et al., 2024) including disposable e-cigarette, which are particularly popular among young people. In 2022, as part of official control activities across various federal states in Germany, the compliance with these legal requirements was assessed in 250 disposable e-cigarettes with regard to conformity/marketability. In addition to labelling (nicotine content, fill volume/number of puffs, nicotine warnings, package inserts, labelling of hazardous substances).

5. Niedriger Preis und einfache Handhabung als Einstiegserleichterung

Ein zusätzliches Problem stellen der niedrige Preis sowie die Tatsache dar, dass die Produkte nach einmaligem Gebrauch weggeworfen werden, was zusätzlich die Einstiegshürde für Konsument*innen senkt (Schürch & Ruggia, 2023).

Schlussfolgerungen

Aufgrund dieser Problemlagen wird von verschiedenen Seiten die Dringlichkeit von Regulierungsmaßnahmen im Hinblick auf Einweg-E-Zigaretten betont (Klosterhalfen et al., 2024). Hinzu kommt, dass Einweg-E-Zigaretten dazu beitragen, den Ruf von E-Zigaretten insgesamt zu schädigen, was auch ihren Nutzen als Harm Reduction Strategie oder zur Raucherentwöhnung negativ beeinflusst (Jazbinsek, 2024).

Auch wenn durch die europäische Batterieverordnung (Europäische Union, 2023) Einweg-E-Zigaretten voraussichtlich ohnehin bis 2027 aus dem Handel verschwinden werden und der Markt für Disposables insgesamt rückläufig ist, sollte nun gehandelt

werden, um nicht weitere wertvolle Jahre im Hinblick auf den Schutz der Jugend und Verbraucher*innen zu verschwenden.

Ob tatsächlich ein Verbot, wie dies von unterschiedlichen Stellen (Bundesrat, 2023) gefordert wird, sinnvoll ist, lässt sich aufgrund eines dadurch möglicherweise stärker wachsenden illegalen Marktes mindestens kritisch hinterfragen. In jedem Fall bedarf es eines Eingreifens seitens der Gesetzgebung, um negative Folgen für den Jugend- und Verbraucher*innenschutz zu verhindern.

Insgesamt braucht es:

- Verbot von jeglicher Werbung
- Neutrale Verpackungen
- Verschärfung der Anforderungen an Social Media-Plattformen, kinder- und jugendaffine Ansprachen nicht zuzulassen
- Steuererhöhungen für Disposables
- Stärkere Kontrollen des Verkaufs außerhalb des Fachhandels.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Xannies, Lean und Tili: Wie dem Gebrauch von Sedativa unter jungen Menschen effektiv begegnet werden kann

Bernd Werse, Rüdiger Schmolke

Im deutschen Rap ist seit längerem eine Tendenz festzustellen, dass nicht mehr nur der Konsum von Cannabis thematisiert wird, sondern sich die Palette der erwähnten und nicht selten ästhetisiert dargestellten Drogen erheblich erweitert hat. Das trifft seit Mitte der 2010er Jahre – nach US-amerikanischem Vorbild – verstärkt auf sedierende Medikamente aus den Stoffgruppen der Opioide und Benzodiazepine zu – also Stoffe, deren Konsum zuvor schwerpunktmäßig unter älteren Menschen verortet wurde, als verschriebene Medikamente etwa gegen Schmerzen oder psychische Symptomatiken, aber auch in Form manifester körperlicher Abhängigkeit. Der Freizeitgebrauch unter jungen Menschen stellt unter drogenkulturellen Gesichtspunkten hingegen ein relatives Novum dar. Da es über dieses Phänomen, trotz Berichten aus der Sozialen Arbeit, die eine Resonanz dieser Thematisierung unter jungen Menschen bestätigten, bislang keine Forschung gab, haben wir uns in einem Forschungsprojekt („Benzodiazepin- und Opioidkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen – BOJE“, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit) mit dem Thema beschäftigt. BOJE hatte zum Ziel, mehr über die generelle Prävalenz unterschiedlicher Benzodiazepine und Opioide unter jungen Menschen, Motive für den Konsum inklusive der Rolle der Popkultur, riskante Gebrauchsmuster, andere assoziierte Probleme, mögliche Schwerpunkte hinsichtlich bestimmter Gruppen und Beschaffung herauszufinden. Auf dieser Basis wurden umfangreiche Präventionsempfehlungen erarbeitet. Der Abschlussbericht liegt seit Ende 2023 vor (Werse et al. 2023a).

Für einen differenzierten Blick auf das Thema wurde dabei ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der aus folgenden Modulen bestand:

- a. quantitative Onlinebefragung mit Drogenerfahrenen,
- b. 15 persönliche qualitative Interviews mit jungen Konsument*innen,
- c. Onlineforen-Analyse und
- d. Sekundäranalyse einer Frankfurter Schulbefragung.

Abschließend wurden vorläufige Ergebnisse im Rahmen von

- e. zwei Online-Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten

- f. diskutiert und auf Basis dieser Gespräche Präventionsempfehlungen zum Thema erstellt.

Ergebnisse der BOJE-Studie

Bei den 1.148 14- bis 30-jährigen online Befragten liegen umfangreiche Erfahrungen mit anderen psychoaktiven Substanzen wie Cannabis, Kokain, Ecstasy oder Amphetamin vor. 55% haben mindestens einmal im Leben Benzodiazepine oder/und Opioide genommen, 26% auch in den letzten 30 Tagen. Unter den Benzodiazepinen werden am ehesten (in absteigender Reihenfolge) Alprazolam, Diazepam und Lorazepam konsumiert, unter den Opioiden am häufigsten Tilidin, Codein, Tramadol und Oxycodon; auch die zumeist codeinhaltige Mischung „Lean“ wurde von einem nennenswerten Anteil probiert. Nur ein geringer Anteil konsumiert eine der Substanzen häufig oder gar täglich. Konsumsituationen und Motive deuten darauf hin, dass Sedativa zwar oft aus Genussgründen konsumiert werden, aber kompensatorischer Konsum bis hin zur Selbstmedikation von z.B. Angststörungen oder Depressionen ist ebenfalls häufig, bei Benzodiazepinen eher als bei Opioiden.

Rap als kultureller Hintergrund spielt für einen gewissen Teil eine Rolle für die Konsummotivation, bei musikalischen Vorlieben wird elektronische Musik aber häufiger genannt. Von Minderheiten der Konsumerfahrenen wurden akute Probleme nach dem Sedativagebrauch erlebt, bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen. Rund jede siebte Person berichtet über (zeitweilige) Abhängigkeitssymptome. Etwa die Hälfte erhält die Substanzen vor allem aus dem privaten Umfeld, gefolgt von Privatdealern, Internet und ‚erschlichenen‘ Rezepten. Es existieren Berührungspunkte zu ‚offenen Szenen‘, aber nur sehr wenige Befragte weisen szenetypische Konsummuster auf. Abgesehen davon, dass drei Viertel der Befragten männlich sind, zeigen sich nur wenige Geschlechterunterschiede: Befragte Frauen sind häufiger mit der Techno-Partyszene und ‚Partydrogen‘ assoziiert und konsumieren Sedativa tendenziell eher mit kompensatorischen Motiven.

Die Stichprobe der qualitativen Interviews repräsentiert eine breite Spanne zwischen 16- und 30-Jährigen sowie zwischen experimentellen Konsumerfahrenen und zeitweisigem Intensivgebrauch von Sedativa. Für nicht wenige Befragte war die Thematisierung in Rap-Texten ein Faktor, der zur Probierbereitschaft beitrug. In diesem Zusammenhang genießen bestimmte Zubereitungen bzw. Produkte, z.B. „Lean“ oder der US-Handelsname „Xanax“ für Alprazolam, bei manchen Kultstatus. Auch in dieser Stichprobe spielt der jugendkulturelle Hintergrund „Techno-Party“ eine Rolle, u.a. bei der Verwendung von Benzodiazepinen zum „Runterkommen“ von anderen Drogen. Benzodiazepine werden tendenziell häufiger als Opioide allein und deutlich öfter in funktionaler Absicht zur Alltagsbewältigung genommen, bis hin zur Verwendung als Selbstmedikation. Personen mit psychischen Vorbelastungen weisen am ehesten problematische Gebrauchsmuster auf. Opioide, vor allem Tilidin, werden häufiger als bei Benzodiazepinen genussorientiert gemeinsam mit Bekannten konsumiert, nicht selten zusammen mit Alkohol und/oder Cannabis. Neben Bekannten und Privatdealern sind nicht selten (oft unbemerkte) Diebstähle bei älteren Familienmit-

gliedern direkte oder indirekte Quelle für die Substanzen. Negative Folgen, allen voran akute Ausfallserscheinungen etwa nach Mischkonsum, werden mehrfach auf einen mangelnden Wissensstand bei frühen Konsumexperimenten zurückgeführt. Dass der Konsum männlicher Personen häufiger durch Rapper motiviert ist, wird mit gängigen popkulturellen Identitätskonstruktionen begründet.

Zusätzlich zu den eigens für BOJE erhobenen Daten wurde eine Sonderauswertung der Daten aus dem „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD; Wersé et al. 2023b) durchgeführt. Mit diesen Daten kann die Entwicklung der Verbreitung von Sedativa in einer lokalen Stichprobe in Frankfurt a.M. von 15-18-Jährigen sowie von jungen Erwachsenen seit 2013 nachvollzogen werden. Demnach stieg die Konsumerfahrung mit medizinischen Opioiden seit Ende der 2010er Jahre bis 2021 auf maximal 4% (Jugendliche) bzw. 9% (junge Erwachsene), die Lebenszeitprävalenz von Benzodiazepinen steigerte sich etwas später und auf niedrigerem Niveau (Jugendliche: max. 4%, junge Erwachsene: max. 5%). Zuletzt stagnierten die Werte bzw. gingen leicht zurück. Aktueller Gebrauch ist generell nur vereinzelt zu beobachten.

Grundlage für die Präventions-Empfehlungen sind zwei Online-Fokusgruppen mit Personen aus unterschiedlichen Bereichen von Prävention, Beratung und Therapie. Diese bestätigten aus professioneller Perspektive viele Beobachtungen aus den Erhebungen. Insbesondere (Misch-)Konsum von sehr jungen Personen in Kombination mit geringer Risikokompetenz wurde dabei als wichtiges Problem identifiziert. Für die universelle Prävention wird empfohlen, hochwertige Informationsmaterialien mit differenzierten Botschaften zu fördern und breit verfügbar zu machen, die insbesondere für Überdosierungs- und Abhängigkeitsrisiken sensibilisieren. Angesichts der der begrenzten Zielgruppe wird unter Beachtung des Social-Norms-Ansatzes empfohlen, keine großangelegte Kampagne zu starten, die womöglich den Eindruck vermittelt, dass es sich um ein größeres, „normales“ Phänomen handle. Für die selektive Prävention werden zielgruppenspezifische Informationen empfohlen, die auf spezifische Risiken hinweisen und an die heutige digitale Realität angepasst sind. Dabei sollte ein Augenmerk auf Stigmasensibilität und Förderung von Risikokompetenz gelegt werden. Für die indizierte Prävention und Schadensminderung wird vor allem eine gezielte Qualifizierung der Drogenberatung angeraten. Die Drogenhilfe sollte sich auf eine weiterhin eher kleine, aber zunehmende Gruppe junger Menschen mit Problemen mit dem Konsum von Sedativa einstellen. Auf struktureller Ebene sollten lokale bis bundesweite Netzwerke zum Thema gefördert werden.

Fazit und Forderungen

Tatsächlich hat sich die Konsumerfahrung mit Opioiden und Benzodiazepinen bei jungen Menschen seit etwa 2015 ausgehend von zuvor sehr geringen Werten merklich erhöht. Dennoch ist weiter von einem begrenzten Phänomen auszugehen, das in erster Linie generell drogenaffine Personen betrifft, wobei nur geringe Überschneidungen zu ‚offenen Szenen‘ bestehen. Zudem scheint der Höhepunkt zumindest beim Opioid-Gebrauch überschritten zu sein. Die gestiegene Bedeutung von sedierenden Medikamenten hat vermutlich nicht nur mit Popkultur, sondern auch mit der Coro-

na-Pandemie und anderen Krisen zu tun, die höhere psychische Belastungen und Störungen bei jungen Menschen zur Folge hatten. Bewältigungsversuche von akuten oder längerfristigen psychischen Problemlagen spielen als Motiv bei Sedativa eine weitaus größere Rolle als bei gängigen illegalen Drogen. In Prävention und Beratung ist daher besonders auf derartige Motivlagen bei Personen mit entsprechender Vorbelastung zu achten.

Deutlich wurde unter anderem auch, dass die Verschreibungspraxis von Benzodiazepinen und Opioid-Schmerzmitteln vielerorts relativ lax zu sein scheint, wodurch die Beschaffung der Medikamente, etwa über (Groß-)Eltern, teils sehr einfach ist. Medizinisches Personal sollte insbesondere im Hinblick auf längerfristige Verschreibungen sensibilisiert werden, wie bereits von medizinischen Fachgesellschaften gefordert (z.B. AKH/KVH/ÄKH 2020). Aber auch (ältere) Erwachsene, die derartige Sedativa verschrieben bekommen, sollten verstärkt auf die Risiken aufmerksam gemacht werden, gerade wenn Minderjährige im Haushalt sind, die durch das häufig fehlende Wissen besonders gefährdet zu sein scheinen.

Entscheidungsträger sollten sich bezüglich des Sedativa-Konsums dafür einsetzen, dass:

- evidenzbasierte, attraktive Informationsmaterialien und Materialien z.B. zur Unterrichtsgestaltung entwickelt und bedarfsorientiert Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden (universelle Prävention),
- zielgruppenspezifische, auch für an Rap und Techno orientierten jungen Menschen attraktive Präventionsmaterialien entwickelt werden, die vor allem für Überdosierungs- und Abhängigkeitsrisiken sensibilisieren und deren Botschaften (auch in Kooperation mit Role Models) stigmasensibel und risikokompetenzorientiert über Social Media verbreitet werden (selektive Prävention),
- insbesondere Streetwork und Suchtberatungsstellen gezielt zum Thema qualifiziert werden (indizierte Prävention),
- im Rahmen eines bundesweiten Netzwerks Fachinformationen verbraucherorientiert so aufbereitet werden, dass insbesondere die Abhängigkeitsrisiken deutlicher hervorgehoben und verständlicher werden. Dabei wäre auch zu diskutieren, wie Medikamentenpackungen künftig mit deutlichen Warnhinweisen zu akuten und langfristigen Risiken versehen werden können (strukturelle Prävention).

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Zur aktuellen Situation in offenen Drogenszenen: Der perfekte Sturm

Daniel Deimel

In diesem Beitrag wird die aktuelle Situation von Drogenkonsument*innen skizziert, die ihren Lebensmittelpunkt in offenen Drogenszenen haben. Diese Menschen leben in äußerst prekären Lebensbedingungen und sind häufig durch komorbide Krankheitsbilder gekennzeichnet. Anhaltende gesellschaftliche Krisen und veränderte Drogenmärkte haben zu einem Aufkommen von Crack geführt, was die Verelendung dieser Menschen verstärkt und beschleunigt hat. Parallel zu dieser Entwicklung ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle deutlich gestiegen. Zudem nehmen die Konflikte in den Sozialräumen deutlich zu, da Drogenszenen durch die Mehrheitsgesellschaft als Belastung und Angsträume wahrgenommen werden (vgl. Der Spiegel 2023). Durch ein mögliches Aufkommen von synthetischen Opioiden könnte sich diese angespannte noch einmal verstärken. Diese kumulierenden Faktoren stellen ideale Bedingungen für einen „perfekten Sturm“ dar.

Zur Lebenssituation von Menschen in offenen Drogenszenen

Menschen, die sich in offenen Drogenszenen aufhalten, befinden sich in der Regel in prekären Lebenssituationen. Die hier am häufigsten konsumierten Substanzen sind Heroin und Kokain. In Deutschland leben rund 166.000 Menschen mit einer Opioidabhängigkeit (Kraus et al. 2019). In der Regel konsumieren diese Menschen Heroin. Lediglich 50 % von ihnen befanden sich im Jahr 2023 in einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung (BfArM 2024). Menschen mit einer Opioidabhängigkeit weisen häufig weitere psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen auf (Scherbaum & Specka 2014) und haben ein erhöhtes Infektionsrisiko für Hepatitis-C und HIV-Infektionen (RKI 2016). Diese Menschen haben häufig einen schlechten gesundheitlichen Allgemeinzustand, sind häufig von Armut und prekären psychosozialen Lebensbedingungen betroffen (Deimel 2013 & 2015) und weisen überdurchschnittlich häufig langjährige Haft Erfahrungen auf (RKI 2016). Die Wohnsituation dieser Menschen ist zudem häufig prekär. So gaben in der Kölner Szenebefragung von 2023 32 % der befragten Drogenkonsumenten an, straßenobdachlos zu sein und 55 % hatten bereits eine Drogenüberdosierung erlebt (Deimel & Walter 2023). Rhodes bezeichnet daher offene Drogenszenen zu Recht als Risikoumfeld, indem das Risiko für drogenbedingte Schädigungen steigt (Rhodes 2002 & 2009).

Anhaltende gesellschaftliche Krisen und deren Folgen

Wir leben in einer Dekade, in der multiple gesellschaftliche Krisen aufgekommen sind. Diese Krisen haben insbesondere für vulnerable und multimorbide Menschen, wie sie in offenen Drogenszenen anzutreffen sind weitreichende Folgen. Als zentrale Bezugspunkte sind die Fluchtbewegungen im Jahr 2013, die Corona-Pandemie von 2020-2023, der Krieg in der Ukraine, der seit 2022 tobt und die damit einhergehenden Fluchtbewegungen zu benennen. Der eskalierende Konflikt zwischen Israel und den Palästinensern, eine stagnierende Wirtschaft sowie die anhaltende Klimakrise verstärken die Situation. Diese Krisen und Konflikte haben für Menschen, in offenen Drogenszenen unmittelbar und mittelbar negative Folgen. So waren während der Lockdownphasen der Corona-Pandemie Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe häufig nur eingeschränkt verfügbar (Werse & Klaus 2020). Ebenso war der Zugang zu Kliniken als auch die Vermittlung in spezifische Hilfen erschwert (Cosanne et al. 2022). Die Forschergruppe um Zolopa et al. (2021) konnten zeigen, dass durch Einschränkungen der COVID-19 Pandemie und der schlechteren Verfügbarkeit von schadensmindernden Maßnahmen für Drogenkonsumenten, mit einem erhöhten Risiko für drogenbedingte Schäden, Überdosierungen und einem Anstieg von Infektionskrankheiten verbunden ist.

Für viele Drogenkonsument*innen waren in dieser Zeit Einkommensquellen weggebrochen, da während der Lockdownphasen weniger Pfandflaschen im öffentlichen Raum gefunden und weniger Straßenzitungen verkauft werden konnten. Zudem galten insbesondere opioidabhängige Menschen zu Beginn der Pandemie als Risikogruppe für einen schweren Verlauf der COVID-19 Erkrankung (Wang et al 2021). Gerade Menschen, die zu einer Risikogruppe für einen schweren COVID-19 Verlauf gehörten, waren zu Beginn der Pandemie deutlich stärker psychisch belastet, als Menschen, ohne die spezifischen Risikofaktoren (Deimel et al. 2022). Parallel zu den gestiegenen Belastungen und Einschränkungen hatte die COVID-19 Pandemie keine Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Drogen. In Untersuchungen in Deutschland und der Schweiz konnten keine Unterschiede in Bezug auf das Angebot, Preis und Reinheit von Heroin und Kokain während der COVID-19 Pandemie festgestellt werden (Gau-me et al. 2021, Scherbaum et al. 2021). Daher schlussfolgert die Europäische Drogenagentur (ehemals EMCDDA), dass der Drogenmarkt durch die Pandemie verursachten Störungen in bemerkenswerter Weise standgehalten habe (EMCDDA 2021).

Die Klimakrise hat direkte, indirekte und intersektionelle negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Sie hat insbesondere für Menschen die von Armut betroffen sind und in prekären Wohnverhältnissen leben negative Auswirkungen (Brandt & Heinz 2024). Extremwetterereignisse sind für Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, wie sie häufig in offenen Drogenszenen anzutreffen sind, direkt spürbar. Sie sind hierdurch besonders stark belastet und gefährdet (Bezugrebelna et al. 2021).

Mittelbar sind Menschen in offenen Drogenszenen durch eine anhaltend angespannte wirtschaftliche Situation, erhöhte Ausgaben für den Wehretat und Einsparungen durch die Mehrausgaben während der COVID-19-Pandemie und hierdurch

geringere zur Verfügung stehende Mittel im Sozialsektor und damit auch der Suchthilfe betroffen. Diese Situation ist bereits in vielen Einrichtungen der Suchthilfe spürbar: In einer aktuellen Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gaben Dreiviertel der befragten 534 öffentlich finanzierten Suchtberatungsstellen in Deutschland an, ihre Kosten in diesem Jahr nicht decken zu können. Von einem Defizit ihrer Angebote bis zu 20 % berichtet über die Hälfte der befragten Einrichtungen (DHS 2024).

Zuwachs an Kokain auf dem europäischen Markt

Der größte Anteil der weltweiten Kokain-Produktion liegt in Kolumbien. Dort hatten die FARC-Rebellen die Kokain-Produktion in einer quasi Monopolstellung unter Kontrolle. Mit dem Friedensabkommen zwischen der FARC und dem kolumbianischen Staat diversifizierten und expandierten die Produktion und Händlerstrukturen von Kokain in Kolumbien. In Folge dessen steigerte sich sowohl der Anbau des Kokastrauches als die produzierte Menge von Kokain in Kolumbien (UNODC 2023a). Europa ist einer der profitabelsten Hauptabsatzgebiete für Kokain und es ist daher nicht verwunderlich, dass es seit 2016 in Europa eine Kokainschwemme gibt. Dies zeigt sich einerseits in der steigenden Menge an Kokain-Sicherstellungen in der EU als auch in dem hohen Reinheitsgrad des Kokains (EMCDDA 2022). So wurden 2022 in den EU-Mitgliedstaaten die Rekordmenge von 323 Tonnen Kokain beschlagnahmt (EUDA 2024a).

Das Aufkommen von Crack in vielen Drogenszenen

Berichten von niedrigschwelligen Suchthilfe-Einrichtungen ist ein Anstieg des Crack-Konsums bei Menschen in offenen Drogenszenen zu verzeichnen (Kühnl et al. 2021 & 2023). Hierbei handelt es überwiegend um langjährige Drogenkonsument*innen, mit polyvalenten Konsummustern (Heroin und Kokain), die von einem inhalativen Kokain-Konsum umgestiegen sind.

Crack ist ein rauchbares Kokain-Derivat. Auf Grund der Applikationsform kommt es zu einem sehr schnell anfluteten Rauscherleben, welches nur wenige Minuten anhält. Auf Grund der starken stimulierenden Wirkung führt Crack zu einer starken psychischen Abhängigkeit. Es kommt sehr schnell zu einer Toleranzentwicklung und zu einem stark ausgeprägtem Craving, welches zu intensiven Konsumphasen führen („Binge-Konsum“) kann. Diese Phasen können wenige Stunden bis einige Tage andauern, in denen Konsument*innen ca. alle 15 bis 20 Minuten eine Pfeife raucht, alle anderen Tätigkeiten vernachlässigt und dabei weder schläft, isst oder mit anderen Menschen kommuniziert. Im Anschluss an die Binge-phase erfolgt der „Crash“ mit Erschöpfung und Depressivität (Haasen et al. 2002). Im Zuge des Aufkommens von Crack wurde die Verelendung der Konsument*innen im öffentlichen Raum sichtbarer. Für die Suchthilfe stellt diese veränderte Situation eine große Herausforderung dar:

Es kommt zu einer Zunahme von Konflikten und Aggressivität. In den Einrichtungen verursachen Crack-Konsument*innen zunehmend Probleme und lösen Kon-

flikte aus. Es herrscht eine Hektik und Schnelligkeit, die durch den Crack-Konsum produziert wird. Der anhaltende Crack-Konsum geht mit einem raschen physischen und psychischen Verfall einher. Dieser zeigt sich verstärkt durch Schlafmangel und Austrocknung der Schleimhäute, paranoide oder psychotische Zustände. Die Konsument*innen weisen eine hohe Rate an psychischer Komorbidität wie Angstzustände, Depressionen, paranoiden Vorstellungen und Psychotizismus auf. Aggression und Gewalt werden eher mit Crack als mit Kokainpulver in Verbindung gebracht. Crack-Konsumenten kommen nicht mehr in Notschlafstellen an, was mit einer erhöhten Rate an Straßenobdachlosigkeit einhergeht. Der Tag-Wach-Rhythmus ist gestört. Die Hausordnungen der Einrichtungen passen nicht mehr zu den neuen Konsummustern der Adressat*innen. Durch das gemeinsame Nutzen von Crack-Pfeifen existiert ein erhöhtes Risiko von Infektionserkrankungen wie Hepatitis-C-Infektionen (Dworsky, 2002, Haasen et al. 2005, Thane et al. 2011).

