

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband

13. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2026

PABST

akzept e.V. (Hrsg.)

13. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2026

Pabst Science Publishers
Lengerich/Westfalen

http://alternativer-drogenbericht.de/

Kontaktadresse:
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14
12161Berlin
Tel.: +49 (0)3082706946
https://akzept.eu
https://gesundinhaft.eu
https://hepatitis-aktion.de

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Herausgeber:
akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Redaktion: Heino Stöver, Raphael Schubert, Larissa Steimle, Christine Kluge Haberkorn
© bei den Autor*innen



2026 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen
www.pabst-publishers.com
pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-69217-067-1
eBook: ISBN 978-3-69217-069-5

Titelbild: Heino Stöver
Layout: Patrick Orths
Druck: Printed in the EU

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **9**
Heino Stöver, Larissa Steimle, Raphael Schubert, Christine Kluge Haberkorn

TEIL 1: SCHWERPUNKTE **13**

1. Menschen mit Drogenkonsum im Justiz- und Maßregelvollzug ***15***

Handlungsempfehlungen für den Umgang mit NPS-Konsum in Haft **17**
Heino Stöver, Bärbel Knorr, Jan-Gert Hein, Norbert Wodarz, Jörn Patzak et al.

Drogenkonsum/-hilfe im Maßregelvollzug **34**
Ingo Ilja Michels, Heino Stöver

Die Substitutionstherapie im Justiz- und Maßregelvollzug – eine interdisziplinäre Herausforderung! Wie kann sie verbessert werden? **39**
Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Die Bedeutsamkeit Forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB im Gesamtgefüge der Suchthilfe – und weshalb diese durch die jüngste Reform bedroht wird **44**
Jan Querengässer

2. Crackkonsum und Hilfebedarfe ***53***

Crack-Konsum in Berlin - Fachliche Einordnung und Ansatzpunkte für Versorgung, Schadensminderung und öffentlichen Raum **55**
Tim Hirschfeld

Vom Kontaktladen zum niedrigschwelligen Komplexangebot: Ein integriertes Modell für den Umgang mit exzessivem Crackkonsum in Großstädten **61**
Monika Fonfara, Carina Fretter, Robert Lager

Veränderte Konsummuster in den Drogenkonsumräumen Zürichs: Dominanz von Crack und Rückgang des Heroinkonsums – Ergebnisse eines systematischen Monitorings **72**
Florian Meyer

Nach der Heroinverschreibung die Kokainverschreibung? Das Genfer Projekt **79**
Daniele Zullino, Louise Penzenstadler

TEIL 2: SUBSTANZBEZOGENE DROGENPOLITIK 85

3. Alkoholpolitik 87

Alkoholprävention in Deutschland wirksam stärken! Antrag Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag 89
Linda Heitmann, MdB

Im Katerland 93
Georg Schomerus

4. Tabak-/Nikotinpolitik 97

Tabakkontrolle und -prävention in Deutschland verbessern 99
Heino Stöver

Tobacco Harm Reduction für Menschen in prekären Lebenslagen 112
Philipp Bruggmann

5. Cannabis 117

Cannabispolitik nach 2 Jahren CanG - Auf halbem Weg stehen geblieben 119
Georg Wurth

6. Opioide 131

Ergebnisse der Wi:Nu:K -Studie 133
Rita Hansjürgens, Rebekka Streck

Bedarfe statt Zuständigkeiten - Kooperation Suchthilfe und Obdachlosenhilfe 140
Bianca Wrana, Raphael Schubert

Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – was wurde erreicht und wo geht es hin? 146
Marc Vogel, Hannes Strasser

Poster: Nitazene-assoziierte Opioidabhängigkeit: Klinische Implikationen für Monitoring, Opioidagonistentherapie und Entzug 153
Uli Muehlan, Fabian Pitter Steinmetz, Clemens Muehlan, Christoph Stoll, Heiko Bergmann, Esther Neumeier, Timur Liwinski

Nitazene in den Drogenszenen..... 154
Interview mit Lea Albrecht

Hydromorphon iv in der OAT: Innovative Suchtmedizin in Wien..... 157
Regina Walter-Philipp

Polyvalenter Konsum und neue synthetische Opioide:
Warum die Behandlung nachziehen muss 161
Robert Morkel

Alles Neu beim Naloxon Nasenspray
Hürden zum Bezug von Naloxon Nasenspray (THN) deutlich gesenkt 164
Dirk Schäffer