Einbruch der Schlafmohnproduktion und deren Folgen

Afghanistan ist weltweit der größte Produzent von Schlafmohn und Heroin. Die Taliban haben im April 2022 die Produktion von Schlafmohn in Afghanistan unterbunden und die dortigen Schlafmohnfelder abbrennen lassen. Analysen von Satellitenbilddaten zeigen, dass hierdurch die Schlafmohnproduktion um 95 % eingebrochen ist. Dies hat eine deutliche Verknappung des Heroins auf dem Weltmarkt zur Folge. (UN-ODC 2023b) Es ist davon auszugehen, dass diese Verknappung Ende 2024 / Anfang 2025 auftreten wird. Der Analyst David Mansfield (2023) geht von drei möglichen Szenarien aus, die nun eintreten könnten:

- Szenario 1: Das Opiumverbot wird durch die Taliban nicht aufrechterhalten.
- Szenario 2: Das Opiumverbot wird aufrechterhalten, die Produktion wird in andere Regionen verlagert.
- Szenario 3: Das Opiumverbot wird aufrechterhalten, die verdrängte Produktion deckt die Nachfrage nicht, und synthetische Opioide (und andere Drogen) füllen die Marktlücke.

Vermutlich wird nicht eines dieser drei Szenarien singularär auftreten, sondern eine Kombination aus den drei Varianten.

Mögliches Aufkommen von illegalen synthetischen Opioiden

Das verstärkte Aufkommen von illegal produzierten synthetischen Opioiden wie Fentanyl oder Nitazene könnte demnächst wahrscheinlich werden. Diese Substanzen können in illegalen Laboren hergestellt werden ohne dass hierfür Schlafmohn angebaut werden muss. Fentanyl und Nitazene sind deutlich potenter als Heroin. So liegt die letale (tödliche) Dosis von Heroin bei 200 mg. Bei Fentanyl sind es dagegen nur 2 mg. Nitazene sind rund 500mal so stark wie (Holland, et al. 2024). Illegal produziertes Fentanyl ist eine Hauptursache für die Opioidkrise in den USA (Friedman &

Shower 2023). Diese Substanzen sind vergleichbar leicht herzustellen, die Produktion ist günstig und das zu schmuggelnde Volumen deutlich geringer als bei Heroin, was es für die Händler attraktiv macht.

Sowohl die Europäische Drogenagentur EUDA (2024b) als auch Interpol warnen vor dem Aufkommen von synthetischen Opioiden. Die EU-Mitgliedsländer müssten sich diesbezüglich vorbereiten. Synthetische Opioiden seien „eine unmittelbare Bedrohung“, so Interpol Generalsekretär Jürgen Stock. Erste Befunde zeigen, dass synthetische Opioiden als Beimengungen im Heroin eingesetzt werden. So konnte Deutsche Aidshilfe im Rahmen des Drogenmonitoring-Projektes „RaFT“ Fentanyl in 3,6 % der analysierten Heroin-Proben in Drogenkonsumräumen nachweisen (Deutsche Aidshilfe 2024). In Dublin (Irland) als auch in der Region rund um Birmingham (UK) kam es im Herbst 2023 zu Clustern von Drogenüberdosierungen, welche durch Nitazene verursacht wurden, das dem Heroin beigemischt wurde. In Dublin kam es zu 40 drogenbedingten Überdosierungen innerhalb von 36 Stunden (HSE 2023). In der Region um Birmingham starben im letzten Sommer 30 Personen innerhalb von zwei Monaten (The Guardian 2023).

Anstieg der Drogentodeszahlen

Im Jahr 2023 waren 2.227 Drogentodesfälle in Deutschland zu verzeichnen. Das ist ein Anstieg um 11,9 % zum Vorjahr (1.990) und eine Verdopplung in den letzten zehn Jahren. (Bundesdrogenbeauftragter 2024). Noch nie wurden in Deutschland so viele Tote durch illegalisierte Substanzen registriert – selbst nicht in den 1980er und 1990er Jahren, als Heroin in den Drogenszenen aufkam und eine Substitutionstherapie noch nicht in der Fläche etabliert war. Opioiden ist die Substanzklasse, die für einen Großteil der Drogentodesfälle verantwortlich ist. 2022 und 2023 waren bei ca. 60 % der Drogentodesfälle Opioiden beteiligt (Neumeier et al. im Druck). Es sind keine kausalen Ursachen bekannt, welche den deutlichen Anstieg an Drogentoten begründen. Die benannten Krisen und damit verbundenen Belastungen dürften Auswirkungen auf die psychische Situation der Konsumenten und ihre Konsummuster haben und damit ihren Beitrag an den Todesfällen leisten. Risikoreichere und polyvalente Konsummuster gehen mit erhöhten Risiken für die Konsumenten einher. Zudem stellen die hohe Verfügbarkeit von hochreinem Kokain und die damit einhergehende Zunahme des Crack-Konsums Bedingungen für eine Verelendung dieser Menschen dar. Sollten nun vermehrt synthetische Opioiden auf diese vulnerable Personengruppe treffen, dürfte dies die Situation verstärken.

Notwendige Maßnahmen

Soziale Konflikte rund um offene Drogenszenen werden häufig mit repressiven Maßnahmen versucht zu „beheben“. Es ist evident, dass dieses Vorgehen nicht nachhaltig und zielführend ist. Im Gegenteil! Repressive Maßnahmen führen zu einer Verlagerung von Szenetreffpunkten, verschlechtern die Zugänge zum Suchthilfesystem und

führen zu mehr Stigmatisierung und Ausgrenzung. Es bedarf sicherer, risikominimierter und angstfreier Räume und Orte für Drogenkonsument*innen und Anwohner*innen. Beide Interessensgruppen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Damit die Problemlagen in offenen Drogenszenen bearbeitet werden können, bedarf es in erster Linie um ausreichende finanzielle Mittel und Ressourcen sowohl für die Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe als auch für die Suchtforschung. Hier ist die Drogen- und Suchtpolitik gefordert, entsprechende Mittel bereit zu stellen, damit weitere Schäden abgewendet werden können.

Folgende konkrete Maßnahmen sollten unmittelbar und bundesweit umgesetzt werden:

- Ein Monitoring auf offenen Drogenszenen zu Konsumgewohnheiten, Bezugsquellen und Zugängen zum Hilfesystem und Bedarfsanalysen der Konsument*innen, da nur so schnell auf veränderte Bedingungen und Bedarfe eingegangen werden kann.
- Die Entwicklung und der Ausbau von ausdifferenzierten und bedarfsgerechten Angeboten der Suchthilfe zur Schadensminimierung wie Drogenkonsumräume, Tagesruhestätten, Notschlafstellen & Housing First, Naloxonvergabe, niedrigschwellige Substitutionsbehandlung,
- Die akutpsychiatrische und suchtmmedizinische Versorgung incl. opioidgestützter Substitutionstherapie für Menschen ohne einen Krankenversicherungsschutz.
- Die Anpassung des § 10a BtMG, Betrieb der Drogenkonsumräumen), sollte dahingehend modifiziert werden, dass das Teilen von Crack-Pfeifen in den Konsumräumen ermöglicht wird. Diese Konsumenten-Gruppe wird sonst durch dieses Angebot nicht ausreichend erreicht.
- Der Handel von Drogen von Konsument*in zu Konsument*in (sogenannter „Ameisenhandel“) sollte in sicheren und geschützten Orten in den Suchthilfeeinrichtungen toleriert werden. Die Stadt Zürich hat hiermit sehr gute Erfahrungen gemacht. Nur so wird der Handel aus den Sozialräumen verdrängt.
- Da kein Substitut von (Crack-)Kokain absehbar verfügbar ist, sollte die Abgabe von Kokain im Rahmen einer Originalstoffvergabe an Schwerstabhängige erprobt werden. Weiterhin sollte die Forschung an einem Substitutionsmittel für Kokain ausgebaut werden.
- Es müssen sehr schnell mehr Opioidabhängige in die Substitutionsbehandlung eingeschlossen werden, da gerade nicht Substituierte sehr vulnerabel für Überdosierungen durch synthetische Opioide sind. Wer sich in Substitutionsbehandlung befindet, muss sich nicht mit Drogen auf dem Schwarzmarkt versorgen.
- Der Zugang zu dem Notfallmedikament Naloxon ist sehr hochschwierig geregelt. Es bedarf den Ausbau von Naloxon-Programmen, das Bundesmodellprojekt NALLtrain endete im Juni 2024.
- Die Zulassung des freien Verkaufs von Naloxon auch an Nicht-Patient*innen.

- Es bedarf ein bundesweites Drogenmonitoring, bestehend aus Drug-Checking, Analysen über Schnelltest und Analysen von gebrauchten Spritzen für synthetische Opioide sowie ein zentrales Datenmanagement der Testergebnisse.
- Es bedarf den Aufbau einer Strategie zur Risiko-Kommunikation bei lokalen Überdosierungs-Ereignissen sowie Notfallkonzepte in den Kommunen, wie mit solchen Ereignissen umzugehen ist.

Sollte sich an den gegebenen Modalitäten und Strukturen nichts wesentlich verbessern, muss mit einem weiteren Anstieg der drogenbedingten Not- und Todesfälle sowie einer Zunahme von Konflikten in den Sozialräumen der betroffenen Kommunen zu rechnen sein.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Teillegalisierung von
Cannabis –
wo bleibt Säule 2?



3

“Unser Problem heißt Paternalismus” – Patientenvertreter über die Folgen der Teillegalisierung

Gero Kohlhaas, Maximilian Plenert

Zusammenfassung

Im Jahr 2024 ergaben sich grundlegende Änderungen für Medizinalcannabis, Konsumcannabis und möglicherweise noch den Nutzhanf. Aufgrund der „geänderten Risikobewertung“¹ und der Herausnahme aus dem Betäubungsmittelgesetz entfällt die Betäubungsmittelleigenschaft und zahlreiche zusammenhängende Regelungen. Cannabis ist nun legal. Was das für Cannabis als Medizin bedeutet, damit setzen sich Gero Kohlhaas und Maximilian Plenert intensiv auseinander. Und erläutern, welche Forderungen für wirkliche Verbesserungen umzusetzen sind.

Zwei Arten von Cannabis – Zwei Rechtsrahmen

Es existieren Cannabis zu medizinischen Zwecken gemäß Medizinalcannabisgesetz (MedCanG) als quasi normale verschreibungspflichtige Arzneimittel und zum anderen gibt es Cannabis gemäß Konsumcannabisgesetzes (KCanG), bei dem der Umgang bis auf explizite legale Ausnahmen weiterhin verboten und strafbewehrt ist. Diese beiden Arten von Cannabis sind definitorisch durch einen schmalen Grat getrennt. Die rechtliche Eigenschaft „Cannabis zu medizinischen Zwecken“ wird nicht etwa über den Verwendungszweck definiert, sondern anhand der Frage: „Stammt die Cannabisblüte oder das verarbeitete Cannabisprodukt aus einem offiziellen Anbau gemäß Einheitsabkommen?“. Durch die Neuregelungen im MedCanG ist Cannabis nun zwar fast ein normales Arzneimittel. Aber Umgang, Anbau, Import, Großhandel etc. unterliegen einer zusätzlichen Erlaubnispflicht, auch Forschung mit diesem Cannabis muss genehmigt werden.

Auswirkungen des KCanG – Teillegalisierung gilt auch für Patienten

Die Teillegalisierung von Konsumcannabis bietet Patienten einen Rahmen, innerhalb dessen sie im Gegensatz zu früheren Zeiten unbehelligt von Repression koexistieren und agieren können. Dies gilt insbesondere für den persönlichen Besitz beziehungsweise das Mitführen von bis zu 25 Gramm in der Öffentlichkeit. Im Falle einer Kon-

¹ Aus der Begründung des Cannabisgesetzes, BR-Drucksache 367/23 (Gesetzentwurf Bundesregierung)

trolle müssen sich Patienten damit nicht mehr zwangsläufig zu erkennen geben. Die Notwendigkeit, den Patientenstatus über entsprechende Rezepte o. ä. nachweisen zu können, entfällt damit.

Die Konsumverbotszonen gelten zwar laut MedCanG *„entsprechend“* auch für die Einnahme von Medizinalcannabis. Allerdings hat der Gesetzgeber keine zum Verbot zugehörige Ordnungswidrigkeit definiert, wodurch Verstöße straffrei bleiben.

Der legale Eigenbau stellt nun für zahlreiche Patienten eine Option zur eigenen Versorgung dar. Die einen möchten es, die anderen müssen. Beispielsweise, wenn sie keine verordnenden Mediziner*innen im GKV-Bereich finden. Oder weil die Versorgung über Privatrezepte zu kostspielig ist. Viele haben nach jahrelangen Versuchen und erlebter Ablehnung die Hoffnung auf eine medizinische Regelversorgung aufgegeben.

Auswirkungen des MedCanG

Verschreibung von Medizinalcannabis kann auf herkömmlichen Rezeptformularen erfolgen, Verordnungen können auch digital ausgestellt werden. Ihre Gültigkeit beträgt nun vier Wochen, statt der für Betäubungsmittel geltenden sieben Tage. Diese und andere Änderungen (z. B. Anpassungen des Rezeptes durch den Apotheker) stellen eine Erleichterung für Ärzte, Apotheker und Patienten im Umgang mit Cannabis dar. Über die weiteren praktischen Folgen des Wegfalls des BtM Status auf die Menge der Verschreibungen auf *„Normalrezept“* konnte laut Regierungsentwurf im Vorfeld *„nicht quantifiziert werden“* (ebd.).

Für Produzenten und Großhändler von medizinischem Cannabis wurden Anforderungen gesenkt und so der Aufwand reduziert. Jede Firma, welche die Voraussetzungen erfüllt, kann eine Erlaubnis für den Anbau beantragen, was bisher nur von einigen wenigen Firmen genutzt wurde. Die bisherigen drei Produzenten in Deutschland können nun ohne Mengengrenzung ihre Kapazitäten voll auslasten.

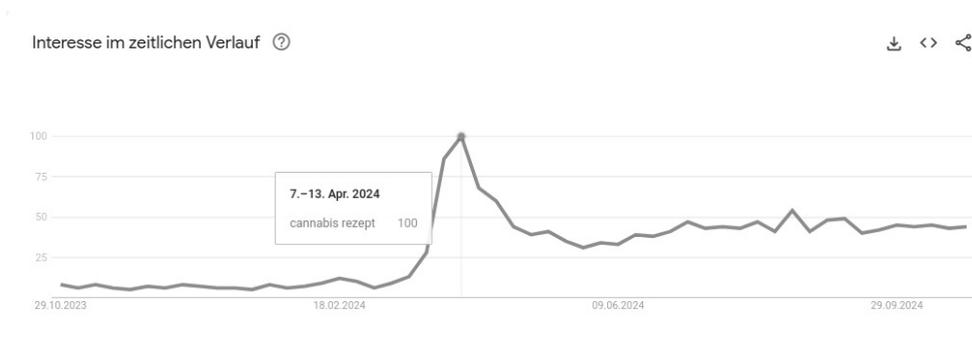


Abb. 1: Interesse „Cannabis Rezept“ im zeitlichen Verlauf (Quelle: Google Trends, cannabis rezept, Zeitraum 29.10.2023 bis 29.09.2024; Idee: i. A. a. J. Manthey via J. Schneider).

Interesse nach Unterregion



Abb. 2: Interesse „Cannabis Rezept“ nach Unterregion (Quelle: Google Trends, cannabis rezept, Zeitraum 29.10.2023 bis 29.09.2024; Idee: i. A. a. J. Manthey via J. Schneider).

Die Ambivalenz der Folgen

Aufgrund der bürokratischen Erleichterungen können Patienten über einen privatärztlichen Versorger günstiger als bisher ein Privatrezept erhalten. Dies erfolgt über einen der zahlreichen privaten Anbieter, oft über Telemedizin. Der Wegfall der Betäubungseigenschaft macht diese Art der Versorgung nun deutlich einfacher und günstiger. Medizinalcannabis ist in der Apotheke inzwischen oft günstiger als Konsumcannabis auf dem Schwarzmarkt. Dies ist eine *positive Entwicklung* und eine Erleichterung für die notleidenden Menschen, die nur als Selbstzahler eine Cannabinoidtherapie erhalten. Andererseits erlebten Bestandspatienten den deutlichen Anstieg an Verschreibungen und damit einhergehende Lieferengpässe am eigenen Körper. Geäußerte Befürchtungen, dass ein Anstieg der Patientenzahlen zumindest vorübergehend zu Versorgungsschwierigkeiten führen könnte, trafen leider zu.²

Insbesondere profitieren Patienten, die bislang keinen Behandler im GKV-Bereich finden konnten oder deren bislang zu stellende Anträge³ auf Kostenübernahme Ableh-

² Allein einer der Autoren dieses Textes war in diesem Jahr bereits vier Mal von Lieferengpässen betroffen. Auch wenn dies aufgrund besserer und schlechterer Alternativen keine Versorgungsempässe bedeutet, ist es individuell betrachtet ärgerlich.

³ Bis zum Erlass des aktuellen G-BA-Beschlusses im Oktober 2024, musste für eine Behandlung mit Cannabinoiden zulasten gesetzlicher Krankenkassen stets zuvor über einen positiv beschiedenen Kostenübernahmeantrag eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden, siehe <https://www.g-ba.de/beschluesse/6728/> (05.11.2024 16:35)

nung fanden. Ebenso gibt es die Gruppe derer, die zwar krank sind, aber die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme schlicht nicht erfüllen. Soziale Probleme solcher sich oft zweitklassig fühlenden Patienten wurden durch mit dem CanG einhergehende Änderungen abgemildert.

Cannabis als Medizin bleibt umstritten, leider nicht ohne Grund

Unabhängig davon wurde die öffentliche Debatte zur Versorgung mit Medizinalcannabis lange Zeit schon dominiert durch Unwahrheiten, Stereotypisierungen und Paternalismus gegenüber Patienten. Bereits in die BfArM-Begleiterhebung wurden Misstrauenserklärungen eingestreut⁴ und im Jahr 2024, in einer Auswertung des BfArM⁵ über in Apotheken vorgelegte Rezepte erneuert. Gerade jungen und männlichen Patienten wird autoritär und paternalistisch unterstellt, sich als *falsche Patienten* und zu *Unrecht* mit Medizinalcannabis zu versorgen.

Aggressive und unlautere Marketing- und Werbemethoden einzelner Akteure geben dieser gegen kranke Menschen gerichteten Debatte leider neue Nahrung.^{6,7} Zahlreiche Unternehmungen der Branche rechneten mit einer weitergehenden Legalisierung in dieser Legislaturperiode. Marketing wurde so durch manchen Vorgriff leider negativ beeinflusst. Ebenfalls sind die Reaktionen der Ärzteschaft auf Cannabis betreffende gesetzliche Änderungen als vielschichtig zu bezeichnen. Während die einen eher abwehrend auf Patienten reagieren, beispielsweise durch Verweis von Patienten auf die Möglichkeit des Eigenbaus, freuen sich andere über die Erleichterungen, nun Cannabis auf *Normalrezept* verordnen zu können.

Schlussfolgerungen und Forderungen

Zwischen Privatpatientenstatus und Paternalismus

Jeder Patient, der die notwendigen finanziellen Mittel hat, kann sich nun als königlicher Kunde über einen Privatpatientenstatus durch die Cannabisverschreibungswirtschaft freuen. Dies ist immerhin ein erfrischender Unterschied zum bisherigen Status als gemeiner Kassenpatient. Über den eher über seinen Kopf hinweg gesprochen wird, als dass mit [!] ihm gesprochen würde. Statt in der Diskussion die Patienten auf Augenhöhe zu beteiligen, waren Patienten dem im Gesundheits- und Versorgungssystem allgegenwärtigen Paternalismus wesentlich stärker ausgeliefert. Und auf die Selbstversorgung und Selbsttherapie über illegalen Bezug oder Eigenanbau angewiesen – ohne

4 Und Unwahrheiten, wie der immer wieder behauptete angebliche preisliche Vorteil einer Extrakttherapie gegenüber der mit den stigmatisierten Blüten.

5 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/239101/Verschreibung-von-Cannabisarzneimitteln-an-Selbstzahlende> 05.11.2024 08:48

6 <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2024/08/05/missbrauch-von-medizinalcannabis-bmg-beobachtet-und-wertet-aus> (05.11.2024 16:00)

7 <https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/wirtschaft/telemedizin-cannabis-plattform-mit-umstrittenem-geschäftsmodell-19798089.html>

die Möglichkeit des Bezugs einer von als Dienstleistern sich verstehenden Telemedizinern ausgestellten Privatverordnung.

Ganzheitliche Betrachtung der Folgen

Betrachtet man die Änderungen durch das MedCanG anhand des im CanG formulierten Ziels „eines umfassenderen Gesundheits- sowie Kinder- und Jugendschutzes und der Eindämmung des Schwarzmarktes“ (ebd.), so hat jedes Gramm, welches nicht über den Schwarzmarkt, sondern auf Grundlage einer ärztlichen Verschreibung aus einer Apotheke an den Endverbraucher kommt, einen der Zielgebung des Gesetzes nachkommenden Effekt. Unabhängig von der Frage, inwiefern Rezeptnehmer und Rezeptgeber etwaig den rechtlichen Rahmen für die Verordnungsmöglichkeit von Medizinalcannabis fahrlässig, mutwillig oder geschäftsmäßig aus- oder überreizen.

Ebenso ist jede vermiedene Strafanzeige beispielsweise durch eine Verordnung als Begründung für das Überschreiten der 25 Gramm Besitzgrenze in der Öffentlichkeit im Sinne der Repressionspräventions und Harm Reduction hilfreich.

Lösungen und Forderungen

Ziel muss es sein, dass eine Therapie mit Cannabis und eine zusammenhängend angemessene Beanspruchung der Solidargemeinschaft für jeden Menschen eine normale und real verfügbare Option innerhalb der gesetzlichen Regelversorgung wird. Aufgabe der Politik ist es, durch Änderungen des gesetzlichen Rahmens und auch durch Vorgaben an die Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Wir fordern

- **Gemeinsame Cannabishilfe vor Ort**, bei denen KV, Kassen, Fachverbände und Organisationen aller Beteiligten die Voraussetzungen für die Sicherstellung der Versorgung zu verbessern.
- **Provisorische Behandlungsleitlinien**, wie es sie im Bereich „Schmerz“ gibt, welche im Sinne evidenzbasierter Medizin als Handlungsgrundlage dienen und nicht nur Lücken als Begründung des Nichthandelns bereitstellen.
- **Sicherheit für Verordner**: Der Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes für bestimmte Facharztgruppen durch den GBA Beschluss hat leider nichts am Risiko für Ärzte geändert, von den Krankenkassen für die Verordnung von Cannabis in Regress genommen zu werden. Es bedarf weiterhin einer Clearingstelle zur Absicherung der Versorgung von als eindeutigen, antragsfrei eingeschätzten Patienten.
- **Versorgung statt Antragsbürokratie**: Das nun freiwillige Antragsverfahren ist zu vereinfachen, beispielsweise durch die Anerkennung der Chronikerbeschei-

nigung als Voraussetzung, so wie es der Gesetzgeber ursprünglich vorgesehen hatte. Im Vorfeld des Antrages sollte ein Therapieversuch mit Cannabis grundsätzlich als Kassenleistung möglich sein.

- **Therapiefreiheit gewährleisten:** Die bisherigen Regelungen verhindern nicht nur die medizinische Versorgung, sondern schränken die Therapiefreiheit von Patient und Arzt ein. Bürokratische Vorgaben wie zum Vorrang von Fertigarzneimitteln gegenüber Blüten und Extrakten stellen eine unangemessene Einmischung dar.
- **Patienten anhören, statt über Patienten zu bestimmen:** Mit Patienten muss auf Augenhöhe gesprochen werden, statt über ihren Kopf hinweg. Zu viele Patienten schildern Arroganz, Ignoranz und Standesdünkel, mit denen Ärzte ihnen gegenüber treten. Wir wünschen uns weniger Paternalismus und Autorität im Sprechzimmer. Stattdessen mehr Verständnis gegenüber Patienten, sowie ärztlicherseits mehr Sensibilisierung und Bewusstwerden über Machtmissbrauch und Abbau von Standesdünkel.
- **Barrierearme niedrigschwellige Anwendung vs. künstlich hergestellter hochschwelliger Zugang in der Regelversorgung:** Medizinalcannabis und Cannabinoidtherapie in all ihren Applikations- und Darreichungsformen helfen nicht nur schwerkranken Menschen bei Symptombekämpfung und gesundheitserhaltenden Vorbeugemaßnahmen.
- **Nachregulierung des Marktes für Cannabis und Verschreibung:** Die flächendeckende und vorrangige Versorgung von Patienten mit qualitätsgesicherten und allen relevanten Komponenten⁸ standardisierter Cannabisarzneimittel für alle Bedarfe und in allen von Patienten benötigten Applikationsformen ist sicherzustellen.
- **Wahlfreiheit gegenüber selbsttherapeutischen Anwendungsformen und Akzeptanz patientenseitiger Behelfslösungen:** Pragmatischer Umgang mit dem Eigenanbau von Patienten und gemeinschaftlichen Anbau, der auch der Versorgung von Patienten ohne Kostenübernahme dient. Auch wenn wir hoffen, dass Behelfsversorgung in Zukunft von weniger Patienten benötigt wird.
- **Wissenslücken schließen:** Zwangsweise gibt es durch die langjährige Prohibition und die bis heute immer noch bestehenden starken Einschränkungen für die Forschung wissenschaftlichen Aufholbedarf. Die existierende Lücke zwischen nachgewiesener Evidenz und den vielen durch ärztliche Dokumentation nachweisbaren positiven Therapieergebnissen muss geschlossen werden.
- **Medizinalcannabis als Anlass zur Revision forschungswissenschaftlicher Irrwege:** Die Qualität medizinischer Behandlung wird zu eingengt betrachtet. Wir fordern den Einbezug inzwischen existierender technischer Möglichkeiten und akademischer Multiperspektivität, um Prozesse zu beschleunigen und historisch bedingte Lücken zu schließen sowie staatliche Forschungsanreize zur nötigen Entwicklung und die Verfolgung neuer interdisziplinärer Forschungs-

⁸ <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jnatprod.9b01200>

ansätze zur felderübergreifenden Erforschung individuell lebensweltlicher und gesellschaftlicher Auswirkungen.

- **Raus aus der Betavariante in ein *Gesundheitssystem 2.0*:** Wir fordern die Anerkennung von Behandlungsrealitäten und deren Erfassung. Die Fixierung auf von der Wirklichkeit überholte RKT muss enden. Formulierten Endpunkte müssen auf *Lebensqualität* abheben und Erfahrungen aus der Selbsttherapie berücksichtigt werden. *Real World Data* und *Real Life Data* müssen als Basis zukünftiger wissenschaftlicher Einordnungen gewichtet werden. Wir fordern Akzeptanz und Pragmatismus für bezüglich anderer Behandlungsformen ebenfalls stattfindende und teils gewaltigen Abweichungen vom herrschenden S3-Leitlinienfetisch, siehe auch die neuen DGS-Praxisleitlinien.^{9,10} Erfahrungen aller Cannabispatienten müssen einbezogen werden. Wie vor allem auch die in der Betrachtung stets außen vor bleibenden, ihre Symptome in Selbsttherapie lindernden Patienten.

Ohne größer zu denken, werden gesellschaftlich dringend benötigte und bedeutsame Verbesserungen gesundheitlicher und medizinischer Versorgung im Generellen und nicht nur auf den Bereich der Cannabismedizin betrachtet, außen vor bleiben.

9 Dr. med. Johannes Horlemann, Norbert Schürmann, Hilfsmittel für die tägliche Praxis - DGS-PraxisLeitlinie Cannabis in der Schmerzmedizin (2024), Version: 2.0 für Fachkreise, S. 3 ff <https://dgs-praxisleitlinien.de/cannabis/>

10 Wie die DGS-Leitlinien-Autoren ebenfalls betonen, ist eine Evidenzlücke nicht auf einen substanzial bestehenden Mangel zurückzuführen, sondern auf systemische und als fix begriffene Wege der Findung bzw. des Nachweises von Evidenz und diesbezüglich u. a. starre Fixierung auf RKT zurückzuführen.

Schulung von Personal und Mitgliedern von Cannabis (Social) Clubs: Die Bedeutung eines community-orientierten Ansatzes

*Patricia Amiguët, Ana Afuera, Mireia Ambròs Hortensi,
Òscar Parés-Franquero, Rüdiger Schmolke*

Kontext und dringender Bedarf einer Reform der Drogenpolitik

Deutschland befindet sich nach der Regulierung von Cannabis für Erwachsene in einer besonderen Lage. Das neue Cannabiskonsumgesetz (KCanG) bietet eine beispiellose Gelegenheit, einen bewussteren und humaneren Ansatz in der Drogenpolitik zu verfolgen. Als Teil eines weltweiten Vorstoßes für eine bessere Drogenpolitik hat Deutschland die Chance, Modelle zu übernehmen und zu fördern, die bereits Kriminalisierung vermeiden, mit den Menschenrechten in Einklang stehen und gesundheitsorientiert sind, indem sie über paternalistische Ansätze hinausgehen, die die Fähigkeit der Konsument*innen unterschätzen, informierte Entscheidungen treffen zu können. Aufgrund der langwierigen Prüfung von Behördenzuständigkeiten und Genehmigungen wird sich die Umsetzung jedoch regional sehr unterschiedlich und ungleichmäßig entwickeln.

Die neue Gesetzgebung sieht eine obligatorische Schulung für Präventionsbeauftragte in den Anbauvereinigungen vor. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat dafür inzwischen ein Schulungskonzept vorgelegt. In diesem Artikel zeigen wir auf, warum darüber hinaus auch der Ansatz der *community spaces* angewendet werden sollte, wie er bereits in anderen Staaten mit progressiver Cannabisregulierung angewandt und weiterentwickelt wurde.

Schulungserfahrungen

Zunächst hat Uruguay gezeigt, wie wichtig es ist, Schadensminimierung in die Cannabis-Regulierungsstrategien zu integrieren (<https://ircca.gub.uy>). Spanien hat mit seinem Modell der Cannabis Social Clubs (CSC), das auf mehr als 30 Jahre Erfahrung zurückblicken kann, Erfolge erzielt (www.fac.cc). CSC sind Räume, die von und für Cannabiskonsument*innen betrieben werden, die einen sicheren legalen Zugangsweg zu Cannabis suchen. Die Räume sind so konzipiert, dass die mit dem Konsum verbundenen Risiken sowohl individuell als auch gemeinschaftlich minimiert werden. Das CSC-Modell legt den Schwerpunkt auf die Einbeziehung der Gemeinschaft und

bietet einen kontrollierten Raum, in dem die Konsument*innen Cannabis konsumieren können, Informationen zur Schadensminimierung erhalten und dabei von einer unterstützenden Umgebung profitieren (ENCOD, 2020). Ein Schlüsselfaktor zur Erreichung dieses Ziels ist die Schulung des Personals.

Basierend auf den Erfahrungen in Spanien hat auch Malta – dessen Regierung vor kurzem den Weg für CSCs geebnet hat – eine Reihe von Initiativen umgesetzt, einschließlich der obligatorischen Schulung von Strategien zur Schadensminimierung. Wie in Spanien bietet die NGO *RdR LAB* (www.rdrmlab.org) technische Beratung im Rahmen des Bildungsprogramms „Verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis“ an (<https://aruc.mt>). Dabei führt es Schulungen für Angehörige der Gesundheitsberufe durch und berät über Strategien zur Schadensminimierung, um wirksame, auf die Nutzer*innen ausgerichtete Maßnahmen zu entwickeln. Durch die Zusammenarbeit mit den CSCs wird sichergestellt, dass strukturierte Schulungen mit evidenzbasierten Informationen gekoppelt werden. Dies fördert das Gesundheitsverhalten und trägt dazu bei, vertrauensvolle Beziehungen innerhalb der *user communities* aufzubauen.

Anders als in Spanien und Malta werden Cannabis-Anbauvereinigungen in Deutschland vorerst kein Ort des Konsums sein. Die Schaffung von sicheren Cannabis-Abgabestellen wird jedoch erhebliche Vorteile mit sich bringen, wie z. B. in Spanien bereits zu beobachten ist, wo die Konsument*innen eine aktivere Rolle bei der Steuerung ihres eigenen Konsums einnehmen. Kontrollierte Umgebungen und geschultes Personal sind unerlässlich, um einen sichereren und bewussteren Konsum zu gewährleisten und sich von paternalistischen politischen Modellen zu lösen, die die Realitäten und Bedürfnisse der Konsument*innen ignorieren.

Das Konzept von „Set and Setting“: Community Spaces als Schlüssel zu bewusstem Zugang und Konsum

Umfangreiche Erfahrungen zeigen, dass CSCs durch Schulungen zur Schadensminimierung den bewussten Konsum fördern, positive Erfahrungen verstärken, negative gesundheitliche Folgen minimieren und die Konsument*innen befähigen, informierte und zufriedenstellende Konsummuster zu entwickeln (Decorte 2015; Álvarez & Gamella, 2020; Obradors-Pineda et al., 2021). Ein Schlüsselement hierzu ist das Konzept von *Set and Setting*, das die Bedeutung des psychischen Zustands (Set) und des physischen und sozialen Umfelds (Setting) beim Cannabiskonsum hervorhebt (Zinberg, 1984). Auf dieser Grundlage können CSCs ein kontrolliertes, gemeinschaftsorientiertes, sicheres Umfeld bieten, das den bewussten Konsum fördert. In diesen Räumen haben die Konsument*innen Zugang zu Informationen über die Eigenschaften von Cannabis, sicherere Konsummethode sowie die damit verbundenen Risiken. Dies reduziert nicht nur potenzielle Schäden, sondern fördert auch positive, ermutigende Entscheidungen für die eigene Gesundheit.

Empowerment durch Information und Bildung: Ein Peer-to-Peer-Ansatz

Das am 01. April 2024 in Kraft getretene KCanG sieht eine verpflichtende Schulung ausschließlich für den/die Präventionsbeauftragte*n vor (verpflichtend für jede Anbauvereinigung). Die Schulung muss von Einrichtungen der Suchtprävention oder Suchthilfe durchgeführt werden, mindestens zwei Schulungstage (16 Unterrichtseinheiten) umfassen und von der Landesbehörde anerkannt werden, die den Betrieb der Vereinigung genehmigt (§ 23 KCanG). Die Berliner Fachstelle für Suchtprävention hat im Sommer 2024 ein Mustercurriculum entwickelt, das über die BZgA erhältlich ist (FSB, 2024). Verschiedene Schulungsanbieter entwickeln derzeit Trainings für den im KCanG geforderten Mindestumfang.

Aufgrund des in der Regel hohen Aufwands für die Erlangung einer Betriebs-erlaubnis für eine Anbauvereinigung werden die meisten von ihnen zunächst nur ein (oder – was empfehlenswert ist – zwei) Mitglied zu Präventionsbeauftragten ausbilden. Sie sind (neben dem Vorstand) für die Entwicklung des Sicherheits- und Jugendschutzkonzeptes zuständig, aber auch für die Bereitstellung geeigneter Informationsmaterialien zum sicheren Umgang mit Cannabis und zu Hilfsangeboten in der Region verantwortlich. Ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten wird die Sensibilisierung der Mitglieder durch persönliche Kommunikation sein (ebd.). Es liegt auf der Hand, dass dies von einer Person in (zuminst teilweise) prekärer Beschäftigung bei bis zu 500 Mitgliedern und rechnerisch wahrscheinlich weit über 30 Abgabekontakten pro Öffnungstag nicht effektiv geleistet werden kann.

Basierend auf einer gemeinschafts- und settingorientierten Gesundheitsförderung und den positiven Erfahrungen in Spanien und Malta schlagen wir ein erweitertes Modell des gemeinschaftsorientierten Lernens in Cannabis-Anbauvereinigungen vor, an dem alle Mitarbeitenden und Mitglieder (nicht nur die Präventionsbeauftragten) teilnehmen und das sie gemeinsam entwickeln und nutzen (können). Diese Art von gemeinschaftsorientierter Bildung ist eines der wirksamsten Instrumente der Schadensminimierung. Durch Schulungsprogramme, die von erfahrenen Einrichtungen durchgeführt werden, kann dabei ein Peer-to-Peer-Ansatz gefördert werden, bei dem die Nutzer*innen als Experten ihrer eigenen Erfahrungen angesehen werden. Dieser Ansatz stellt sicher, dass Maßnahmen und Interventionen wirklich an die Bedürfnisse der Gemeinschaft angepasst werden und stärkt den Einzelnen durch objektive und nicht stigmatisierende Informationen.

Die Mitarbeitendenschulung, wie sie von RdR (<https://rdrcannabis.cat/training>) angeboten wird, besteht aus einem zweistufigen Programm von zwei Tagen mit jeweils vierstündigen Sitzungen. Die Teilnehmenden müssen mindestens 80 % des Kurses absolvieren, um eine Zertifizierung zu erhalten. Die erste Stufe führt in die Grundsätze der Schadensminderung ein, während die zweite Stufe gruppenspezifisch mit praktischen Fallbesprechungen vertieft wird. Allein im spanischen Katalonien wurden auf diese Weise über 200 Einzelpersonen und 90 Vereinigungen geschult, was die Bedeutung der gemeinschaftsbasierten Befähigung in Anbauvereinigungen unterstreicht.

Vertreter*innen von CSCs, die beide Kurse absolviert und ihre Bereitschaft zur Teilnahme bekundet haben, können zudem einer Lenkungsgruppe beitreten. Diese tauscht sich über bewährte Praktiken zur Schadensminimierung in ihren jeweiligen CSCs aus und schafft so eine von peer-geleitete Dynamik, die die Organisationen zu

Promotoren für Gesundheit und Schadensminimierung macht. Die Schulung befähigt die CSC-Mitarbeiter*innen, bedarfsorientiert und effektiv auf schwierige Situationen zu reagieren, die in einem sozialen Konsumumfeld auftreten. In den Sitzungen werden kritische Bereiche wie die psychische Gesundheit von Cannabiskonsumierenden, Praktiken zur Schadensminimierung und Techniken zur Bewältigung problematischer oder unerwünschter Konsumsituationen behandelt. Zu weiteren Themen gehören die Unterstützung von Personen, die unter Angstzuständen oder Depressionen leiden, der Umgang mit dem Cannabiskonsum unter jüngeren Mitgliedern und die Behandlung geschlechtsspezifischer Themen, wie Schwangerschaft oder Arbeitsbedingungen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Mitarbeitenden gut vorbereitet sind, um angemessene Unterstützung zu leisten und den Konsument*innen zu unterstützen, fundierte Entscheidungen zu treffen, die sowohl die individuellen Erfahrungen als auch das kollektive Wohlbefinden der Gemeinschaft verbessern.

Paternalistischen Ansätzen entgegen: Auf dem Weg zu einem menschenrechtsbasierten Ansatz

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die in Deutschland entwickelte Drogenpolitik sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene nicht in paternalistische Modelle zurückfällt, die davon ausgehen, dass Konsument*innen keine selbstverantworteten Entscheidungen treffen können. Statt Vorurteile und Stigmatisierung im Zusammenhang mit Cannabiskonsum aufrechtzuerhalten, sollte die Politik das subjektive Recht anerkennen, genaue Informationen zu erhalten, Entscheidungen über den eigenen Konsum zu treffen und an der Schaffung eines sicheren und gemeinschaftsorientierten Konsumumfelds mitzuwirken.

Im Mittelpunkt der Drogenpolitik sollten daher immer Individuen und ihre Rechte stehen und zwar auf Grundlage eines Zugangs zu einem kontrollierten Umfeld und einer angemessenen Information und Aufklärung zu Cannabis. Dies führt zu besseren Ergebnissen sowohl auf individueller als auch auf gemeinschaftlicher Ebene. Das Stigma, das Cannabiskonsum*innen vielerorts noch immer umgibt, ist weiterhin ein Hindernis für die Umsetzung wirksamer politischer Maßnahmen. Die Beseitigung dieses Stigmas sollte bei der Weiterentwicklung des politischen Rahmens weiterhin eine maßgebliche Rolle spielen.

Die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit: Von erfolgreichen Modellen lernen

Für eine wirksame Umsetzung von Ansätzen zur Schadensminimierung und der psychischen Gesundheit sollten erfolgreiche Strategien zur Schadensminimierung und Erfahrungen aus anderen Ländern übernommen werden. Die CSCs in Spanien und Malta und das Cannabis-Regulierungssystem in Uruguay haben bereits gezeigt, dass es möglich ist, angemessene Regelungen und umfangreiche Schulungsmodulare auf der Grundlage der Achtung der Menschenrechte und der Schadensminderung einzuführen, die sowohl den Konsument*innen als auch der Gesamtgesellschaft zugute-

kommen. In diesem Sinne ist die internationale Zusammenarbeit unerlässlich, um aus den Erfolgen und Herausforderungen anderer Länder zu lernen. Deutschland hat die Möglichkeit, eine internationale Referenz für die Gestaltung einer Drogenpolitik zu werden, die wirklich auf die Bedürfnisse der Konsument*innen eingeht und ihre Selbstbestimmung fördert.

Auf dem Weg zu einem bewussteren und menschlicheren Modell

Die deutsche Drogenpolitik muss bewusst einen Ansatz verfolgen, bei dem Schadensbegrenzung, Menschenrechte und das Empowerment der Konsument*innen im Mittelpunkt stehen. Die Umsetzung des KCanG war ein kleiner, aber wichtiger Schritt in diese Richtung. Es eröffnet auch die Möglichkeit, den in Spanien und Malta erprobten Weg der community-orientierten Gesundheitsförderung zu beschreiten, bei dem die Zusammenarbeit von Peers ein Schlüsselement zur Minimierung der mit dem Cannabiskonsum verbundenen Schäden ist. In naher Zukunft werden die Entscheidungsträger und Behörden zudem gefordert sein ...:

- ...Cannabis-Anbauvereinigungen und künftigen weiteren Abgabestellen die Möglichkeit zu eröffnen, Räume für einen verantwortungsvollen gemeinsamen Konsum einzurichten,
- ...ihnen stigmasensible, kompetenzorientierte gesundheitsfördernde Beratungs-, Schulungs- und Austauschmöglichkeiten zu bieten,
- ...ihre Vernetzung mit stigmasensiblen regionalen Angeboten der Suchtprävention und Suchthilfe sowie mit Selbsthilfeorganisationen und -initiativen zu fördern,
- ...die Beratungs- und Schulungsangebote sowie den allgemeinen Service der Anbauvereinigungen zu evaluieren und auf dieser Grundlage weiterzuentwickeln,
- ...die Neuregulierung hinsichtlich der Verbesserung des individuellen und gemeinschaftlichen Wissens und des Risikomanagements sowie der angebotenen Schulungen für Mitarbeitende und Nutzer*innen zu evaluieren,
- ...internationale Kooperationen und Projekten aufzubauen, um von Erfahrungen in anderen Ländern zu lernen,
- ...eine europäische Initiative zur vollständigen Legalisierung von Cannabis in der Europäischen Union zu starten.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Cannabis legal, aber... Anbauvereinigungen im Spannungsfeld von Erwartungen und Herausforderungen

Heinrich Wieker, Maximilian Plenert, Gero Kohlhaas

Der gemeinschaftliche, nicht-kommerzielle Anbau von Cannabis ist mit dem Modell der Cannabisanbauvereinigungen (CAV) im Cannabisgesetz zu einer tragenden Säule der Teillegalisierung in Deutschland geworden. Ihre Relevanz wird sich erst noch zeigen. In der Praxis zeigen sich massive Probleme und Herausforderungen. Es wird noch viel Engagement auf zahlreichen Ebenen notwendig sein, um die notwendigen Lösungen zu finden, damit das Ziel des Gesetzes erreicht werden kann.

„Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein.“ – Mit diesem Ziel startete die Ampelkoalition ein neues Zeitalter deutscher Cannabispolitik. Deutschland schaffte es damit international aus dem Stand der Prohibition heraus ins Favoritenfeld progressiver Drogenpolitik. Betrachtet man explizit die nationale Ebene, nahm Deutschland bezüglich Cannabis als Medizin bereits vor den USA¹ eine Pionierrolle ein, so nun auch in Sachen Konsumcannabis – und in der Gesamtbewertung könnte es Deutschland theoretisch bis in die Nähe Uruguay schaffen.

Welchen Effekt die Legalisierung des Besitzes von Cannabis hat (mitgeführt werden dürfen 25 g legal; bis 30 g würden als Ordnungswidrigkeit behandelt, alles darüber wäre eine Straftat. Zu Hause analog 50 g bzw. 60 g), lässt sich aktuell mangels Statistiken noch nicht genau bemessen. Erste Datenpunkte weisen aber auf einen Rückgang bei den allgemeinen Cannabisdelikten von bis zu 90 % hin.

Woher Cannabis stammt, ist strafrechtlich nicht relevant, da neben dem Besitz auch der Erwerb von 25 g Cannabis pro Tag explizit straffrei ist. Die beste Antwort gegenüber der Polizei bleibt trotzdem: „Das ist mein Cannabis und mehr muss ich dazu nicht sagen.“ Wie auch an anderen Stellen fanden sich trotzdem staatliche Organe, welche diese neue Rechtslage so nicht akzeptieren wollten und zu unterlaufen versuchen.²

Den eigenen Bedarf sollten Gelegenheitskonsumenten mit wenig Aufwand selbst anbauen können. Wer Ahnung hat, kann mit dem Eigenanbau von drei Pflanzen aber auch weit über einem Kilogramm Cannabis pro Ernte erzeugen. Die etwaigen Über-

1 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151105/US-Regierung-will-Cannabis-als-weniger-gefaehrliche-Droge-einstufen>

2 <https://www.presseportal.de/blaulicht/pm/110970/5754116>

schüsse werden sicherlich eher verschenken oder behalten als wie vorgeschrieben vernichtet werden.

Die aus Verbrauchersicht aktuell gesundheitlich, ökonomisch und rechtlich betrachtet beste Methode an Cannabis zu kommen, ist die Nutzung eines Telemedizinanbieters. Dieser liefert gegen das Ausfüllen eines Fragebogens und eine kleine Münze per DHL ein Rezept und damit den Zugang zu einem umfangreichen und im Vergleich zum Schwarzmarkt durchweg hochwertigen Apothekensortiment – so bequem ist die Beschaffung bei den meisten Dealern nicht.

Welche Relevanz die Anbauvereinigungen bei der Versorgung haben werden, ist noch offen. Sie nehmen derzeit nur eine winzige Nische auf dem Markt ein, könnten aber theoretisch mittelfristig einen relevanten Anteil an der Versorgung übernehmen. Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis nur meist größer als in der Theorie. Und genau das erleben wir gerade in der Rechtspraxis der Anbauvereinigungen. In einzelnen Bundesländern wird das gleiche Bundesgesetz mitunter nicht nur sehr unterschiedlich ausgelegt, sondern Kompetenzen auch über klare Formulieren hinaus überschritten.

Vom Nischenthema „Cannabis Social Club“ zur Anbauvereinigung als tragende Säule der Cannabisteillegalisierung

Der Deutsche Hanfverband beschrieb 2010 in einem historischen Artikel³ die Situation. Die Clublandschaft in Spaniens bestand damals aus sieben Vorreitern. In Belgien kämpften Joep Oomen von Trek Uw Plant und andere ausdauernd bis zur de facto Legalisierung ihres CSC.⁴ In Kanada existieren Caregiver-Modelle für Patienten und in den USA diverse Club-Modelle. Diese haben aber meist wenig mit der ursprünglichen Idee der Belgier zu tun. Uruguay hat bei der leider zu vorsichtigen Legalisierung den Gemeinschaftsanbau zu einer der drei Säulen gemacht. In Deutschland steuerte die Bundestagsfraktion der LINKEN das Club-Konzept zur drogenpolitischen Diskussion bei. Das Selbsthilfenetzwerk Cannabis Medizin⁵⁶ gründete sich 2006 u. a. mit dem Ziel, einen kollektiven Eigenanbau von Patienten mit Erlaubnis des BfArM zu realisieren. Erfolgreich waren die Patienten eher im Bereich der individuellen Ausnahmeerlaubnis für den Anbau, was 2017 zum sogenannten Eigenanbau-Verhinderungsgesetz⁷ zu Cannabis als Medizin führte.

Oft wurde erwartet, dass die deutschen Clubs aus einer Toleranzzone für den privaten Eigenanbau entstehen würden, dass sich ähnlich wie in Belgien und Spanien Schwachstellen in der Prohibition auftun und so legale Clubs entstehen würden. Mit der Erwähnung im CanG-Entwurf stieg das Interesse an der Clubidee deutlich an. Ernüchtert waren allerdings die Regelungen für die Anbauvereinigungen im Detail.

3 Cannabis Social Clubs – ein Weg für Deutschland? - Deutscher Hanfverband (DHV) <https://hanfverband.de/cannabis-social-clubs-ein-weg-fuer-deutschland>

4 <https://encod.org/the-european-guidelines-for-cannabis-social-clubs/>

5 Heute CannabisSelbsthilfenetzwerk (CSN)

6 <https://cannabisselbsthilfe.net/ueber-uns/>

7 <https://www.youtube.com/watch?v=urfbvAMlHYg>

Das Modell Anbauvereinigungen: Große Qualität zum kleinen Preis?

Für das neue Gesetz wurden die bisherigen Anforderungen an einen pharmazeutischen Hersteller/Großhändler für das Betäubungsmittel Cannabis sowie die Anforderungen hinsichtlich Prävention à la Glücksspielstaatsvertrag kombiniert und so ein völlig neues Rechtskonstrukt geschaffen.

Einerseits sind Anbauvereinigungen in der Regel Vereine, aber auch Genossenschaften wären möglich. Damit gibt es keine beschränkte, sondern die persönliche Haftung des Vorstandes. Andererseits tragen sie trotzdem eine Verantwortung, wie ein kleines phytopharmazeutisches Unternehmen. Gleichzeitig dürfen sie aber keine Gewinne erwirtschaften. Die Kerntätigkeiten Anbau und Weitergabe dürfen nur von Mitgliedern ausgeübt und nur ehrenamtlich oder maximal auf Basis von Minijobs vergütet werden. Jedes Gramm wird von der Ernte bis zur Weitergabe an das einzelne Mitglied lückenlos dokumentiert uvm.

Für die Mitglieder bedeutet der legale Zugang neben der finanziellen Beteiligung auch die Pflicht zur Mitarbeit. Interessant sind Anbauvereinigungen aktuell in erster Linie für Konsumenten, die sich mit dem nötigen Kleingeld so eine legale Versorgung aufbauen können, Cannabis-Enthusiasten, Pioniergeister oder Menschen, die andere Quellen der Versorgung nicht nutzen können oder wollen.

Die Genehmigung und Überwachung der Clubs erfolgt durch die vom jeweiligen Bundesland bestimmten Behörden. Bayern hat nicht nur mit der ersten Bußgeldverordnung für die neuen Ordnungswidrigkeiten bundesweit Standards gesetzt. Die bayerischen Behörden waren auch die ersten, die nach dem 01. Juli als Antragsstelle zur Verfügung standen, während in Berlin die Zuständigkeiten erst im späten Herbst geklärt werden konnten.

In Bayern ist die Oberste Gesundheitsbehörde zuständig, während im Cannabis-Bundesland Niedersachsen die Verantwortung bei der Landwirtschaftskammer liegt. Verstöße gegen die Regeln können zum Entzug der Erlaubnis führen, was in der Regel auch einem wirtschaftlichen Totalschaden gleichkommt. Das Regelwerk zeichnet sich auch dadurch aus, dass es praktisch nirgendwo „Kann“-Bestimmungen gibt, die den Behörden zumindest einen gewissen Ermessensspielraum bei der Anwendung lassen; den Clubs bleibt nur der langwierige Weg über den Klageweg.

Trotz der umfangreichen Regelungen ist nicht auszuschließen, dass Kriminelle versuchen werden, das Vehikel CAV für ihre Zwecke zu nutzen. Allerdings nicht, wie befürchtet, um von dort aus Cannabis in Umlauf zu bringen; die Gefahren bestehen eher in den Bereichen Geldwäsche oder betrügerischen und sittenwidrigen Mitgliedschafts- oder Betreiberkonzepten.

Ohne Anbauvereinigungen keine Legalisierungsdividende

Die öffentliche Empörung über den noch immer existierenden Schwarzmarkt im Herbst ist schlicht bizarr. Selbst mit einem flächendeckenden, kommerziellen Modell wie in Kanada brauchte es einige Jahre, bis der Großteil des Schwarzmarktes ersetzt wurde. Nur gegründete, genehmigte und funktionierende Anbauvereinigungen, können ihren Mitgliedern alle Vorteile einer regulierten Versorgung anstelle des Schwarzmarktes mit allen bekannten Risiken bieten.

Am Erfolg der CAV wird sich nicht nur zeigen, ob Deutschland nur eine weitgehende Entkriminalisierung oder tatsächlich der Einstieg in eine echte Teillegalisierung gelungen ist. Es besteht eine historische Chance für die Erprobung und Etablierung eines nicht-kommerziellen Modells im großen Maßstab. Die Ergebnisse werden die europäische und globale Cannabispolitik der Zukunft beeinflussen. Indikatoren für einen Erfolg des Modells könnten sein:

- a. in jedem Bundesland einige Clubs
- b. in einigen Gegenden für die lokale Situation relevante Cluster
- c. stabile Unterstützungsnetzwerke
- d. gute nachhaltige Clubmodelle.⁸

Zwischen der Schlussredaktion dieses Artikels und seiner Veröffentlichung wird es hoffentlich zu bedeutenden Entwicklungen im Bereich der CAV kommen. Für den Winter wird mit einer zweiten Welle an CAV Anträgen gerechnet, aufbauend auf den genehmigten Konzepten der Pioniere der Szene. Zwar wird die Deutschlandkarte noch große Lücken aufweisen, aber im Frühling 2025 könnte eine lokal bemerkbare Versorgung über die genehmigten Clubs beginnen.

Legalisierung muss gemacht werden

Es liegt im **gemeinsamen Interesse** von Anbauvereinigungsinitiativen, ihren Dienstleistern und Rechtsanwälten, aber auch der Drogenhilfe und den progressiven Kräften aus Politik und Verwaltung, dass dieses Modell ein Erfolg wird.

⁸ Für weitere Schritte ebenso relevant wird die Frage sein, ob die ersten Forschungsgenehmigungen über das KCanG für innovative Projekte rechtzeitig erteilt werden.

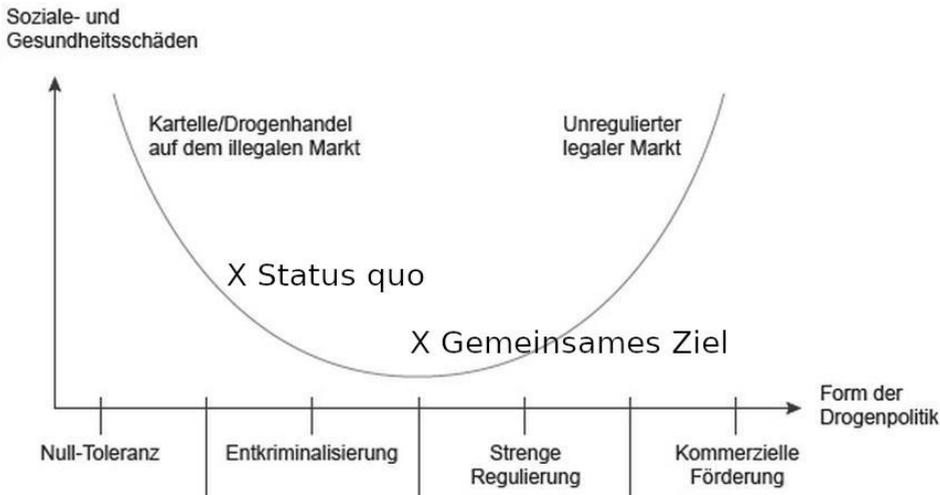


Abb. 1: Gemeinsames Ziel und Status quo.

In Dachorganisationen wie der Bundesarbeitsgemeinschaft Cannabis Anbauvereinigungen (BCAv) wird versucht, die Brücke zwischen sehr unterschiedlichen Welten zu schlagen, bspw. zwischen der Drogenhilfe und Cannabisclubs oder auch Unternehmern. Bei den Anbauvereinigungen und Unternehmen um sie herum handelt es sich auch nicht um „Big Cannabis“, mit weniger Kommerz kann es keine funktionierende Legalisierung geben.

In einer gezielten Zusammenarbeit zwischen **Drogenhilfe** und Clubs lassen sich fachliche Kompetenzen wirksamer gegenüber Behördenblockaden einsetzen. Die Zivilgesellschaft insgesamt sollte es sich nicht nehmen lassen, den gesetzlichen Rahmen der Säule 1 fachlich auszugestalten und hier nicht den Behörden die Deutungshoheit zu überlassen.

Es besteht Potential im Bereich der Ziele von **Harm Reduction**, die gemeinsam verfolgt werden können, z. B. bezüglich des Tabakbeikonsums.⁹ Drogenhilfe, Clubs und Firmen sollten gemeinsam dafür kämpfen, dass von den Behörden alle Spielräume genutzt werden, um Alternativen zur Anwendungsform „Rauchen“ zuzulassen.

Ein Vergleich zwischen Niedersachsen und Bayern oder Berlin zeigt, dass die Unterstützung auf der **Landesebene** sowie den **zuständigen Behörden** einen enormen Einfluss haben kann. Auf **kommunaler Ebene** hat die Stadt Frankfurt einmal mehr gezeigt, wie es geht und mit Informationsveranstaltungen das Thema proaktiv vorangetrieben; während im bayerischen Aschheim versucht wird, über die gezielte Platzierung eines Spielplatzes einen Club zu verhindern.¹⁰ Der künftigen Regierungskoali-

⁹ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/236906/Cannabisgebrauch-in-Deutschland>

¹⁰ <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/cannabis-club-aschheim-bayern-100.html>

tion auf Bundesebene ist – neben weiteren Legalisierungsbemühungen – zu empfehlen, alsbald das CanG von bürokratischen Ballast und unnötigen Regelungen zu befreien, sodass der Zweck des Gesetzes auch wirklich erreicht werden kann.

Damit CAV funktionieren können und konkurrenzfähig werden, sind insbesondere folgende Punkte relevant:

- Aufhebung des allgemeinen Verbotes für die Weiterverarbeitung von Cannabis, sondern die Möglichkeit der Erlaubnis für Privat oder Gemeinschaft.
- Zulassen geeigneterer Rechtsformen verbunden mit der Möglichkeit, für alle Rechtsformen auch Gemeinnützigkeit zu erhalten.
- Streichung von unnötigen ökonomischen Einschränkungen bei den Clubs.
- Vollzeitbeschäftigte beim Anbau und der Weitergabe.
- Klärung von rechtlichen Unschärfen und Lücken.

Die jährliche Inszenierung
der sogenannten Drogen-
toten – was hilft wirklich?



4

Opioidsubstitutionstherapie in Deutschland ausbauen und Mortalität senken

Nina Pritzens

Zusammenfassung

Wir verfügen mit der Opioidsubstitutionstherapie (OST) über sehr gute Therapiemaßnahmen. Zu Teilen wird OST als erfolgreichste Behandlungsform bei Menschen mit Opioidgebrauchsstörung gewertet. Es gelingt uns jedoch nur, knapp die Hälfte der Opioidgebraucher*innen mit OST zu erreichen. Dies ist vor dem Hintergrund zunehmend steigender Zahlen drogenbedingter Todesfälle, aus gesundheitspolitischer Perspektive nicht länger zu akzeptieren. Die Veränderungen im weltweiten Opioidmarkt und das Risiko der Ausbreitung synthetischer Opioiden in Deutschland sind Realität. Wie viele Menschen in Folge der drohenden Opioid Krise aufgrund ihrer Erkrankung in Deutschland versterben würden, hängt auch davon ab, wie wir uns als Gesellschaft vorbereiten und vulnerable Gruppen schützen. Ein gezielter Ausbau von Harm Reduction Maßnahmen wie Drogenkonsumräume, Take Home Naloxon, Drugchecking und Opioidsubstitutionstherapie (OST) ist daher alternativlos, wenn wir einen weiteren Anstieg drogenbedingter Todesfälle und das damit einhergehende Leiden vieler Familien verhindern wollen. Für den effektiven Ausbau der OST fehlen 53.000 zusätzliche Behandlungsplätze im Bundesgebiet. Diese Behandlungsplätze gilt es jetzt gezielt auf- und auszubauen, Barrieren im Zugang abzubauen – auch in der Behandlung mit Diamorphen.

Die Zeit zu handeln ist jetzt! Dass das fachliche Potenzial für den dringenden Ausbau der OST in unseren Behandlungssystemen vorhanden ist sowie ein erster Entwurf zur konkreten Umsetzung und welches Vorgehen notwendig ist, wird im Entwurf eines Projektplans verdeutlicht.

Stand der Substitutionsbehandlung

Die Wirksamkeit der OST mit dem Ziel, das Überleben der Betroffenen zu sichern und eine Verbesserung der individuellen Lebensqualität zu bewirken, ist wissenschaftlich belegt (u. a. PREMOS-Studie 2007-2011; Wittchen et al. 2011). In der OST kommt Sozialer Arbeit z. B. Psychosoziale Betreuung bei Substitution (PSB) besondere Relevanz in der Behandlung zu. Hierfür gibt es zahlreiche Best-Practice Konzepte, von denen wir profitieren könn(t)en (Deimel/ Stöver 2015; Deimel 2017).

PSB hat sich über die Jahre professionalisiert und sich zu einer modernen Teilhabeleistung gemäß §123 SGB IX entwickelt. Unter Einbeziehung der Patient*innen mit

Blick auf deren individuelle Ziele und Ressourcen, welche in der Behandlungs- und Teilhabeplanung zentrale Berücksichtigung finden.

In der Bundesrepublik weisen schätzungsweise 160.000 Menschen eine Opioidgebrauchsstörung auf (Kraus 2018). Die Zahl der Menschen, die Zugang zur Behandlung OST haben, stagniert seit 2020 mit nur 81.600 Menschen mit Opioidgebrauchsstörung (48 %). Gleichzeitig ist die Zahl der Behandler*innen rückläufig und wird sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels nicht ohne strategisches Gegensteuern aufhalten lassen (BfArM 2024).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist festzustellen, dass Deutschland unter Berücksichtigung eines ausdifferenzierten Gesundheitssystems, welches auch Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen umfassen sollte, mit einem Erfassungsgrad von nur 48 %, schlechter abschneidet als viele unserer europäischen Nachbar*innen. Frankreich erreicht z. B. mehr als 80 % der Opioidgebraucher*innen und ist damit auf Platz 1 in der EU (EUDA 2024). Deutschland nutzt das Potenzial nicht und geht notwendige Reformen nicht ausreichend konsequent an.

Handlungsbedarf

Die stetig steigende Zahl an drogenbedingten Todesfällen hat sich über die letzten 10 Jahre mehr als verdoppelt. Insbesondere seit 2018 hat der Zuwachs rasant zugenommen (BKA 2024).

Opioide spielen bei den Todesursachen eine wesentliche Rolle. Im Jahr 2022 war bei 60 % der Todesfälle mindestens ein Opioid beteiligt und war auch im Jahr 2023 die häufigste Todesursache (BKA 2024). Der internationale Heroinmarkt unterliegt aktuell erheblichen Veränderungen, die sich auch auf den hiesigen Opiatmarkt auswirken werden (EUDA 2024). Neue Vertriebswege via Internet, Messengerdienste und Social Media können die Verfügbarkeit erheblich erhöhen.

Der Bundesdrogenbeauftragte Burkhardt Blienert stellt fest: „Wir stehen vor ernststen Herausforderungen durch immer neue potentere Drogen und Mischkonsum. Hier ist gemeinsame Kraft von Bund, Ländern bis zu den Kommunen gefordert. (...) Wir wissen ja, was zu tun ist! Wir brauchen ganz konkrete Fortschritte bei der Prävention und soziale Hilfe vor Ort (...)“ (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen PM 29. Mai 2024). Die durchaus korrekte Einschätzung und berechtigte Forderung von Herrn Blienert findet scheinbar kaum Beachtung bei den politischen Verantwortlichen. Einen konkreten Plan und ein abgestimmtes Handeln von Bund und Ländern unter Beteiligung von Suchtmedizin und Drogenhilfe ist bislang nicht erkennbar.

Drogenbedingte Todesfälle verhindern

Welche Maßnahmen Staaten berücksichtigen müssen, um vulnerable Gruppen zu schützen, sind in der SO-PREP-Studie Schlüsselstrategien zum Umgang mit synthetischen Opioiden im Juni 2022 beschrieben worden. Dabei kommen sieben Schlüsselstrategien zum Tragen: Take-Home-Naloxon; Drugchecking; Drogenkonsumräume;

Frühwarnsysteme; Internet-Monitoring; E-Health und Opioid-Agonisten-Therapie (Substitution) (Abel-Ollo et al.).

Die Entwicklung der letzten Jahre hat bewiesen, dass der Ausbau der OST kein „Selbstläufer“ ist und dass Appelle allein kein Menschenleben retten. Vielmehr braucht es konkretes und zielgerichtetes Handeln der politischen Verantwortlichen, mit den für die gesundheitliche Versorgung beauftragten Institutionen.

Im föderalen System Deutschlands sind die Bundesländer für die gesundheitliche Versorgung ihrer Bürger*innen zuständig. Federführend sind hier die Landesgesundheitsministerien, in der Verantwortung der Minister*in oder Senator*in für Gesundheit. Der Bund muss jedoch sowohl in Anbetracht der Lage inhaltlich konzeptionell als auch monetär unterstützen.

Dabei gehört der Ausbau der OST in den Gesamtplan aller Maßnahmen zur Senkung drogenbedingter Todesfälle, Entlastung des öffentlichen Raums sowie zur Verbesserung der individuellen Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Opioidgebrauchsstörung einzubinden. Dabei kann die Kombination von mehreren Maßnahmen wie z. B. Drogenkonsumräume und OST sowie Take-Home-Naloxon und Drugchecking positive Synergieeffekte entwickeln.

Ausbau von Substitutionsbehandlung gezielt angehen und Potenziale nutzen

Der Zugang zur OST muss für Menschen mit Opioidgebrauchsstörung so leicht wie möglich gestaltet werden und sich an ihrer Lebenswelt orientieren. Die heterogene Zielgruppe mit unterschiedlichen Bedarfen, bedingt die Notwendigkeit eines differenzierten, vielfältigen Behandlungsangebots in unterschiedlichen Settings. Eine große Barriere stellt der Krankenversicherungsschutz als Voraussetzung für eine Behandlung dar.

Wir brauchen niedrigschwellige und flexible Zugänge zu OST, die auch mindestens zu Beginn der Behandlung unabhängig vom Krankenversicherungsschutz ermöglicht werden müssen. Zudem wünschen sich viele Menschen ein Behandlungssetting, das weniger auf Kontrolle und tägliche Besuche der Praxis zur reinen Substitutvergabe ausgerichtet ist und den Fokus verstärkt auf Akzeptanz und Integration legt. Das Versorgungssystem muss, um Behandlungsplätze in vielfältigen Settings zu ermöglichen, den Behandler*innen die Rahmenbedingungen bieten wie Entbürokratisierung der Prozesse sowie eine auskömmliche Finanzierung, welche eine auf die Ressourcen und Ziele der Patient*innen ausgerichtete Leistungserbringung möglich macht (Erbas 2024 S. 248).

Dabei sind niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Kliniken und Institutsambulanzen wie z. B. psychiatrische oder suchtmittelmedizinische Institutsambulanzen, Träger der Sucht- und Drogenhilfe, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie die Einbindung von Apotheken, mobiler Versorgung, oder der Ausbau substitions-gestützter Rehabilitation nicht in Konkurrenz zueinander zu betrachten oder zu setzen. Vielmehr bilden alle Anbieter*innen zusammen das vielseitige und potente Behandlungsnetzwerk, um den Ausbau realisieren zu können.

Neben der Implementierung neuer Angebote ist es unerlässlich, bisherige Behandlungsressourcen effektiver zu nutzen und die erfahrenen Anbieter*innen im Ausbau zu unterstützen. Über eine große fachliche Expertise hinaus können diese gut beschreiben, wo Lücken sind und wo es ihnen nicht gelungen ist, Menschen mit Opioidgebrauchsstörung in Behandlung zu halten und was es bräuchte, um dies nachhaltig zu ermöglichen. Die Kooperation von behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen, Drogen- und Suchthilfe und Apotheken bietet das Potenzial, mehr Behandlungsplätze zu generieren, ohne dass zwangsläufig die Belastungen in den Einrichtungen in gleichem Maße steigen. In Deutschland sind laut DHS 1.300 Beratungsstellen und mehrere Hundert PSB-Einrichtungen tätig (DHS 2024).

Die zeitintensive tägliche Vergabe könnte – sofern sie aus therapeutischen Gründen notwendig ist – zu teilen in der Arztpraxis und in der PSB-Einrichtung stattfinden. Dies ist mit der BtmVV vereinbar, sofern einige Voraussetzungen erfüllt sind. Die Anpassung der Vergütungsstrukturen für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, die Substitution anbieten und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechter Finanzierung der PSB, sodass die Anbieter*innen die notwendigen Anpassungen mittragen können, scheinen dabei die größten Herausforderungen zu sein. Ergänzend können bis zu 17.000 Apotheken in Deutschland zur Stabilität des Ausbaus und insbesondere eine wohnortnahe Patient*innenversorgung befördern.

Insbesondere die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) verfügen über die zur Durchführung der OST notwendige Fachexpertise und sind über die regionale Pflichtversorgung bereits Bestandteile des vernetzten Behandlungssystems. Ein weiterer Vorteil mit Blick auf die Nachwuchsförderung ist, dass Studierende der Medizin frühzeitig mit OST in Berührung kommen.

Die etablierten Träger des Drogen- und Suchthilfesystems können die Versorgung durch OST ergänzen oder bei fehlendem Krankenversicherungsschutz der Betroffenen ein „Sprungbrett“ in die OST darstellen. Für einen niedrighschwelligigen Zugang zur OST bieten Einrichtungen wie Kontaktstellen mit integriertem Drogenkonsumraum großes Potenzial für die Versorgung.

Im Bundesgebiet sind ca. 400 Gesundheitsämter tätig. Die notwendige Fachexpertise zur Substitution kann mittelfristig entwickelt werden, wenn sie nicht bereits vorhanden ist. Die Gesundheitsämter sind aufgrund der regionalen Zuständigkeit bereits in Netzwerkstrukturen zum Drogen- und Suchthilfesystem eingebunden.

Best Practice Beispiel für interdisziplinäre Vernetzung und fachlichen Austausch unter Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in Deutschland ist die „Zukunftinitiative Substitution“. Die Initiative setzt sich dafür ein, den Zugang zu Substitutionsbehandlungen zu erleichtern und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Insbesondere die Implementierungshilfen „Schnellstart Substitution“ für verschiedene Institutionen und Berufsgruppen sind eine wertvolle Arbeitshilfe für den Einstieg potentieller Behandler*innen (CORE 2024). Zudem werden Netzwerke zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gefördert, um eine bessere Zusammenarbeit und Unterstützung für Betroffene zu gewährleisten.

Maßnahmen zum Ausbau der OST

Für eine effektive Umsetzung der OST bedarf es einer strategischen Vorgehensweise sowie einer zielgerichteten Projektplanung. Ziele müssen SMART (Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert) gestaltet sein (BMI 2024).

„Innerhalb von 4 Jahren soll die Erreichungsquote der heroinsüchtigen Menschen, die an der Opioidsubstitutionstherapie teilnehmen, im Bundesgebiet unter Beteiligung aller Bundesländer von 48% auf 80% erhöht werden, indem wir nieder- gelassene Ärzt*innen, psychiatrische Fachkliniken und Drogenhilfeeinrichtungen, Apotheken sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst aktiv einbeziehen und Schulungsprogramme und Informationskampagnen implementieren.“

- **Spezifisch:** Die Erreichungsquote der heroinsüchtigen Menschen, die an OST teilnehmen, soll von derzeit 48 % auf 80 % erhöht werden.
- **Messbar:** Die Erreichungsquote wird durch die Anzahl der in der Therapie aktiven Patienten*innen im Verhältnis zur geschätzten Anzahl der heroinsüchtigen Menschen in der Zielgruppe gemessen.
- **Attraktiv:** Dieses Ziel ist attraktiv, da eine höhere Erreichungsquote zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führt und die öffentliche Gesundheit fördert.
- **Realistisch:** Das Ziel ist realistisch, da es durch gezielte Maßnahmen wie die Einbeziehung verschiedener Akteur*innen sowie durch Schulungsprogramme und Informationskampagnen erreicht werden kann.
- **Terminiert:** Das Ziel soll innerhalb von vier Jahren erreicht werden, beginnend ab dem Startdatum des Projekts.
- Die Faktoren, welche für eine erfolgreiche Umsetzung ebenfalls Berücksichtigung finden sollten, kann mit Hilfe der SWOT-Analyse (BMI 2024) erhoben werden. SWOT steht für Stärken (*Strengths*), Schwächen (*Weaknesses*), Chancen (*Opportunities*) und Risiken (*Threats*) und ist ein Instrument der strategischen Planung.

Stärken (Strengths)

1. **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Die Einbindung verschiedener Anbieter*innen ermöglicht eine umfassende Betreuung und Behandlung sowie einen strukturell starken Ansatz.
2. **Erfahrungen aus bestehenden Programmen:** Vorhandene Strukturen und Programme können als Grundlage dienen und weiterentwickelt werden.
3. **Steigende Akzeptanz:** Die gesellschaftliche Akzeptanz von Substitutionstherapien hat in den letzten Jahren zugenommen.
4. **Fachliche Expertise:** Alle Anbieter*innen bringen spezifisches Wissen und Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Opioidgebrauchsstörung mit oder können die Fachexpertise grundlegend erlangen.

Schwächen (Weaknesses)

1. **Ressourcenmangel:** Mangel an finanziellen Mitteln und Personal kann die Umsetzung und Qualität der Therapie beeinträchtigen.
2. **Unzureichende Schulung:** Nicht alle zu beteiligenden Anbieter*innen sind ausreichend über die Möglichkeiten der Opioidsubstitutionstherapie geschult oder informiert.
3. **Stigmatisierung:** Patient*innen könnten aufgrund von Vorurteilen gegenüber drogenabhängigen Menschen Schwierigkeiten haben, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
4. **Fragmentierung des Systems:** Unterschiedliche Ansätze und Standards zwischen den Anbieter*innen können zu Inkonsistenzen in der Behandlung führen.

Chancen (Opportunities)

1. **Politische Unterstützung:** Zunehmendes Bewusstsein für die Prävention drogenbedingter Todesfälle oder die Opioidkrise könnten zu politischen Maßnahmen und Förderungen führen.
2. **Innovative Therapiekonzepte:** Entwicklung neuer Therapieansätze und -methoden zur Verbesserung der Behandlungsqualität, Erhöhung der Inanspruchnahme und erhöhte Compliance.
3. **Präventionsmaßnahmen:** Möglichkeit zur Implementierung von Präventionsprogrammen zur Vermeidung von Opioid bedingten Todesfällen.
4. **Technologische Fortschritte:** Nutzung digitaler Gesundheitslösungen zur Verbesserung des Zugangs zu Therapien.

Risiken (Threats)

1. **Gesetzliche Rahmenbedingungen:** Strenge Regulierungen und bürokratische Hürden könnten den Zugang zur Therapie erschweren oder die Flexibilität einschränken.
 2. **Gesundheitspolitische Veränderungen:** Änderungen im Gesundheitssystem könnten sich negativ auf die Finanzierung und Versorgung auswirken.
 3. **Stigmatisierung von Patient*innen:** Negative gesellschaftliche Wahrnehmung von drogenabhängigen Menschen könnte den Ausbau der OST hemmen.
 4. **Ressourcenknappheit und finanzielle Unsicherheiten:** Fachkliniken, Ärzte bzw. Ärztinnen, Drogenhilfen könnten personelle oder finanzielle Ressourcen fehlen und die Bereitschaft zur Teilnahme an Programmen verringern.
- **Kooperationsprobleme zwischen Anbieter*innen:** Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen, Drogenhilfe, Fachkliniken und dem öffentlichen Gesundheitsdienst könnten den Erfolg des Programms gefährden.

Projektplan- Projektinitiierung zur Umsetzung

Projektteam bilden:

- Das Team sollte sich zusammensetzen aus Vertreter*innen der Stadtverwaltung, Gesundheitsbehörden, psychiatrischen Fachkliniken insbesondere PIA, niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen, Drogenhilfeeinrichtungen und Apotheken.
- Entscheidungsträger*innen der Institutionen einbinden und Verantwortlichkeiten festlegen.
- Betroffene und Angehörige frühzeitig einbinden.

Bedarfsanalyse:

- Erhebung der aktuellen Behandlungsplätze und Identifizierung von Lücken.
- Umfragen und Interviews mit Betroffenen, Fachleuten und Institutionen durchführen.

Stakeholder-Engagement:

- Organisation von Workshops und Informationsveranstaltungen für alle beteiligten Akteur*innen.
- Ziel: Sensibilisierung für die Thematik und Förderung der Zusammenarbeit.

Regelmäßige Treffen:

- Etablierung eines regelmäßigen Austauschs zwischen den Akteur*innen (z. B. monatliche Treffen).
- Diskussion von Fortschritten, Herausforderungen und Lösungen.

Entwicklung integratives Gesamtkonzept:

- Entwicklung eines umfassenden Konzepts, das alle Bereiche (Medizin, Soziale Arbeit etc.) und die zur Umsetzung notwendigen Aspekte berücksichtigt.
- Einbeziehung aller Akteur*innen in die Planung.
- Planung der auf die Anbieter*innen/Angebote angepassten Einzelmaßnahmen.

Schulungsprogramme:

- Fortbildungsangebote zur OST für Fachkräfte der Drogenhilfe und psychiatrischen Kliniken, Apotheken.

Infrastruktur und Ressourcen:

- Identifizierung geeigneter Standorte für neue Behandlungsplätze (z. B. Berücksichtigung der Erreichbarkeit für Betroffene).
- Maßnahmen für Anwohner*innen, Gewerbetreibende (z. B. Informationsmaterialien und Veranstaltungen, verbindliche Ansprechpartner*innen benennen).

Öffentlichkeitsarbeit:

- Informationskampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedeutung der OST. Aufklärung über die Vorteile der Therapie für Betroffene und die Gesellschaft.

Finanzierung:

- Erarbeitung eines Finanzierungsplans (z. B. durch öffentliche Mittel, Förderprogramme, private Investor*innen).
- Beantragung von Fördergeldern bei relevanten Institutionen bzw. die Bereitstellung von Geldern.

Fazit

Das Potenzial der Opioidsubstitutionstherapie (OST) wird in Bezug auf Senkung der Mortalität bislang nur unzureichend in Deutschland genutzt. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Zahlen drogenbedingter Todesfälle und den Veränderungen auf dem Drogenmarkt, welche hohe gesundheitliche Risiken für Menschen mit Opioidgebrauchsstörung mit sich bringen, besteht ein großer, exponentiell steigender Handlungsbedarf für Bund und Länder zum Schutz vulnerabler Gruppen.

Der Ausbau der OST muss zielgerichtet und konsequent angegangen werden, um 80 % der Menschen mit Behandlungsbedarf zu erreichen. Die Infrastruktur muss zügig dahingehend ausgebaut werden, dass OST flächendeckend durch PIAs, Drogenhilfe, niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, ÖGD und Apotheken erbracht werden kann.

Insbesondere muss die Integration von verschiedenen Leistungen wie z. B. Drogenkonsum und OST, Suchtmedizin mit Tagesaufenthalt in Modellprojekten entwickelt und erprobt werden. Mindestens an dieser Stelle ist der Bund gefragt, Länder und Kommunen zu unterstützen.

Zur Umsetzung aller Maßnahmen, welche zum Ausbau der OST ergriffen werden, sind in den Ländern zeitnah die Planungen aufzunehmen. Anbieter*innen aus Suchtmedizin und Suchthilfe sowie Betroffene und Angehörige müssen frühzeitig einbezogen werden.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

30 Jahre Drogenkonsumräume in Deutschland – ein Frankfurter Plädoyer für den bundesweiten Ausbau!

Gabi Becker, Achim Teipelke

Im Jahr 2024 feiern wir in Frankfurt das 30-jährige Jubiläum der Drogenkonsumräume (DKR) – ein Anlass, der uns mit Stolz erfüllt. Die Konsumräume sind ein zentraler Baustein der akzeptierenden und niedrighschwelligigen Drogenhilfe. Sie dienen der Schadensminimierung (Harm Reduction) und haben eindrucksvoll bewiesen, dass sie Leben retten und das Überleben von Drogenabhängigen sichern – nicht nur theoretisch, sondern auch durch empirische Daten belegt.

Die AIDS-Hilfe Frankfurt und die Integrative Drogenhilfe (IDH) zählen zu den Pionieren der niedrighschwelligigen und akzeptierenden Drogenhilfe in Deutschland. Auf diesem fruchtbaren Boden konnten schließlich auch die Konsumräume entstehen. Und das in ganz eindrucklicher Weise. Der erste legale Konsumraum in Deutschland öffnete am 02. Dezember 1994 im Drogenhilfezentrum „Eastside“ der IDH in der Schielestraße seine Türen. Heute gibt es stadtweit vier Konsumräume. Ermöglicht wurde dies durch eine breit aufgestellte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung, Polizei, Staatsanwaltschaft und vielen anderen mehr und letztlich durch ein im Mai 1994 erstelltes Gutachten von Oberstaatsanwalt Hans Harald Körner, Leiter der Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB). Dieses Gutachten legte den Grundstein für die Zulässigkeit von Gesundheitsräumen. Auf dieser Grundlage beschloss der Magistrat unter Oberbürgermeister Andreas von Schoeler und Gesundheitsdezernentin Margarethe Nimsch, die Einrichtung von Konsumräumen in Frankfurt.

Dieser Schritt erforderte Mut – von allen Beteiligten. In Frankfurt wurde dies durch die sogenannte Montagsrunde ermöglicht, einem von der Stadt einberufenen Gremium. Unter Leitung des neu gegründeten Drogenreferats nahmen dort Vertreter*innen der Staatsanwaltschaft, Polizei, Ordnungsbehörde, Gesundheitsamt, weitere städtische Ämter sowie die Träger der Drogenhilfe teil. Diese Montagsrunde gilt als Nukleus des „Frankfurter Weges“, der einen grundlegenden Wandel im Umgang mit Drogenabhängigen einleitete.

Es wurde deutlich, dass der „War on Drugs“, der auf Repression und Stigmatisierung setzte, keine befriedigenden Lösungen bot. Die Folgen dieser Strategie waren Elend, ausgemergelte Gestalten und Tod auf den Straßen. Mit der Einführung von Konsumräumen – sowohl für den Druck- als auch den Rauchkonsum – konnte die Überlebensrate der Drogenabhängigen entscheidend verbessert werden. Es geht nicht darum, durch die Konsumräume die Sucht zu beenden oder Anreize für neue Konsument*innen zu schaffen. Vielmehr verschaffen sie den Nutzer*innen mehr Lebenszeit

und eröffnen durch den Kontakt mit Sozialarbeiter*innen vor Ort Möglichkeiten für weiterführende Hilfsangebote. Häufig wird behauptet, dass Konsumräume den Konsum attraktiver machen oder zu mehr Konsument*innen führen, was nachweislich nicht der Fall ist. Konsumräume sind Überlebenshilfe!

Diese Räume müssen jedoch Teil eines umfassenden Hilfesystems sein, das Prävention, Beratung, Begleitung, Wohnen und Rehabilitation umfasst. Noch gibt es hier Lücken im System, die sowohl für die Drogenhilfe als auch für die kommunalen Behörden große Herausforderungen darstellen.

Die Ziele der Konsumräume lassen sich klar zusammenfassen:

- Überleben sichern
- Infektionsrisiken senken
- Gesundheit stabilisieren
- Beziehungen zu den Nutzer*innen aufbauen
- Veränderungen ermöglichen
- In weiterführende Hilfsangebote vermitteln
- Den öffentlichen Raum entlasten.

Aktuell gibt es in den vier Frankfurter Konsumräumen 35 Plätze für intravenösen Konsum und 17 inhalative Plätze (Stand: Oktober 2024 – eine Erweiterung der Rauchplätze ist in Planung). Die Öffnungszeiten decken täglich den Zeitraum von 06:00 Uhr bis 23:00 Uhr ab.

Die Konsumräume werden jährlich von ca. 3.500 verschiedenen Personen genutzt, davon sind 84 % Männer und 16 % Frauen. Das Durchschnittsalter liegt mittlerweile bei 41 Jahren, 2003 lag es noch bei 33,3 Jahren. Pro Tag verzeichnen wir rund 450 Konsumvorgänge, es werden täglich 3.000 Spritzen und Nadeln getauscht sowie jährlich ca. 1.500 Crackpfeifen ausgegeben.

78 % der Nutzer*innen konsumieren in den DKR täglich mindestens eine psychoaktive Substanz. 44 % der Nutzer*innen kommen aus Frankfurt, 27 % aus Hessen und 29 % aus anderen Bundesländern oder dem Ausland. Der Anteil der Nutzer*innen, die in prekären Wohnverhältnissen leben, stieg von 13 % im Jahr 2003 auf 32 % im Jahr 2022.

Wir haben die Zahlen für Frankfurt für den Zeitraum 2000 bis 2023 mal zusammengefasst:

- Insgesamt fanden in diesen 24 Jahren ca. 4,25 Millionen Konsumvorgänge in den vier Konsumräumen statt.
- Die Mitarbeiter*innen leisteten in ca. 1.500 Fällen Erste Hilfe bei Überdosierungen im öffentlichen Raum.
- 8.609 Notfälle wurden von den Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen versorgt und seit dem Jahr 2020, mit Beginn der Corona-Pandemie wurde in den Einrichtungen 86 Mal Naloxon durch die Mitarbeitenden zum Einsatz gebracht.

Seit der Einführung der Konsumräume gab es in Frankfurt keinen einzigen Drogentoten in diesen Einrichtungen. Während 1991 noch 141 Drogentote verzeichnet wurden, lag die Zahl in den letzten Jahren dank der Konsumräume konstant zwischen 25 und 30. Bundesweit sieht die Situation jedoch düsterer aus: Die Zahl der Drogentoten stieg von 944 im Jahr 2012 auf zuletzt 2.227.

Trotz der nachweislichen Erfolge gibt es in weiten Teilen der Republik noch keine vergleichbaren Angebote. In nur 8 der 16 Bundesländer existieren Konsumräume und selbst im Pionierland Hessen gibt es außerhalb Frankfurts keine weiteren Einrichtungen.

Aktuell leisten die 32 Drogenkonsumräume in Deutschland Beeindruckendes: Sie sind und bleiben für viele Abhängige ein niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem. Drogenkonsumräume ermöglichen vielen Menschen einen Konsum unter hygienischen Umständen, der das Risiko einer HIV- oder Hepatitis-Infektion drastisch reduziert. Das schnelle Eingreifen von Mitarbeiter*innen bei Drogennotfällen sichert das Überleben von vielen tausend Drogengebrauchenden. Drogenkonsumräume entlasten die Öffentlichkeit vom offenen Konsumgeschehen.

Es ist erschreckend, dass die positiven Erfahrungen aus Frankfurt (und natürlich auch aus den anderen bestehenden Drogenkonsumräumen) nicht bundesweit umgesetzt werden. Dieses Versäumnis kommt einer gesundheitspolitischen Unterlassung gleich. Es ist an der Zeit, drogenabhängige Menschen nicht länger als Kriminelle zu sehen, sondern als Menschen mit einer Erkrankung, die umfassender Hilfe bedarf.

Als Fazit kommt uns der Verdacht, dass diese Form der Ignoranz oder Untätigkeit auf diesem erfolgreichen Interventionsfeld der Sekundärprävention als ein „gesundheitspolitisches Versagen in Form unterlassener Hilfeleistung“ gewertet werden muss!

Es scheint, als seien alte Stereotype weiterhin wirksam: Drogengebrauchende und Schwerstabhängige werden als selbstverantwortlich für ihre Situation betrachtet und verdienen – dieser Logik folgend – keine weitergehenden Hilfen jenseits der traditionell abstinenzorientierten Angebote. Man will sie nicht sehen und vermeidet es, Angebote zu schaffen, die als suchtakzeptierend, -begleitend oder -erhaltend gelten könnten – aus Angst vor Szeneansammlungen in den eigenen Kommunen.

Dieser Text ist daher auch eine öffentliche Anklage. Alle unsere Daten und Erfahrungen belegen eindeutig, dass Konsumräume wirksam sind und drogenabhängigen Menschen unmittelbare Hilfe und Zeit für Veränderungen bieten. Angesichts dieser Fakten ist die zögerliche oder gar ignorante Haltung gegenüber der Einrichtung von Konsumräumen für uns unverständlich.

Ein Blick über die Grenzen der Republik hinaus zeigt ein klares Bild: Drogenkonsumräume (DKR) sind inzwischen eine international anerkannte Maßnahme zur Reduzierung von Drogentodesfällen. Ihre Existenz hat die nationale und internationale Drogenpolitik in den letzten 30 Jahren nachhaltig beeinflusst. Der internationale Suchtstoffkontrollrat akzeptiert DKR heute als integralen Bestandteil eines umfassenden Angebots in der Drogenhilfe. Auch die World Health Organization (WHO) und das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) zählen Drogenkonsumräume zu den zentralen Maßnahmen, um Todesfälle und Infektionen zu verhindern.

International hat sich die Akzeptanz von Drogenkonsumräumen längst durchgesetzt. So sind sie bspw. in 12 europäischen Ländern (Schweiz, Deutschland, Nieder-

lande, Spanien, Norwegen, Luxemburg, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Portugal, Irland, Belgien) etabliert und werden von der WHO sowie der EMCDDA als zentrale Maßnahmen zur Reduzierung von Drogentodesfällen anerkannt. Neben dem bundesweiten Ausbau von Drogenkonsumräumen fordern wir zur weiteren Erhöhung der Wirksamkeit der Maßnahmen:

- Die Entkriminalisierung von Drogengebrauchenden sowie Maßnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung.
- Eine adäquate medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung drogengebrauchender Menschen.
- Pflegeeinrichtungen für schwerstkranke und pflegebedürftige Drogenkonsument*innen, da traditionelle Pflegeeinrichtungen nicht auf die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtet sind.
- Programme zur Originalstoffvergabe (z. B. Diamorphin oder Kokain), um eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung zu ermöglichen.
- Die Etablierung von Drug-Checking – auch in Drogenkonsumräumen, um Konsument*innen vor verunreinigten Substanzen zu schützen.
- Einen flächendeckenden Zugang zu Naloxon, um die tödlichen Folgen von Überdosierungen zu verhindern.
- Schulungen zu Safer-Use und Erste Hilfe.
- Den Ausbau spezieller Angebote für Crack- und Methamphetaminkonsument*innen.
- Eine gesicherte und verlässliche Finanzierung der Drogenhilfeangebote.
- Ein Monitoring der öffentlichen Gesundheit, um präzise Hilfsangebote zur Prävention von Drogentodesfällen zu entwickeln.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Take-Home-Naloxon: Das bräuchte es in Deutschland

Simon Fleißner, Heino Stöver, Dirk Schäffer, Maria Kuban

Wo stehen wir?

Take-Home-Naloxon ist eine wirksame Maßnahme, um opioidbedingte Todesfälle zu verhindern (McDonald and Strang, 2016). Mit Take-Home-Naloxon erhalten Opioidkonsumierende Drogenotfalltrainings und im Anschluss das Naloxon-Nasenspray. Mit diesem Nasenspray besitzen diese einen Opioidantagonisten, welcher in wenigen Minuten die (potenziell) tödliche Wirkung von Opioiden aufhebt. Es kann nach einer Naloxongabe zu (leichten) Entzugserscheinungen kommen. Ansonsten hat Naloxon kein Missbrauchspotential, führt nicht zu mehr Konsum und ist kosteneffektiv (Coffin and Sullivan, 2013; Tse et al., 2022; Wodarz et al., 2019). Das Naloxon-Nasenspray ist auch durch Laien einfach und sicher anzuwenden. Die geschulten Drogenkonsumierenden, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben bei einer Überdosierung anwesend zu sein (Kinoshita et al., 2024), haben dann die Möglichkeit im Falle einer Opioidüberdosierung das lebensrettende Naloxon-Nasenspray zu verabreichen.

Take-Home-Naloxon ist in Ländern wie den USA, Kanada, Norwegen oder UK bereits als etablierte und wirksame schadensmindernde Maßnahme anerkannt und umgesetzt (Strang et al., 2019). Dagegen bleibt Take-Home-Naloxon in Deutschland bisher deutlich hinter seinem Potential zurück. Bereits 1998 wurde in Deutschland in Berlin eines der weltweit ersten Take-Home-Naloxon-Projekte erfolgreich durchgeführt (Dettmer et al., 2001). Erst viele Jahre später haben dann andere Einrichtungen selbst ähnliche Projekte ins Leben gerufen. Bis auf Saarland (2017) und Bayern (2018), waren diese Projekte lokal eng begrenzt und mit einer eher geringen Reichweite (Fleißner et al., 2023).

In diesem Jahr ging das dreijährige durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Bundesmodellprojekt NALtrain zu Ende. Gerade das bayerische Modellprojekt BayTHN und NALtrain haben nochmals verdeutlicht, dass Take-Home-Naloxon in Deutschland, insbesondere auch mit dem Naloxon-Nasenspray, umsetzbar ist (Wodarz Von Essen et al., 2022; Wodarz-von Essen et al., 2023).

Wo müssen wir hin?

Die Zahl der Drogentodesfälle hat im Jahr 2023 einen neuen traurigen Höhepunkt erreicht. Wie in den vergangenen Jahren stehen ca. 60% der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden (Neumeier et al., in prep.). Take-Home-Naloxon könnte also ein entscheidender Beitrag sein, damit weniger Menschen im Zusammenhang

mit dem Konsum von Opioiden sterben müssen. Aber wie viel Take-Home-Naloxon bräuchte es eigentlich? Die Modellrechnung von Coffin und Sullivan rechnet damit, dass 30% der Opioidkonsument:innen geschult werden und Take-Home-Naloxon erhalten (Coffin and Sullivan, 2013). Bei geschätzten 166.000 Opioidabhängigen in Deutschland (Kraus et al., 2019) müssten demnach fast 50.000 Konsumierende mit Take-Home-Naloxon erreicht werden. Bisher sind in den vergangenen fünf Jahren, mit regional großen Unterschieden, deutschlandweit vermutlich nicht einmal 3.000 Opioidgebraucher:innen mit Take-Home-Naloxon ausgestattet worden. Doch was verhindert eigentlich eine breitere Etablierung von Take-Home-Naloxon?

Was müsste sich verändern?

Da Naloxon in Deutschland verschreibungspflichtig ist, braucht es immer einen Arzt oder eine Ärztin für die Verschreibung. Ohne ein Rezept ist es nicht möglich Naloxon zu erhalten. Es erfordert, insbesondere im niedrigschwelligen Bereich, einen hohen organisatorischen Aufwand die Drogennotfallschulung und die Vergabe des Naloxon-Nasensprays zu verbinden. Darüber hinaus können Angehörige und Freunde von Konsumierenden nicht selbst in den Besitz des lebensrettenden Medikaments kommen. Die Verschreibungspflicht ist damit eine der entscheidenden Hürden für eine weitere Verbreitung von Take-Home-Naloxon. In Kanada ist Naloxon bereits freiverkäuflich in Apotheken erhältlich. In Dänemark und Norwegen dürfen entsprechende Einrichtungen Naloxon ohne Rezept abgeben. Beides trägt erheblich zu einer weiteren Verbreitung von Take-Home-Naloxon bei. Naloxon sollte in Deutschland also frei verkäuflich sein, gleichzeitig aber weiterhin erstattungsfähig bleiben. Die obligatorische Kooperation mit Ärzt:innen wäre dann für Take-Home-Naloxon nicht mehr zwingend notwendig.

Das zweite, eng damit zusammenhängende, Hindernis ist die geringe Bereitschaft von Ärzten und Ärztinnen Naloxon zu verschreiben. Zum einen ist in manchen Städten die Umsetzung von Take-Home-Naloxon nicht möglich, da sich kein Arzt bzw. keine Ärztin für eine Verschreibung findet und zum anderen wären gerade über die Substitutionsbehandlung Opioidkonsumierende gut zu erreichen. Dabei ist hervorzuheben, dass das Naloxon-Nasenspray zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verschrieben werden kann und damit eine Finanzierung des Medikaments an sich bereits gegeben wäre. Während zum einen die Aufhebung der Verschreibungspflicht den Zugang unmittelbarer und niedrigschwelliger gestalten würde, könnten zum anderen durch eine aktive Mitwirkung der Ärzteschaft den über 81.000 Patient:innen in Substitutionsbehandlungen (Kraus et al., 2019) vergleichsweise einfach das Naloxon-Nasenspray verschrieben werden. Take-Home-Naloxon also zum Standard in der Behandlung von Opioidabhängigkeit zu machen, auch in der stationären Therapie und im Justizvollzug, könnte das Ziel 50.000 Konsumierende zu erreichen, realistisch machen.

Diese beiden Faktoren, Verschreibungspflicht und aktive Mitwirkung der Ärzteschaft, sind zentrale Stellschrauben, die auch ohne die Förderung von langfristigen Finanzierungen bereits entscheidend sein könnten. Hier ist das Bundesministerium

für Gesundheit (BMG) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), genauso wie die Bundesärztekammer (BÄK) und die medizinischen Dachgesellschaften wie die Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) sowie die DG Sucht und andere Fachverbände gefordert.

Darüber hinaus zeigt die Finanzierung von Take-Home-Naloxon-Schulungen in Bayern, dass eine finanzielle Förderung von Take-Home-Naloxon die Einrichtungen befähigt, langfristig und in größerem Umfang Notfalltrainings und Naloxon-Vergabe anzubieten. Eine vergleichbare Förderung auf der Ebene der Länder sollte von den Gesundheitsministerien umgesetzt werden. In einigen Städten sind auch die Kommunen in die Lücke gesprungen und haben eigenständig die Umsetzung von Take-Home-Naloxon vor Ort finanziert.

Die Beispiele in Norwegen und Kanada zeigen, wie auch Take Home Naloxon Programme von staatlicher Seite gefördert werden können (Ericson et al., 2022; Moustaqim-Barrette et al., 2019). Hierzu müsste von Seiten des Bundes oder der Länder ein Fördertopf zum Bezug von Naloxon Nasensprays zur Verfügung gestellt werden. Dies würde nicht die Verschreibungspflicht ersetzen, aber stellt eine Förderung des Bezugs der Medikamente sowie der Einrichtungen, die sich dem Thema Take Home Naloxon verpflichtet fühlen, dar. Hierdurch könnte die Anzahl der Menschen, die mit Take Home Naloxon ausgestattet werden deutlich erhöht werden. Derzeit gibt es mit Ausnahme von Bayern, Saarland und Rheinland-Pfalz diese Förderformen nicht.

Insgesamt sollte Take-Home-Naloxon in allen Bereichen, in denen mit Menschen gearbeitet wird, die Opiode konsumieren, zum Standard werden. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe ist kein Selbstläufer und die Ansprache und Schulung durch die verschiedenen Arbeitsbereiche wie stationäre Kliniken, niedrighschwellige Einrichtungen, Betreutes Wohnen, Substitutionsbehandlung, Beratungsstellen, Justizvollzugsanstalten und Maßregelvollzug ist essenziell, damit möglichst viele Opioidkonsumierende Take-Home-Naloxon erhalten.

Take-Home-Naloxon und synthetische Opiode

Sollten in Deutschland in den nächsten Jahren tatsächlich synthetische Opiode vermehrt verfügbar sein oder als Beimengungen in anderen Substanzen auftreten, könnte Take-Home-Naloxon eine besonders wichtige Maßnahme sein, Todesfälle zu verhindern. Die niedrighschwellige und unmittelbare Verfügbarkeit von Naloxon würde auch dabei eine entscheidende Rolle spielen. Darüber hinaus wäre die Ausstattung und Schulung von Sozialarbeitenden, Polizei und Feuerwehr eine weitere sinnvolle Ergänzung, da vermehrt mit opioidbedingten Überdosierungen zu rechnen wäre.

Alle oben beschriebenen Veränderungen sind also nicht nur in der aktuellen Situation lebensrettend, sondern dienen gleichzeitig der Vorbereitung, sollten synthetische Opiode vermehrt in Deutschland auftreten. Die Rahmenbedingungen zu verändern und Naloxon einfach verfügbar zu machen, sollte der nächste Schritt sein.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Fakten & Zahlen: Drogenkonsumräume in Deutschland 2023

Heiko Bergmann, Esther Neumeier, Maria Kuban, Dirk Schäffer

Hintergrund. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland insgesamt 32 Drogenkonsumräume (DKR) mit insgesamt 347 Konsumplätzen zumindest zeitweise betrieben. Erstmals seit dem Jahr 2017 wurden Kennzahlen zu ihrer Arbeit im Jahr 2023 erhoben. 29 der 32 DKR beteiligten sich an der Erhebung, die in Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Aidshilfe e.V. und der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) durchgeführt wurde.

Öffnungszeiten. Nahezu alle teilnehmenden DKR hatten regulär montags bis freitags geöffnet, etwas mehr als zwei Drittel auch samstags und gut die Hälfte zudem sonntags. Die durchschnittliche Öffnungszeit betrug 47 Stunden pro Woche.

Nutzende, Konsumvorgänge und Notfälle. Insgesamt zählten die 29 teilnehmenden DKR im Jahr 2023 etwa 18.500 unterschiedliche Nutzer*innen. Sie registrierten etwa 650.000 Konsumvorgänge. Hierbei gab es 650 Notfälle, bei denen Hilfe geleistet wurde. Diese war erfolgreich: 2023 wurde kein Todesfall unter Nutzung eines DKR verzeichnet.

Konsumierte Substanzen. Etwas mehr als die Hälfte aller Konsumvorgänge entfiel auf Opioide, wobei Heroin den weitaus größten Anteil ausmachte. Crack wies einen Anteil von ca. 19 % aller Konsumvorgänge in den DKR auf und Kokain einen Anteil von etwa 14 %. Ein Cocktail aus Kokain/Crack und Opioiden wurde in etwa 9 % der Vorgänge registriert. Der Konsum von Amphetaminen, Benzodiazepinen sowie weiterer Substanzen oder Substanzkombinationen spielte eine untergeordnete Rolle.

Konsumplätze und Applikationsformen. Die 29 teilnehmenden DKR verfügten über insgesamt 302 Konsumplätze (die drei nicht-teilnehmenden DKR über weitere 45). Der inhalative Konsum war mit ca. 60 % der Konsumvorgänge die häufigste Form, gefolgt von intravenösem Konsum mit 35 %. Etwa 3 % entfielen auf nasalen Konsum. Dieses Muster spiegelte sich näherungsweise bei den zur Verfügung gestellten 302 Konsumplätzen der DKR wider: Rund 40 % der Plätze waren im Jahr 2023 ausschließlich für den inhalativen Konsum vorgesehen, etwas mehr als 30 % ausschließlich für den intravenösen (i. v.) Konsum und knapp 30 % waren flexibel nutzbare Konsumplätze.

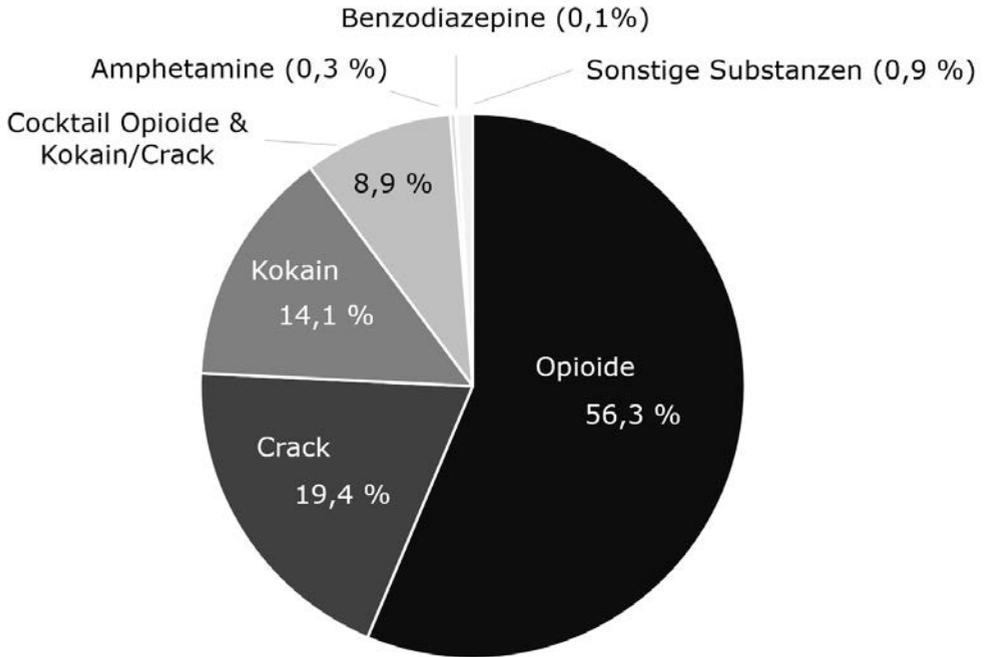


Abb. 1: Konsumierte Substanzen.

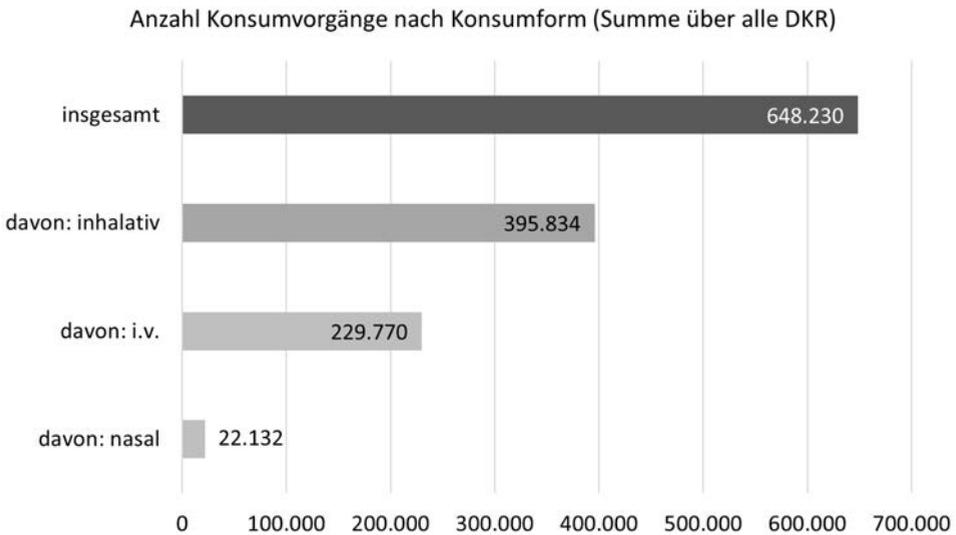


Abb. 2: Anzahl Konsumvorgänge nach Konsumform.

Beratungen und Vermittlungen. Auf die 18.500 unterschiedlichen Nutzer*innen kamen im Jahr 2023 etwa 52.000 Beratungen oder Vermittlungen in weiterführende Hilfen. Dies entspricht knapp drei Beratungs- oder Vermittlungsvorgängen pro Nutzer*in. In den kommenden Jahren werden diese Kennzahlen differenzierter erhoben, um genauere Aussagen zu den weiterführenden Hilfen treffen zu können.

Große Unterschiede zwischen den DKR. Bei den genannten Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass es sich um Durchschnittswerte oder Summen über alle 29 teilnehmenden DKR handelt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen DKR waren zum Teil sehr groß und spiegeln teils tatsächliche strukturelle Unterschiede und regionale Spezifika der Einzugsgebiete der DKR wider, teils aber auch rechtliche Beschränkungen (etwa das Verbot des Konsums von Crack und/oder Benzodiazepinen in manchen Rechtsverordnungen).

Unterschätzung. Die hier präsentierten Zahlen stellen eine Untergrenze der insgesamt zu erwartenden Nutzer*innen und Konsumvorgänge in den deutschen DKR dar. Dies liegt zum einen daran, dass drei DKR, die im Jahr 2023 insgesamt über 45 Konsumplätze verfügten, in der Erhebung fehlen. Zum anderen gab es vereinzelt DKR, die wegen technischer Schäden im Jahr 2023 längere Zeit geschlossen waren.

Und jetzt? Die Erhebung soll jährlich wiederholt werden. Dabei sollen die drei in diesem Jahr fehlenden DKR sowie die zwei im Jahr 2024 neu eingerichteten DKR (Freiburg und Krefeld) möglichst eingeschlossen werden, um das Bild zu vervollständigen. Durch die Wiederholung können Entwicklungen in den DKR aufgezeichnet werden. Belastbare Zahlen über die Anzahl der nutzenden Personen, aber auch zu den Konsumvorgängen und insbesondere den Notfällen und (nicht vorhandenen) Todesfällen nach Nutzung eines DKR können als Basis für weitere Diskussionen über die noch nicht flächendeckende Versorgung mit DKR in Deutschland dienen.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Synthetische Opioide –
sind wir vorbereitet?



5

Synthetische Opioide in Deutschland – Sind wir vorbereitet?

Vorschläge für einen nationalen Ratschlag

Hans-Günter Meyer Thompson, Heino Stöver für akzept

Zwei Opiumjahresernten in Afghanistan sind zum allergrößten Teil ausgefallen. Nach jetziger Nachrichtenlage reichen die Vorräte an Opium und Heroin im Lande selbst und in den Lagern der Handelsketten noch bis Jahresende 2024, dann könnte der Heroinmarkt in Europa allmählich ausdörren. In Afghanistan steigt der Kilopreis für Opium bereits kontinuierlich an. Ersatzlieferungen aus Myanmar sind unwahrscheinlich. Die mexikanischen Mohnbauern haben weitgehend den Mohnanbau eingestellt, weil sie gegen das billigere Fentanyl nicht mithalten konnten.

Die Ökonomie des illegalen Drogenmarktes wird für Ersatzstoffe sorgen, der Bedarf an Opioden ist vorhanden. In diese Marktlücke könnten Drogenkartelle mit Fentanyl und/oder Nitazenen stoßen. Dann könnte in Deutschland und in anderen Ländern eine Situation entstehen, die in weiten Zügen der in Nordamerika folgt: Rapider Anstieg von Überdosierungen mit tödlichem Ausgang, Verteilungskämpfe zwischen alten und neuen Drogenkartellen, Überlastung des Gesundheitssystems und der Drogenhilfe, Zunahme der Beschaffungskriminalität und soziale Verelendung der Konsument*innen.

Die wichtigsten Maßnahmen, die sich aus den Erfahrungen in Nordamerika und in anderen Ländern ergeben, in denen synthetische Opioide (SO) eine Rolle spielen oder gespielt haben, sind in die Publikation *SO-PREP – Toolkit mit Schlüsselstrategien zur Bekämpfung der mit synthetischen Opioden verbundenen negativen Folgen* (www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/BroschüreA4SO-PREPInternetfassung.pdf) von 2023 eingeflossen, aus denen sich sieben Schlüsselstrategien ergeben:

- Frühwarnsysteme
- Internet-Monitoring
- E-Health
- Drug-Checking
- Drogenkonsumräume
- Naloxon
- Opioid-Agonisten-Therapie

Diese Skizze soll entlang des SO-PREP-Toolkits und der vier Säulen der Drogenpolitik einen Überblick geben, was zu einem Konzept im Sinne eines nationalen Not-

fallplans beitragen könnte. Außerdem enthält sie verschiedene Bestandteile eines möglichst umfassenden Frühwarnsystems.

Es wird Zeit, dass die deutsche Drogenpolitik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aktiv wird. Bereits begonnene Maßnahmen sollten fortgesetzt werden: Bei zwei zentralen Bausteinen, RAFT (Schnelltestung in Konsumräumen) und Naltrain (Ausbildung in der Anwendung und Werbung für die Take-Home-Naloxon-Verbreitung), ist eine Weiterführung nicht gesichert.

Prävention:

- Aufklärung der Konsument*innen, Verbreitung von Informationsmaterial in der Szene, an Angehörige und Peers. Ausweitung bzw. Wiederholung von Naloxon-Schulungen.
- Erweiterte Abgabemöglichkeiten von Naloxon-Sprays in Beratungsstellen, Haftanstalten, Kliniken, Praxen.
- Basisinformation an Erwachsene (universelle Prävention) und spezifische Zielgruppen (z. B. Personal im Gesundheitssystem, Menschen in Multiproblemlagen, Schmerzpatient*innen, Menschen mit Affinität zur Hip-Hop-Szene) mit dem Schwerpunkt Wissensvermittlung zur Stoffgruppe Opioide.
- Ausbau von E-Health-Angeboten (Information zu Substanzen, Schadensminderung, Drug-checking, Konsumräumen).

Therapie:

- Einbeziehung der Krankenhausträger, um die Aufnahmestationen auf einen evtl. vermehrten Anfall von Überdosierungen vorzubereiten. Dazu gehören Schulungen über die speziellen Eigenschaften der o. g. synthetischen Opioide, Angebote für eine in den Kliniken einzuleitende Substitutionsbehandlung nebst Weitervermittlung an das örtliche ambulante Drogenhilfesystem.
- Entwicklung von Entzugsstrategien bei Konsum von synthetischen Opioiden (homologer Entzug, ggf. mit Fentanyl-Pflastern, schrittweise Umstellung von neuen synthetischen Opioiden auf minderpotente zugelassene Substitutionsmedikamente).
- Vorbereitung der Rettungsdienste auf neue Formen von Opioid-Überdosierungen. Flächendeckende Ausstattung mit Naloxon-Spray.
- Erweiterung der Substitutionskapazitäten, auch von niedrighwelligen und mobilen Angeboten. Absicherung der Finanzierung neuer Formen der Substitutionsbehandlung durch die Krankenkassen.
- Erweiterung der Substitutionskapazitäten auch in Apotheken, Etablierung einer angemessenen Honorierung für die Unter-Sicht-Abgabe in den Apotheken.
- Reform des § 5a der BtMVV (Substitution mit Diamorphin).
- Zulassung von Dia(mor)phin-Tabletten aufgrund öffentlichen Interesses mit nachfolgender Post-Zulassungsstudie.

- Zulassung von Naloxon-Spray als nicht-rezeptpflichtiges Medikament. Die Erklärung der Anwendung wäre bei den Apotheken sicher in guten Händen, gerade Nicht-substituierten Konsumenten und vor allem deren Angehörigen/Freunden/Bekanntem kann ein niederschwelliger Zugang zu diesem lebensrettenden Arzneimittel ermöglicht werden und die Apotheken können Informationsangebote zur Suchtbewältigung an die Betroffenen in diesem Zuge weitergeben. Auch Einrichtungen, welche Naloxon-Schulungen anbieten, könnten die Konsument*innen dadurch deutlich einfacher mit Naloxon ausstatten.
- Ausbau von E-Health-Angeboten (Vermittlung von Beratungs- und Therapieangeboten).

Repression:

- Entkriminalisierung der Konsument*innen.
- Ausschöpfung des BtMG bei gewerbsmäßigem Handel.
- Schulung der Polizei im Umgang mit Naloxon und Ausstattung der Polizei und anderer Ordnungskräfte mit Naloxon-Spray in Regionen mit Brennpunkten des Drogenkonsums. Mögliches Risiko einer berufsbedingten Exposition im Blick.
- Vorbereitung der Haftanstalten auf Auswirkungen synthetischer Opioide, Ausbau der Substitutionskapazitäten in Justizvollzugsanstalten. Naloxon-Schulungen für das Personal. Aushändigung von Naloxon-Spray bei Haftentlassung und Vermittlung in eine Opioidsubstitutionsbehandlung.

Harm Reduction/Schadensminderung:

- Szenenahe Tests (Drug-Checking). Ausweitung der Angebote auf alle Konsumräume und geeignete und bereitwillige Drogenhilfeeinrichtungen.
- Verbreitung von Selbsttests – Abgaben von Fentanyl-Teststreifen an Konsument*innen zur Testung auch außerhalb von Konsumräumen und Beratungsstellen.
- „safe supply“ (die Bereitstellung von Substanzen in pharmazeutischer Qualität und mit kontrollierter Zusammensetzung als eine Form niedrigschwelliger Substitution).
- Compassion Clubs (Selbsthilfegruppen, die den Zugang zu Heroin ohne synthetische Opioide vermitteln bzw. von Opioiden mit bekannter Zusammensetzung und Stärke).
- Erweiterung/Ausbau von Konsumräumen.
- Naloxon-Schulungen.
- Propagierung schadensmindernder („safer-use“) Konsumformen und Zurverfügungstellung von Utensilien.
- Ausbau von E-Health-Angeboten.
- Notschlafstellen und Tagesangebote ausbauen.

- Mobile und niedrigschwellige sozialarbeiterische und medizinische Hilfen ausbauen.

Zusätzlich:

Frühwarnsystem:

- Szenenahe Tests (Drug-Checking).
- Systematisches Abwassermonitoring.
- Einbeziehung der Labore, die Körpersubstanzproben von Opioidsubstituierten und Drogenkonsumierenden untersuchen.
- Einbeziehung von Giftnotrufzentralen.
- Tests ausweiten auf synthetische Opioide in Kliniken bei Überdosierungen.
- Scheinkäufe bzw. polizeiliche Beschlagnahmungen auf synthetische Opioide testen.
- Obduktionen und toxikologische Untersuchungen bei tödlichen Überdosierungen ausweiten.
- Internet-Monitoring im Dark- und Clearnet: Suchverhalten, Austausch über Drogen, Nutzererfahrungen, Drogenmärkte und Drogenangebot.
- Begleitbeobachtung/Trendspotting durch das IFT-München (Reitox national focal point) ausbauen.
- Europäische Zusammenarbeit stärken (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], nationale Verbände der Drogenhilfe).
- Länderübergreifender Informationsaustausch (EMCDDA, Europol, Kongresse).

Sonstiges:

- Lokales und bundesweites Monitoring der zur Verfügung stehenden Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfe.
- Aufbau eines SO-Informationdienstes, basierend auf den Ergebnissen eines nationalen Ratschlags.
- Einrichtung eines Red-Alert-Systems zur schnellen Verbreitung von Warnhinweisen.
- Entwicklung einer App für Opioidkonsument*innen.
- Anpassung des BtMG und der BtMVV für die Verwendung von Fentanyl in Entzugsbehandlungen oder zur Substitution. Abklärung, ob safe-supply-Programme möglich sind, bspw. mit Hydromorphon.
- Es müssen Leitlinien überprüft werden und die wissenschaftliche Begleitforschung gefördert werden, um Evidenzlücken zu schließen. Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen/Hochschulen.

- Auswertung der politischen und praktischen Konsequenzen in Nordamerika zwecks evtl. Anwendung auf die Situation in Deutschland.
- Übersetzung dieser Skizze und der Ergebnisse eines nationalen Ratschlags ins Englische und Weiterleitung an die EMCDDA zur gefälligen Verwendung und Verbreitung.

Fazit

„Die hochpotenten und pharmakologisch sehr unterschiedlichen synthetischen Opiode schaffen einen komplexen und unberechenbaren Markt, auf dem es den Konsumierenden oft an Informationen und anderen Mitteln fehlt, um sich zu schützen. Um diese Bedrohung der öffentlichen Gesundheit einzudämmen, sind eine Bündelung innovativer Ansätze und ein konzertiertes Vorgehen erforderlich. (...) Da SO in Europa aktuell noch kein signifikantes Problem darstellen, ist es wichtig, sich gut darauf vorzubereiten. Sobald die neuen hochpotenten SO auf den Markt kommen, können wir der Dynamik nur noch hinterherlaufen“ (SO-PREP-Toolkit, 2023).

„It sounds naive, but we need to collaborate if we truly want to reduce the suffering that we are seeing and the deaths we are experiencing“ Lisa Lapointe, Former Chief Coroner of British Columbia (Kanada), 16. Dezember 2023.

„Heroin has been the opioid most associate with harm in Europe; however, this may be changing. Recently there are signals that synthetic opioids could play a more important role in the future creating a need to be better prepared to respond to any significant changes in patterns of opioid consumption (...) In the short term, a potential heroin shortage may require us to increase treatment provision, a worst-case scenario, however, is that in the longer term, we may also need to respond to new challenges posed by the increased availability and use of potent synthetic opioids“ (Paul Griffith, EMCDDA, 21. Dezember 2023).

„Wir sollten uns auf eine neuartige Opioid-Welle vorbereiten“ Hannes Strasser und Marc Vogel von den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (Schweiz).

„Es kommt also näher, und ich sehe keinen Grund, warum das nicht an Fahrt aufnehmen sollte“ (primenews.ch, Schweiz, 10. Januar 2024). „Although we are seeing a decline in opium poppy cultivation in Afghanistan, close monitoring of the supply chain and the diversification of the market is paramount, as criminal networks are known to be business-oriented, flexible and always on the lookout for new oppor-

tunities” (Catherine De Bolle, Executive Director Europol, 24. Januar 2024).

„Ich gehe davon aus, dass Fentanyl in zwölf bis 18 Monaten ein noch größeres Thema in Deutschland und damit auch in Köln sein wird“, sagt Daniel Deimel, Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Nürnberg.

„Es kann nicht darum gehen, dass eine Kiste Schnelltests im Drogenkonsumraum steht. Die Tests sollten dazu genutzt werden, ein effektives Monitoring aufzubauen, damit man reagieren kann, falls sich mit Fentanyl verunreinigtes Heroin ausbreitet“ (Kölner Stadtanzeiger, 06. März 2024).

„Wir sind gerade in der glücklichen Lage, dass wir noch Zeit haben, um Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Aber wir müssen es jetzt tun, uns läuft die Zeit davon“, sagt Claudia Schieren, Geschäftsführerin von „Vision“, einem Kölner Verein für Drogenselbsthilfe und Mitglied im Bundesvorstand von JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte Bundesverband e.V. (Kölner Stadtanzeiger, 06. März 2024).

Durch die jährliche Konsumraumdokumentation, die zweijährliche Szenebefragung im Bahnhofsviertel sowie den kontinuierlichen Austausch mit Einrichtungen der Drogenhilfe, Streetwork und Polizei habe das Drogenreferat der Stadt Frankfurt einen sehr genauen Überblick, was auf der Szene konsumiert wird und welche Substanzen in Frankfurt in Umlauf sind. „Wir können unsere Angebote zur Schadensminierung sowie medizinischer und psychiatrischer Versorgung und Beratung sehr flexibel nach Bedarf anpassen“, betont Schroers, Leiter des Drogenreferats der Stadt Frankfurt/Main, Anm.). Nicht zuletzt fordert Schroers Drug-Checking endlich umzusetzen – auch in Konsumräumen. Der Bund hat durch eine Verordnung im Juni 2023 den Weg für Länder und Städte geebnet, um das Testen von illegalen Substanzen gesetzlich zu erlauben. Die hessische Landesregierung hat noch keine Ausführungsbestimmungen dazu erlassen. „Das wäre ein wichtiges Instrument zum Gesundheitsschutz“, sagt Schroers. „Die Gefahr von unbekanntem Streckmitteln und Verunreinigungen des Straßenheroins oder hoch dosierten Opioiden könnte durch Drug Checking verhindert werden“ (frankfurt.de, 27. März 2024).

„In sum, there is no guarantee that illegally manufactured fentanyl or other synthetic opioids will rise in Europe even if the new Taliban opium ban is sustained. Drug markets are too unpredictable to make guarantees. However, it is plausible. Since the costs of “over-reacting” to a threat that does not emerge are modest, and the costs of failing to act

pre-emptively are high, expanding treatment and overdose prevention services now can be seen as a prudent precaution“ (The Baltic and Nordic responses to the first Taliban poppy ban: Implications for Europe & synthetic opioids today. Caulkins JP, Tallaksen A, Taylor J, Kilmer B, Reuter P., Int J Drug Policy. 2024 Jan 4;124:104314. doi: 10.1016/j.drugpo.2023.104314. Epub ahead of print. PMID: 38183860. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395923003614>)

Welche Schritte könnten zu einer nationalen Strategie führen?

- akzept e.V. schlägt dem BMG und dem Bundesdrogenbeauftragten vor, noch im zweiten Quartal 2024 einen nationalen Ratschlag einzuberufen. Einbezogen werden sollten Organisationen und Träger der Drogenhilfe, Selbsthilfegruppen, Bundesärztekammer, Klinikträger, Polizeibehörden, Labore, IFT-München u. a. wissenschaftliche Institute, ÖGD, Hersteller von Substitutionsmedikamenten, Krankenkassen, u. a.
- akzept e.V. informiert die Verbände der Drogenhilfe und wirbt um Unterstützung für den Vorschlag, einen nationalen Ratschlag zu veranstalten.
- akzept e.V. veröffentlicht diese Skizze auf www.akzept.eu/
- akzept e.V. schlägt dem BMG und dem Bundesdrogenbeauftragten vor, noch im zweiten Quartal 2024 einen nationalen Ratschlag einzuberufen. Einbezogen werden sollten Organisationen und Träger der Drogenhilfe, Selbsthilfegruppen, Bundesärztekammer, Klinikträger, Polizeibehörden, Labore, IFT-München u. a. wissenschaftliche Institute, ÖGD, Hersteller von Substitutionsmedikamenten, Krankenkassen, u.a.
- Symposien auf Suchtkongressen (STT-Hamburg, NaSuKo, Münchner Kongress, Deutscher Suchtkongress, DGS-Kongress).

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Drug-Checking-Praxis – wo
bleiben die Bundesländer
mit ihren Verordnungen?

⋮

6

Drug-Checking in Deutschland: Von den Modellprojekten auf dem Weg zu einer rechtssicheren, flächendeckenden Implementierung

Tim Hirschfeld, Felix Betzler, Tomislav Majić, Heino Stöver

Mit der Implementierung des neuen § 10b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) eröffnet der Gesetzgeber den Bundesländern nicht nur die Möglichkeit, sondern verpflichtet sie auch dazu, Drug-Checking-Angebote rechtlich abzusichern und zu fördern. Drug-Checking bezeichnet die chemisch-toxikologische Analyse illegaler Substanzen Konsumierender, um sie über die tatsächlichen Inhaltsstoffe und potenziellen Risiken zu informieren. Ziel ist es, gesundheitliche Schäden durch verunreinigte oder unerwartet hoch dosierte Substanzen zu minimieren und Konsumierende zu einem bewussteren und sichereren Umgang mit Substanzen zu befähigen (Barratt & Measham, 2022).

Drug-Checking ist ein zentrales Instrument der Schadensminimierung (Harm-Reduction) und ein strategisch-integrativer Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung (Valente & Martins, 2019). Es ermöglicht die frühzeitige Erkennung neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) und gefährlicher Beimischungen auf dem Schwarzmarkt (Brunt, 2017). Durch individuelle Beratung und Aufklärung können Konsumierende fundierte Entscheidungen treffen und ihr Konsumverhalten entsprechend anpassen. Darüber hinaus erleichtert Drug-Checking den Zugang zu weiterführenden Unterstützungsangeboten, was langfristig zu einer Reduktion eines problematischen Substanzkonsums beitragen kann (Measham & Turnbull, 2021).

Die Ursprünge des Drug-Checkings gehen auf die Haight-Ashbury-Klinik in San Francisco zurück, die im „Summer of Love“ 1967 akzeptanzorientierte medizinische Versorgung und Beratung anbot, insbesondere für die Hippie-Gegenkultur (Smith, 1969). Angesichts des weitverbreiteten Konsums psychedelischer Substanzen beobachtete die Klinik eine steigende Anzahl unerwünschter Wirkungen. Es wurde deutlich, dass einige Effekte nicht typisch für die vermeintlich konsumierte Substanz waren. Daraufhin begann die Klinik, verdächtige Proben chemisch zu analysieren und Substanzwarnungen zu verbreiten, um die Art und Qualität der verfügbaren Substanzen zu überwachen und Schäden zu reduzieren (Smith, 1969, 1974). Parallel dazu begannen sogenannte „Street-Drug-Analysis-Programs“ in Amsterdam (Kok & Al, 1971) und München (Mattke & Steinigen, 1973) Substanzen aus der Bevölkerung entgegenzunehmen und zu analysieren, als direkte Reaktion auf die zunehmende Verbreitung psychoaktiver Substanzen in der Jugend- und Gegenkultur der 1960er und 1970er Jahre. Dauerhafte Initiativen wurden erst in den 1990er Jahren implemen-

tiert, nachdem im Rahmen der entstehenden Techno- und Rave-Kultur über einen zunehmenden Konsum vor allem von Stimulanzien wie Ecstasy (MDMA) und Speed (Amphetamin) ein verstärkter Bedarf an Sicherheitsinformationen und präventiven Maßnahmen entstand (Brunt, 2017). Das niederländische „Drug Information and Monitoring System“ (DIMS), 1992 gegründet, ist bis heute ein erfolgreiches Beispiel für ein nationales Drug-Checking-System, das sowohl der Prävention im Sinne einer Schadensminimierung, als auch dem Monitoring des Schwarzmarktes dient (Brunt & Niesink, 2011; Van der Gouwe & Rigter, 2019). In Deutschland war die Berliner Szene-Initiative „Eve & Rave“ Mitte der 1990er Jahre ein Pionier auf diesem Gebiet. Die Initiative führte in den Jahren 1995 und 1996 Drug-Checking durch und bot gleichzeitig Informationen zu Safer-Use-Praktiken und Risiken des Substanzkonsums an. Trotz des innovativen Ansatzes wurde das Projekt von den Strafverfolgungsbehörden gestoppt, da keine ausreichende rechtliche Grundlage vorhanden war und Besitz und Analyse illegalisierter Substanzen strafrechtlich verfolgt wurden (Harrach & Schmolke, 2019).

Während in anderen europäischen Ländern wie den Niederlanden, der Schweiz und Österreich Drug-Checking-Angebote seit Ende der 1990er Jahre etabliert werden konnten, stagnierte die Entwicklung in Deutschland aufgrund rechtlicher Unsicherheiten, einem fehlenden politischen Willen und einer restriktiven Gesetzgebung. Erst nach 2010 wuchs das Interesse an der Reimplementierung von Drug-Checking in Deutschland durch regional agierende Initiativen und einen wachsenden Bedarf an präventiven Maßnahmen im Umgang mit dem Konsum illegaler Substanzen (Harrach & Schmolke, 2019), da der Schwarzmarkt in Bezug auf Vielfalt und Kombinationen angebotener Substanzen zunehmend komplexer geworden ist (UNODC, 2024).

Mittlerweile haben Thüringen und Berlin bedeutende Schritte unternommen, um Drug-Checking-Angebote zu implementieren und neue Erfahrungen zu sammeln. Seit 2021 wird mobiles Drug-Checking auf verschiedenen Musikveranstaltungen in Thüringen angeboten. Das Modellprojekt „analysebasierte Intervention“ (kurz: ALIVE) ist eine Kooperation des Präventionszentrum der „Suchthilfe in Thüringen gGmbH“, welches die Beratungen durchführt, und dem Universitäts-Start-Up „Miraculix“, welches für die chemische Analyse verantwortlich ist (ALIVE, 2024; Hirschfeld & Majić, 2022). Nachdem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einen Antrag zur stationären Durchführung von Drug-Checking mit instrumenteller Analytik abgelehnt hatte, stellte eine angepasste Analysestrategie sicher, dass die Mitarbeitenden nicht in Kontakt mit BtMG-relevanten Substanzen kommen. So bleiben Teilnehmende stets im Besitz der pharmakologisch aktiven Substanz, indem sie die Substanzprobe selbst abwägen und in eine Lösung geben, welche die Substanz für den Konsum unbrauchbar macht.

Anschließend kombiniert das Fachpersonal zusammen mit den Nutzenden entsprechende vorläufige Analyseverfahren mit unterschiedlicher Spezifität, um Hinweise auf Beimischungen oder Verunreinigungen zu sammeln, d.h. eine Dünnschichtchromatographie (TLC) in Verbindung mit Immunoassays und Reagenztests. Anhand semi-quantitativer Reagenztests werden die Wirkstoffmengen von Amphetamin, Kokain, Lysergsäurediethylamid (LSD), Psilocybin (in psychoaktiven Pilzen), 2C-B, Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) in Cannabisprodukten sowie Methylenedioxyethylamphetamin (MDMA) in kristalliner Form oder in sogenannten

Ecstasy-Pillen mittels Photometer bestimmt. Darüber hinaus können synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone sowie diverse Streckstoffe und Beimischungen qualitativ detektiert werden. Seit 2024 nutzt das Modellprojekt zusätzlich eine Hochleistungsflüssigchromatographie (HPLC) mit gekoppeltem Diodenarray-Detektor (DAD). Diese Methode ermöglicht es, auffällige Substanzgemische aus Vortests durch chromatographische Trennung präzise zu identifizieren und gezielte Warnmeldungen herauszugeben. Um das volle Potenzial der HPLC auszuschöpfen, ist jedoch eine Regelung erforderlich, die einen kostengünstigen und einfachen Zugang zu Referenzstandards ermöglicht, da die HPLC nur Substanzen nachweisen kann, die zuvor kalibriert wurden.

Trotz Abstimmung mit den zuständigen Behörden riskieren die Nutzenden weiterhin strafrechtliche Verfolgung aufgrund fehlender Rechtsverordnung. Zum Schutz der Nutzenden finden die Einsätze daher ausschließlich mobil und ohne Vorankündigung statt.

In Berlin ging im Juni 2023 das Drug-Checking-Modellprojekt in den Regelbetrieb über (Drug-Checking Berlin, 2024; Hirschfeld et al., 2024), ein Kooperationsprojekt der Träger „Fixpunkt gGmbH“, der „Schwulenberatung Berlin gGmbH“, der „Vista gGmbH“, sowie des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (GerMed), welches modernste instrumentelle Analyseverfahren nutzt, u.a. eine HPLC mit DAD, ein Gaschromatographie-Massenspektrometrie-System (GC/MS) sowie ein Flüssigchromatographie-MS-System (LC/MS). Die Rechtsgrundlage bildet ein Rechtsgutachten von Nestler (2019), das von der Berliner Senatsverwaltung, der Staatsanwaltschaft und der Polizei anerkannt wurde. Demnach bedarf eine Landesbehörde wie GerMed gemäß § 4 Abs. 2 BtMG keiner Erlaubnis des BfArM zur Untersuchung von Substanzproben. Trotz dieses Rechtsgutachtens bleiben die langfristige und nachhaltige Finanzierung sowie die Rechtssicherheit für Mitarbeitende und Nutzende bisher ungeklärt.

Die bisherigen Erfahrungen in Thüringen und Berlin zeigen, dass Drug-Checking im mobilen und stationären Setting von Konsumierenden gut angenommen wird und die Zielgruppe von Party- und Freizeitkonsumierenden mit riskanten Konsumgewohnheiten erreicht. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitevaluationen der Modellprojekte in Thüringen (Hirschfeld & Majić, 2022) und Berlin (Hirschfeld et al., 2024) durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin liefern Hinweise, dass Teilnehmende nach Erhalt der Analyseergebnisse ihr Konsumverhalten anpassen, riskante Substanzen meiden und insgesamt ein erhöhtes Risikobewusstsein entwickeln, was im Einklang mit dem aktuellen wissenschaftlichem Erkenntnisstand steht (Giulini et al., 2023; Maghsoudi et al., 2022) DCS have been introduced as a harm reduction (HR).

Mit der Einführung des § 10b BtMG hat der Gesetzgeber nun einen bundesweit geltenden Rechtsrahmen geschaffen, der die Durchführung von Drug-Checking-Modellvorhaben ermöglicht. In diesem Paragraphen werden einheitliche Erlaubniskriterien für Drug-Checking-Projekte definiert. Die Landesregierungen sind verpflichtet, durch Rechtsverordnungen Bestimmungen über die Erteilung dieser Erlaubnisse zu erlassen.

Zu den festzulegenden Anforderungen gehören unter anderem das Vorhandensein einer zweckdienlichen sachlichen Ausstattung, die Gewährleistung einer Aufklärung über die Risiken des Konsums von Betäubungsmitteln sowie einer bedarfsgerechten Vermittlung an weiterführende Angebote der Suchthilfe, eine Dokumentation der zur Untersuchung eingereichten Substanzen, Vorgaben zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs, Festlegung erforderlicher Formen der Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden sowie das Vorhandensein von ausreichend fachlich qualifiziertem Personal und einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der Anforderungen verantwortlich ist. Die Länder haben demnach auch eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben sicherzustellen und dem Bundesministerium für Gesundheit oder einem von ihm beauftragten Dritten auf Anforderung die Ergebnisse zu übermitteln.

Die Nichtumsetzung von Drug-Checking-Angeboten durch die Bundesländer kann gegen mehrere verfassungsrechtlichen Prinzipien verstoßen. Zum einen gebietet das Rechtsstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz (GG) die Bindung der Exekutive an Gesetz und Recht, wodurch eine klare Handlungsverpflichtung zur Umsetzung bestehender Gesetze besteht. Zum anderen sind die Länder gemäß Art. 83 GG verpflichtet, Bundesgesetze als eigene Angelegenheit auszuführen. Besonders bedeutsam ist die staatliche Schutzpflicht gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern gemäß Art. 2 Abs. 2 GG, der das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit garantiert. Indem die Länder die Einführung von Drug-Checking-Angeboten unterlassen, versäumen sie es, potenzielle Gesundheitsrisiken für Konsumierende zu minimieren.

Es ist daher für den individuellen und bevölkerungsweiten Gesundheitsschutz von Konsumierenden von großer Bedeutung, dass die Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen und die notwendigen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Drug-Checking schaffen. Dies beinhaltet nicht nur die Erarbeitung der Rechtsverordnungen, sondern auch die Bereitstellung finanzieller Mittel, die Sicherstellung der notwendigen Infrastruktur und die Förderung von Kooperationen zwischen den beteiligten Akteuren. Durch die Einbindung verschiedener Träger wie Suchtberatungsstellen, niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen, Präventionsprojekten im Partysetting und Trägern der Jugendhilfe kann ein breites Spektrum von Konsumierenden erreicht werden. Eine systematische Förderung und Vernetzung dieser Einrichtungen ermöglicht es, die gesundheitsfördernden Potenziale von Drug-Checking bestmöglich auszuschöpfen und effektiv Einblicke in den Schwarzmarkt zu erhalten, um potenzielle Gesundheitsgefahren frühzeitig identifizieren und bekämpfen zu können.

Eine besondere Bedeutung nimmt die Einbindung von Drogenkonsumräumen in die Drug-Checking-Angebote ein. Diese Einrichtungen sind seit vielen Jahren ein fester Bestandteil der Hilfeeinrichtungen für Menschen mit Substanzkonsum und erreichen eine Zielgruppe mit besonders hohem Gesundheitsrisiko (Hedrich, 2020). Aufgrund ihrer sozialen Situation, vielfältiger Vorerkrankungen und risikoreicher Konsummuster haben die Besucher*innen von Drogenkonsumräumen ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Komplikationen bis hin zu lebensbedrohlichen Überdosierungen (Pientka, 2020). Durch die Analyse der konsumierten Substanz können lebensgefährliche Intoxikationen verhindert und Konsumierende besser über Risiken aufgeklärt werden. Die nun beschlossene Gesetzesänderung und die Streichung des

Absatzes 4 im § 10a BtMG ermöglichen es, Drug-Checking auch in Drogenkonsumräumen anzubieten. Demnach durfte das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal weder eine Substanzanalyse der mitgeführten „Betäubungsmittel“ durchführen noch beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten „Betäubungsmittel“ aktive Hilfe leisten. Die Streichung dieses Absatzes ist ein wichtiger Schritt, um Hochrisikokonsumierende zu erreichen und ihnen Zugang zu diesem präventiven Angebot zu verschaffen.

Die Umsetzung von Drug-Checking erfordert zudem eine enge Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden. Es muss sichergestellt werden, dass weder Konsumentende, die das Angebot nutzen, noch Mitarbeitende strafrechtlich verfolgt werden. Dies erfordert klare Absprachen und eine Sensibilisierung der Behörden für die Ziele und Vorteile des Drug-Checkings. Ein Beispiel für eine erfolgreiche Zusammenarbeit bietet der Betrieb von Drogenkonsumräumen, bei dem seit über zwei Jahrzehnten eine abgestimmte Vorgehensweise zwischen Hilfeeinrichtungen und Strafverfolgungsbehörden praktiziert wird (Sinead & Stöver, 2020).

Es ist nun an den Landesregierungen, ihrer gesetzlichen Pflicht nachzukommen. Die Wirksamkeit von Drug-Checking zur Vorbeugung von konsumassoziierten Gefahren ist belegt und die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind geschaffen. Jetzt ist es an der Zeit, diese Gelegenheit zu nutzen und die Gesundheit und Sicherheit der Bürgerinnen und Bürger in den Mittelpunkt zu stellen. Die Implementierung von Drug-Checking ist nicht nur ein rechtlicher Imperativ, sondern auch ein Ausdruck eines modernen, humanen und evidenzbasierten Ansatzes in der Drogenpolitik.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Ein Jahr Drugchecking in Berlin

Monika Fonfara, Tibor Harrach, Tizian Keßler, Augustine Reppe, Stefan Scholtis, Conor Toomey

Zusammenfassung

Im vergangenen Jahr ist Drugchecking in Berlin nach einem langen Vorlauf gestartet, an dessen Umsetzung unterschiedliche Professionen beteiligt sind. Mit dem Zusammenschluss drei freier Träger der Drogen- und Suchthilfe sollen unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden. Die Nutzungsanfragen waren im ersten Jahr weit höher als die vorhandenen Kapazitäten, was die Attraktivität von Drugchecking hervorhebt. Die hohe Anzahl auffälliger Proben zeigen den Bedarf hinsichtlich Risikominimierung für Substanzgebraucher*innen auf. Ein Ausbau des Angebotes, welches der Nachfrage gerecht wird und mit dem alle Zielgruppen erreicht werden können, ist nötig.

Drugchecking ist weltweit und in vielen europäischen Ländern (Österreich, Schweiz, Portugal u. a.) bereits seit Jahrzehnten gängige Praxis. Hierzulande ist die Umsetzung mit einem jahrzehntelangen politisch umkämpften Vorlauf verbunden und scheiterte an rechtlichen Hürden (vgl. Pritzens, Schmolke & Harrach 2023). Mit der Unterstützung vieler Beteiligten konnte Drugchecking Berlin nach dem Thüringer Projekt im Juni 2023 als Modellprojekt, basierend auf Kooperationsvereinbarungen und gestützt auf ein rechtliches Gutachten, umgesetzt werden (vgl. Nestler 2019). Mit der unmittelbar darauf erfolgten Implementierung des § 10b in das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurde ein bundesgesetzlicher Rahmen für die Umsetzung von Drugchecking für alle Bundesländer geschaffen. Die Umsetzung des Berliner Projekts wird durch die Zusammenarbeit freier Träger der Drogen- und Suchthilfe (Fixpunkt gGmbH, Schwulenberatung Berlin, vista gGmbH) sowie dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin (GerMed) sichergestellt. Die Abgabe der psychoaktiven Substanz ist in Beratungsangebote zu Substanzgebrauch und Risikominimierung eingebettet. Der Zusammenschluss mehrerer Träger soll die Reichweite in die unterschiedlichen Lebenswelten und zu den Zielgruppen erweitern. Die drei Träger haben langjährige Erfahrung in der Arbeit mit der queeren Community, Freizeitkonsument*innen, Risikokonsument*innen und Konsument*innen mit täglichem Substanzgebrauch sowie im niedrigschwelligem Setting. Ziel ist es, Substanzgebraucher*innen in Bezug auf die Reflexion hinsichtlich der Substanzwirkung, Harm Reduction und der Vorbeugung ungewollter Intoxikationen (frühzeitig) zu erreichen. Das Projekt dient ebenfalls der Gewinnung von Erkenntnissen über Konsumverhalten und die Zusammensetzung von Substanzen, dem frühzeitigen Erkennen von Trends, Konsummustern und dem Monitoring des Drogenmarktes (vgl. Pritzens, Schmolke

& Harrach 2023). Das Angebot des Drugcheckings wird anonym in Anspruch genommen und ist kostenfrei.

Projekttablauf

Die drei Träger bieten wöchentliche Sprechstunden für die Probenabgabe an drei Standorten an. Sofern das Analyseergebnis folgende Kriterien erfüllt, wird über die Homepage (siehe www.drugchecking.berlin) gewarnt:

- Enthält nicht deklarierte wirksame Substanzen
- Unerwartet hohe Wirkstoffmengen
- Neue psychoaktive Substanzen, bei denen Daten zur Risikoeinschätzung fehlen
- Nicht identifizierte Substanzen
- Substanzen, deren Konsum aus anderen Gründen als besonders riskant eingestuft wird
- Substanzen ohne identifizierte Wirkstoffe.

Die Projekthomepage dient der transparenten Darstellung des Drugchecking Verfahrens, der Bereitstellung von Informationen (Safer-Use, Beratungsangebote, weiterführende Unterstützung, Substanzinformationen, Erste-Hilfe-Maßnahmen) und der Veröffentlichung von Warnungen auf Basis von Analyseergebnissen. Das Analyse- und Beratungskonzept folgt dem angegebenen Schema:

Was & Wer?	Wie?
Eingangsmangement ⇒ Sozialpädagogische Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgabe Wartemarken ▪ Probenkontingent ausgeschöpft: Weiterleitung an andere Standorte ▪ Entspricht nicht der Zielgruppe: Weiterleitung an andere Unterstützungsangebote
Intake-Gespräch ⇒ Sozialpädagogische Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erläuterung des Verfahrens ▪ Anonymisierte Erhebung personenbezogener Daten ▪ Erhebung nicht personenbezogener und probenbezogener Daten ▪ Vergabe eines UID (Unique Identifier) ▪ Beratung und Konsumreflexion (Leitfadengestützt) ▪ Probenentgegennahme mit Vergabe der Probencodes
Aufbereitung ⇒ Sozialpädagogische Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fotografie der Probe ▪ Erstellung Probenbegleitschein ▪ Sichere Zwischenlagerung ▪ Übersendung Probenbegleitschein an Labor

Transport ⇨ Transportunternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abholung von Proben und Begleitscheine durch Transportunternehmen und Übergabe im Labor ▪ Rücktransport der Transportgefäße
Annahme ⇨ Transportunternehmen, Labor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entgegennahme durch das Laborpersonal ▪ Abgleich der Proben und Begleitscheinen ▪ Unterzeichnung der Entgegennahme durch Labor ▪ Übersendung unterzeichneter Begleitscheine an pharmazeutische Fachkraft ▪ Lagerung der Proben erfolgt nach besonderen Regelungen des Labors
Rückstellungen und Vernichtung ⇨ Labor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachgerechte Rückstellungen/Vernichtung von Probenmaterial nach besonderen Regelungen des Labors
Substanzanalyse ⇨ Labor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittels Methoden der instrumentellen Analytik, u. a. Hochleistungs-Flüssig-Chromatographie (HPLC), Massenspektrometrie (MS) ▪ Erstellung eines separaten Befundbogens mit Zuordnung durch die Probencodes ▪ Übersendung der Befundbögen an die Einrichtung
Aufbereitung der Ergebnisse ⇨ Pharmazeutische Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikoeinschätzung und Eingabe der Ergebnisse in eine interne und standortübergreifende Datenbank ▪ Verfassen von Warnungen bei risikoreicher Probenzusammensetzung ▪ Aufbereitung der Analyseergebnisse der Befundbögen für sozialpädagogische Fachkräfte
Ergebnismitteilung ⇨ Sozialpädagogische Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyseergebnismitteilung per Telefon oder vor Ort ▪ Konsumreflexion und Beratung vertiefend bei Einbeziehung der Analyseergebnisse ▪ ggf. Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Beratung ▪ ggf. Vermittlung in andere Einrichtungen/Dienste, insbesondere medizinische Interventionen
Veröffentlichung der Ergebnisse ⇨ Pharmazeutische Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veröffentlichung der risikoreichen Analyseergebnisse über die Homepage mit Foto ▪ Information an zuständige Fachbehörde

Ein kontinuierlicher Austausch zwischen allen beteiligten Behörden und der unmittelbar am Drugchecking beteiligten Kooperationspartner*innen ist für eine reibungslose Umsetzung des Projekts unerlässlich.

Daten aus dem ersten Jahr

Mit dem Projektstart war das Angebot umgehend ausgelastet, 1.999 Nutzer*innen wollten zwischen Juli 2023 und Juni 2024 das Drugchecking nutzen. Trotz hoher Nachfrage konnten aus Kapazitätsgründen nicht alle Anfragen vor Ort bedient wer-

den. 1.195 Nutzer*innen (60 %) haben Substanzen zur Analyse eingereicht, 804 Menschen (40 %) sind aufgrund fehlender Kapazitäten abgewiesen worden. Insgesamt 1.195 Menschen nutzten das Projekt, davon 852 männlich (71 %), 287 weiblich (24 %) und 56 divers (5 %). In der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren sind die meisten Nutzer*innen mit 40,7 % verzeichnet worden (34,7 % 18-29 Jahre; 15,8 % 40-49 Jahre; 8,8 % über 50 Jahre). Der älteste Nutzer war 76 Jahre jung. Der Mittelwert der gesamten Nutzer*innen aus dem Zeitraum ergibt 34,4 Jahre. Besonders auffallend ist die Tatsache, dass 986 Nutzer*innen (82,5 %) nie zuvor Angebote der Drogen- und Suchthilfe in Anspruch genommen haben und das Projekt den ersten Kontakt darstellte. Von 1.195 Nutzer*innen wurden insgesamt 1.845 Proben zur Analyse abgegeben und verteilen sich auf folgende Substanzgruppen:

Am meisten ist MDMA/Ecstasy (25,1 %) zur Analyse eingereicht worden, gefolgt von Cathinonen (19,5 %), Amphetamin-Derivat (15,5 %), Kokain (15,5 %), Ketamin (10,1 %), LSD und Derivate (4,0 %), 2C-Verbindungen (3,8 %), Opiate (1,5 %) sowie unterschiedliche psychoaktive Substanzen zusammengefasst als Sonstige (5 %). Im Berichtszeitraum sind insgesamt 871 (47,2 %) von 1.845 Proben als auffällig kategorisiert worden und als Warnungen veröffentlicht worden. Die Homepage ist im ersten Jahr 279.900-mal aufgerufen worden.

Beratung

Qualifiziertes Drugchecking zeichnet sich durch eine chemische Analyse und der Unterbreitung eines Beratungsangebots und Risikokommunikation aus (vgl. Harrach & Schmolke 2024). Die Probenannahme und Ergebniskommunikation werden von geschulten Fachkräften durchgeführt. In der Umsetzung zeigte sich, dass die Probenannahme ein zentrales Kontaktangebot für Beratungen zu Safer-Use und Harm Reduction bzw. bei Bedarf für die Überleitung in weiterführende Unterstützungsangebote ist. Fachkräfte sind in Methoden der Motivierenden Gesprächsführung (MI) geschult und verfügen über umfassendes Wissen in Bezug auf das Berliner Suchthilfe- und Gesundheitssystem, Substanzen, Mischkonsum, Safer-Use Strategien, Harm Reduction und Infektionsprophylaxe. Die Gespräche werden zieloffen, wertfrei und in vertrauensvoller Atmosphäre geführt.

Mithilfe eines Fragenbogens werden anonymisierte soziodemografische Daten gemäß dem deutschen Kerndatensatz der Suchthilfe (KDS) erfasst. In Anlehnung an den Leitfaden aus Schweizer Projekten wird ein strukturierter Beratungsleitfaden hinsichtlich Safer-Use Strategien und Harm Reduction zur Schadensminimierung thematisiert und kann bei Bedarf vertieft werden (vgl. Spiess & Dvorak 2019). Beispiele für risikominimierende Strategien sind: Applikationsformen, hygienische Konsumutensilien, Konsumfrequenz, Konsumpausen, Dosierung, Mischkonsum, Konsumkontexte, Bezugsquellen, der Umgang mit negativen Erfahrungen und das Wissen um weiterführende Angebote der Drogen- und Suchthilfe.

Das Beratungsangebot im Drugchecking bietet die Möglichkeit, gesundheitliche Risiken faktenbasiert zu thematisieren und kann Einfluss auf zukünftige Konsumentenscheidungen haben (vgl. Spiess & Dvorak 2019). Sofern Bedarf besteht, kann in weiterführende Angebote vermittelt werden. Hierbei können im Beratungskontakt gezielt

Informationen zu Angeboten, Zuständigkeiten, Kosten(freiheit) oder Erreichbarkeit vermittelt werden, um zur Inanspruchnahme zu motivieren und mögliche Hürden abzubauen. Das Ziel, Konsument*innen frühzeitiger zu erreichen, konnte im ersten Jahr umgesetzt werden: 82,5 % der Erstnutzer*innen gaben an, bisher noch keinen Kontakt zur Drogen- und Suchthilfe gehabt zu haben.

Labor

Das Drugchecking-Angebot beinhaltet eine chemische Analyse, bei der die Zusammensetzung von Drogen und psychoaktiven Substanzen analysiert wird, um Konsument*innen vor gesundheitlichen Risiken durch Überdosierungen, Verunreinigungen oder falsch deklarierte Wirkstoffe zu schützen. Der Prozess beginnt mit der Probenübergabe, bei der eine kleine Menge der Substanz anonym an den jeweiligen Standorten abgegeben wird. Anschließend erfolgt der gesicherte Transport ins Labor, wo die Proben erfasst und für die Analyse vorbereitet werden. Hierbei wird die Probe homogenisiert und in einen Zustand gebracht, der für die anschließenden Untersuchungen geeignet ist.

Die chemische Analyse erfolgt üblicherweise durch Hochleistungsflüssigchromatographie mit Diodenarraydetektor (HPLC-DAD) oder durch die Kombination von HPLC mit Massenspektrometrie (HPLC-MS). Diese Verfahren erlauben eine genaue Trennung und Identifizierung der Wirkstoffe und Verunreinigungen. Zudem kann die Infrarotspektroskopie eingesetzt werden, um weitere strukturelle Informationen über die Moleküle zu erhalten. Alle eingesetzten Methoden werden kontinuierlich auf dem neuesten Stand gehalten, um präzise und zuverlässige Ergebnisse zu garantieren.

Ein wichtiger Aspekt des Drugcheckings ist die schnelle Bearbeitung. Mithilfe moderner Analyseverfahren kann die Bearbeitungszeit oft auf wenige Tage reduziert werden. Sobald die Analysen abgeschlossen sind, wird ein Ergebnisbefund erstellt, der die Identität und Konzentration der Wirkstoffe, etwaige Verunreinigungen sowie Hinweise zu möglichen Risiken enthält. Dieser Befund wird an den pharmazeutischen Koordinator übermittelt, der ihn aufbereitet und den Mitarbeitenden der Beratungsstellen zur Verfügung stellt, welche die Konsument*innen informieren. Für Rückfragen stehen die Labormitarbeitende beratend zur Verfügung, um detaillierte Informationen oder weiterführende Erklärungen zu den Analyseergebnissen zu geben.

Analyse

Es wurden 108 Substanzen pharmakologisch und toxikologisch relevante Substanzen identifiziert, für die eine Risikoabschätzung auf der Basis von wissenschaftlichen Recherchen durchgeführt wurde:

MDMA: Die durchschnittliche Wirkstoffmenge pro Ecstasy-Tablette betrug 143,8 mg MDMA-HCl und schwankten zwischen 20,4 und 261,1. Der Wirkstoffgehalt von MDMA-haltigen Pulvern und Kristallen schwankte deutlich weniger stark um den mittleren Wirkstoffgehalt von 85,3 % MDMA-HCl.

Cathinone: Wurden fast immer als Mephedron oder dessen Stellungsisomer 3-MMC eingereicht, sie waren meist falsch deklariert. Neben 4-MMC und 3-MMC wurden 2-MMC, 3-CMC, 4-CMC, N-Methylpentylon, N-Ethylpentedron, N-Methylbenzedron und 3-MEC, nachgewiesen. Als problematisch gelten Cathinone aus der Gruppe der Pyrrolidinophenone (vgl. Maurer 2004), diese werden unter dem Begriff „Monkey Dust“ subsumiert.

Heroin: In Deutschland wird das komplex zusammengesetzte Heroin in der Regel mit Paracetamol und Koffein gestreckt (vgl. Klaus 2020). Beim Drugchecking Berlin waren nur drei Proben nicht mit diesen Substanzen verschnitten. Einmal wurde ein weißes Pulver mit einem Diamorphin-Gehalt von 86,5 % ohne Verunreinigungen eingereicht. Ein hoher Diamorphingehalt im Heroin kann zu tödlichen Überdosierungen führen, wenn dies Konsument*innen nicht bekannt ist. Der Diamorphingehalt, der beim Drugchecking abgegebenen 25 braunen Heroinproben schwankte zwischen 5,6 % und 48,8 %, der Mittelwert lag bei 23,6 %.

Kokain: Seit Anfang 2024 werden in einem Großteil der Kokainproben Beimischungen von Procain nachgewiesen. Im Jahr 2023 waren von insgesamt 179 Kokainproben nur 4,5 % mit Procain verschnitten. Bis Juni 2024 wurden in 54,7 % der untersuchten 159 Kokainproben Procain nachgewiesen. Vor allem beim intravenösen Konsum kann Procain zu lebensbedrohlichen Vergiftungen führen. Weitere Verunreinigungen waren Phenacetin, Lidocain, Koffein und Tetramisol. Der durchschnittliche Gehalt lag bei 74,3 % Kokain-HCl.

Amphetamin: Liegt in der Regel im Gemisch mit Koffein vor. Bei den 226 abgegebenen Amphetamin-Proben lag der durchschnittliche Gehalt an Amphetamin-Sulfat bei 29,2 %, der von Koffein bei 59,9 %.

2C-Verbindungen: Unterscheiden sich erheblich in ihrer Potenz (vgl. Halberstadt 2019), bei Verwechslungen kann es mitunter zu tödlichen Vergiftungen kommen (vgl. Iwersen-Bergmann et al. 2019). Die durchschnittliche Wirkstoffmenge in Tabletten lag bei 8,5 mg 2C-B-HCl (2,9 mg bis 22,3 mg), der durchschnittliche Gehalt in Pulvern lag bei 52,6 % 2C-B-HCl (3,0 % bis 90,7 %). Außerdem wurden 2C-H, 2C-B-Fly, 2C-E und 2C-P identifiziert.

Ketamin: Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt der 168 Ketaminproben war mit 91,2 % Ketamin-HCl der höchste aller zur Analyse eingereichten Substanzen. Ketamin war selten verunreinigt.

Ausblick und Handlungsbedarf

Die Kapazitäten des Projekts decken bisher nicht den Bedarf der Nutzungsanfragen und werden derzeit überschritten. Daher werden ausreichende Ressourcen für Personal und Laborequipment benötigt. Das Projekt hat im ersten Jahr vor allem Substanzkonsument*innen erreicht, die bisher noch keinen Kontakt zum Drogen- und Sucht-

hilfesystem hatten. Die hohe Anzahl auffälliger Proben (47,2 %), vor denen gewarnt wurde, zeigt die Notwendigkeit von Drugchecking als Maßnahme zur Schadensminimierung und zum Gesundheitsschutz.

Die Entscheidung, im ersten Schritt ein stationäres Analyseverfahren mit einem festen Labor zu implementieren, war eine pragmatische Wahl hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen. Die instrumentellen Analyseverfahren in einem etablierten Labor ermöglichen die sichere Identifizierung und Quantifizierung von pharmakologisch und toxikologisch relevanten Substanzen – bei niedrigen Nachweisgrenzen, ist jedoch mit mehrtägiger Wartezeit verbunden und somit besonders geeignet für Konsument*innen, die in der Lage sind, ihren Konsum im Voraus zu planen. Um allen Zielgruppen ein Angebot zur Risikominimierung machen zu können, bedarf es ebenfalls ein mobiles Drugchecking. Ein mobiles Angebot eignet sich, um Konsument*innen an den Orten zu erreichen, wo Substanzkonsum stattfindet und eine Konsumabsicht in unmittelbarer Zukunft besteht (am selben Wochenende oder Abend), wie z. B. in Partysettings oder auf Festivals.

Ebenfalls zeigte sich, dass für die besonders vulnerable Zielgruppe der Opiatkonsumant*innen (mit abhängigen und riskanten Konsummustern) bisher zu wenig von einem stationären Drugchecking profitieren konnten. Der Anteil der Heroinproben betrug im ersten Projektjahr lediglich 1,7 %. Da die stetig steigende Anzahl der Todesfälle bei Drogengebrauchenden in Deutschland auf Opioide zurückzuführen sind (vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2024), besteht ein hoher Handlungsbedarf, um das Mortalitätsrisiko zu senken. Dazu müssen Möglichkeiten der Analyse von Opiatproben geschaffen werden, die eine unmittelbare Risikokommunikation vor dem Konsum ermöglichen – ohne lange Wartezeiten auf Testergebnisse.

Nachdem auf Bundesebene durch die Novellierung des § 10a BtMG die Substanzanalytik in Drogenkonsumräumen erlaubt wurde, sind nun die Landesregierungen gefordert, durch Anpassung und Erlass von Rechtsverordnungen nach §§ 10a und 10b BtMG die Substanzanalytik in Drogenkonsumräumen zu ermöglichen.

Der Blick auf die europäischen und weltweiten Drugchecking-Projekte zeigt eine Bandbreite in der Umsetzung, z. B. mobiles und/oder stationäres Drugchecking, unterschiedliche Analysemethoden und die verschiedenen Abgabemöglichkeiten. Zurückzuführen ist dies auf unterschiedliche Ressourcen, örtliche Gegebenheiten im städtischen oder ländlichen Raum, Bedarfe der Zielgruppen, die erreicht werden sollen, sowie gesetzliche Bestimmungen. Nachdem Thüringen (Start 2021), Berlin (Start 2023) und Mecklenburg-Vorpommern (Start 2024) sich um eine Umsetzung bemüht haben und den Bedarf aufzeigen konnten, sind alle Bundesländer aufgefordert, Substanzkonsument*innen ein Angebot zur Risikominimierung durch Drugchecking zu machen. Die verschiedenen Ansätze werden sich ergänzen und zu mehr Erkenntnissen hinsichtlich Monitoring und Drogentrends zur Risikominimierung beitragen.

Literatur auf <https://alternativer-drogenbericht.de/>

Autor:innen

Ana Afuera

Politikwissenschaftlerin und Aktivistin in der Drogenpolitik, koordiniert die politische und soziale Advocacy-Arbeit bei ConFAC, Sekretärin von ENCOD. Zahlreiche Veröffentlichungen zu den Themen Drogenregulierung, Stigmatisierung, Cannabis Social Clubs und Schadensminimierung.

ana@encod.org

Patricia Amiguet

Leitung Verwaltung und Finanzen, studiert derzeit Sozial- und Kulturanthropologie an der UNED. Mitbegründerin von RdRLAB zur Schadensminimierung bei Cannabis, die Initiativen wie RdRCannabis und Pilot-Substanztests in Clubs durchführt. Mitbegründerin von REMA, Mitarbeiterin des katalanischen Plans für perinatale Gesundheit, Sprecherin von ConFAC.

p.amiguet@rdrlab.org

Mireia Ambròs Hortensi

Sozialpädagogin und Psychopädagogin, Mitbegründerin von RdRLab, spezialisiert auf Risikominderung und Cannabisprogramme. Seit 2007 Beraterin der Gesundheitsabteilung Kataloniens, Unterabteilung für Suchtfragen. Leiterin des Programms RdRCannabis und des Pilotprojekts zur Cannabisanalyse in den Clubs Kataloniens für das katalanische Gesundheitsministerium.

m.ambros@rdrlab.org

Gabi Becker

Geschäftsführerin Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt (idh)

g.becker@idh-frankfurt.de

Dr. Heiko Bergmann

Wiss. Mitarbeiter DBDD

PD Dr. med. Felix Betzler

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin
felix.betzler@charite.de

Alina Bialecki

Vista gGmbH Berlin, Einrichtungsleitung Betreutes Einzelwohnen

Alina.Bialecki@vistaberlin.de

Dr. med. Maurice Cabanis

Ärztlicher Direktor Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten am Klinikum Stuttgart

Vorstand Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)

maurice.cabanis@gmail.com

Prof. Dr. Daniel Deimel

Professor für Prävention und Gesundheitsförderung

Technische Hochschule Nürnberg Fakultät Sozialwissenschaften

daniel.deimel@th-nuernberg.de

Simon Fleißner

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Institut für Suchtforschung Frankfurt University of Applied Sciences; Koordinator Projekt Naltrain (2021-2024)

simon.fleissner@fb4.fra-uas.de

Monika Fonfara

Fachbereichsleitung, Fixpunkt gGmbH, m.fonfara@fixpunktggmbh.org

Tibor Harrach

Pharmazeutischer Koordinator, vista gGmbH

Tibor.Harrach@vistaberlin.de

M. Sc. PH Tim Hirschfeld, Doktorand

Projektkoordinator der Drug-Checking Evaluationen in Thüringen und Berlin Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin .

tim.hirschfeld@charite.de

Hendrik Iding

Vista gGmbH Berlin

Tizian Kessler

Einrichtungsleitung, vista gGmbH tizian.kessler@vistaberlin.de

Gero Kohlhaas

Cannabis Selbsthilfe Netzwerk Das Cannabisselbsthilfenetzwerk ist die Ausgründung des Selbsthilfenetzwerk Cannabis Medizin in der ACM e.V. welches 2006 von Patienten gegründet wurde.

gerokohlhaas@googlemail.com

Maria Kuban

Deutsche Aidshilfe e.V., Mitarbeiterin im Referat Drogen und Strafvollzug

maria.kuban@dah.aidshilfe.de

Dr. Tomislav Majic

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus

tomislav.majic@charite.de

Hans-Günter Meyer-Thompson

Arzt Hamburg, Redakteur Forum Substitutionspraxis (<https://www.forum-substitutionspraxis.de/>)

meyerthompson@aol.com

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe, Experte für HIV/AIDS-Prävention und Suchtbehandlung; Internationaler wissenschaftlicher Koordinator des DAAD-Programmes »SOLID – Soziale Arbeit und Stärkung von Nichtregierungsorganisationen in der Entwicklungszusammenarbeit zur Behandlung von Drogenabhängigkeit« an der Frankfurt University of Applied Sciences (früherer Leiter des Büros der Bundesdrogenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin), jetzt: Bonn, Deutschland

ingoiljamichels@gmail.com

Esther Neumeier

Leitung DBDD

Oscar Parés-Franquero

Philosoph und Anthropologe, MSc. Suchthilfe; stellv. Direktor ICEERS, Direktor Synaptica-Klinik, Mitbegründer von RdRLAB, Mitarbeiter bei RdRCannabis und dem Pilotprogramm zur Substanzanalyse.

oscarparés@iceers.org

Max Plenert

Vorstandsmitglied akzept e.V., 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

Augustine Reppe

Fachbereichsleitung, vista gGmbH

augustine.reppe@vistaberlin.de

Dirk Schäffer

Deutsche Aidshilfe e.V., Abt. Strukturelle Prävention, Referent für Drogen und Strafvollzug

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Rüdiger Schmolke

MA Politikwissenschaft, Master of Public Health, Systemischer Organisationsentwickler; Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Potsdam, Vorstandsmitglied Akzept e.V., Mitbegründer des SONICS e.V. Bundesverband für Safer Nightlife; Referent für Prävention und Beratung beim Notdienst Berlin e.V.

r.schmolke@chillout-pdm.de

Stefan Scholtis

Leiter Forensische Toxikologie, Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

Stefan.Scholtis@germed.berlin.de

Larissa Steimle

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

larissa.steimle@posteo.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences, geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung (ISFF) bis 2024. Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit: u.a. Berater der Weltgesundheitsorganisation WHO und des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) für das Programm »Gesundheit im Strafvollzug« (Health in Prisons Programme)

Heino.stoever@fb4.fra-uas.de

Achim Teipelke

Geschäftsführung AHF e.V.- AIDS-Hilfe Frankfurt

geschaeftsfuehrung@ah-frankfurt.de

Conor Toomey

Teamleitung, Schwulenberatung Berlin gGmbH

C.Toomey@schwulenberatungberlin.de

Prof. Bernd Werse, Dr. phil.

Frankfurt University of Applied Sciences Institut für Suchtforschung/ Centre for Applied Social Drug Research

bernd.werse@fb4.fra-uas.de

Stefan Wiedemann

Vista gGmbH Berlin, Leitung Bereich
„Betreuung und Wohnen“
stefan.wiedemann@vistaberlin.de

Heinrich Wiek

CEO HHH Hemp Harvesting Technology, Vorstandsvorsitzender der CBGH (Cannabis Betriebsgenossenschaft Hannover), Vorsitzender von CSC Hannover und NICA (Niedersächsische Cannabis Anbauvereinigungen), Koordinator der BCAv (Bundesarbeitsgemeinschaft Cannabis Anbauvereinigungen)
kontakt@anbauverband.de

Ist die Drogenpolitik, und war die, die sich auf legale und illegale Drogen und auch auf Verhaltensstörungen (v.a. im Zusammenhang mit Glücksspiel und Medienkonsum) bezieht in der (fast) vergangenen Legislaturperiode wirklich vorangekommen? Ja und Nein! Einige Verabredungen im Koalitionsvertrag sind zwar angegangen, aber nur unzureichend umgesetzt worden. Von den großen Plänen zur Cannabislegalisierung ist die Realität einer Teillegalisierung übriggeblieben – immerhin! Die Legalisierung von Drug-Checking ist im Juni 2023 erfolgt, die Umsetzung aber in die Hände der Bundesländer gelegt worden, die – bis auf Mecklenburg-Vorpommern – bis jetzt keine Verordnungen erlassen haben. „Harm Reduction“ ist nicht wirklich so konkret operationalisiert worden, und hat deshalb auch keine Auswirkung auf die Diskussion der großen Themen des Konsums von Medikamenten, Alkohol und Tabak gehabt.

Die Elefant*innen im drogenpolitischen Raum sind deshalb nicht wirklich wahrgenommen worden – wie kann das sein?

Dieser Alternative Drogen- und Suchtbericht 2024 gibt Antworten auf viele Fragen!

ISBN 978-3-95853-961-7

eBook: ISBN 978-3-95853-962-4 (www.ciando.com)

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