TEIL 3: ÜBERGEORDNETE THEMEN 169

Hep C – Elimination bis 2030 – nicht mehr zu schaffen? 171
Astrid Leicht, Heino Stöver

Niedrigschwelliger Zugang und „directly observed therapy" als Schlüssel zur erfolgreichen Hepatitis C-Elimination bei „people who inject drugs 177
Michael Gschwantler

Und was ist mit den Frauen*, Mädchen* und Kindern?
Perspektiven für eine bedarfsgerechte Versorgung 183
Andrea Ungvári, Daniela Dahm und Silvia Kaubisch

Drug Checking als Komplexleistung: Einblicke in ein Forschungsprojekt 191
Tamara Wild, Lena Fackler, Johanna Berger, Franziska Sophia Hoffmann, Johannes Karg, Sebastian Sauer, Andrea Ungvári, Jan Welker, Norbert Wittmann, Christian Ghanem

Die Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz in China – Kann eine App menschliche Psychotherapie ersetzen? 196
Ingo Ilja Michels

Forderungspapier Jugendschutz FDR 199
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Eva Egartner

Projekte – Möglichkeiten durch die Verknüpfung von arbeitsbezogenen Angeboten und Peer Involvement in der niedrigschwelligen Drogenhilfe 205
Robert Lager

Autor:innen 209

Drogenhilfe und Drogenpolitik in Deutschland brauchen evidenzbasierte, koordinierte und mutige Strategien

Heino Stöver, Larissa Steimle, Raphael Schubert, Christine Kluge Haberkorn

Der Public Health Index (PHI) von AOK-Bundesverband und Deutschem Krebsforschungszentrum (AOK & DKFZ 2025) stellt der deutschen Präventionspolitik ein besorgniserregendes Zeugnis aus: Unter 18 untersuchten Staaten in Nord- und Zentraleuropa belegt Deutschland Rang 17. In drei der vier untersuchten Handlungsfelder – Tabak, Alkohol und Ernährung – landet Deutschland auf den hinteren Rängen, im Handlungsfeld Bewegung im unteren Mittelfeld. Andere Drogen waren nicht Gegenstand der Untersuchung. Besonders niedrige Punktzahlen erzielt Deutschland bei strukturellen Maßnahmen, etwa der gesundheitsorientierten Besteuerung, Regelungen zu Werbung und Marketing sowie der Gestaltung von Angebot und Verfügbarkeit gesundheitsschädlicher Konsumgüter. In diesen Feldern der Verhältnisprävention, also der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse, sind die Maßnahmen kaum oder nur wenig ambitioniert, obwohl sie wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge als besonders wirksam gelten. Dieser geringe Umsetzungsstand bei den potenziell wirksamsten und im Index hoch gewichteten Maßnahmen erklärt wesentlich das schlechte Abschneiden.

Das im Mai 2026 veröffentlichte Frühjahrsgutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft beschreibt die finanzielle Belastung der Sozialversicherungen durch vermeidbare chronische Krankheiten: „Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie beispielsweise Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel und unausgewogene Ernährung, können den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verstärken, weil sie die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen […]. Aktuelle Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich der daraus resultierende Ausgabendruck in Deutschland in mehreren Bereichen eher verstärkt als abschwächt“ (Sachverständigenrat 2026: 151).

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) ergänzt: „In Deutschland gehen jedes Jahr rund 15,6 Millionen gesunde Lebensjahre durch nicht-übertragbare Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verloren. Ein Viertel davon ist auf vermeidbare Risikofaktoren zurückzuführen – unter anderem auf ungesunde Ernährung sowie den Konsum von Tabak und Alkohol. Hier liegt ein erhebliches Präventionspotenzial, was politisches Handeln dringend erforderlich macht“ (Nationale Präventionskonferenz 2026). Prävention bedeute dabei mehr, als Steuern zu erheben und individuelles Verhalten zu adressieren: „Wir müssen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlicher gestalten und die Grundlagen für Gesundheitskompetenz möglichst frühzeitig legen“ (Nationale Präventionskonferenz 2026).

Was hier für legale Substanzen gilt, gilt für die Drogenpolitik insgesamt und dort besonders: Es fehlt nicht unbedingt an Wissen, sondern an dessen Nutzung, an Koordination und an Mut.

Evidenz: Das Wissen was da ist, wird nicht genutzt

Eine Lancet-Studie (Zeeb et al. 2025) führt die Defizite der deutschen Präventionspolitik vor allem auf mangelnden politischen Willen, starken Lobbyeinfluss und eine zu geringe Nutzung wissenschaftlicher Evidenz zurück, obwohl viele der wirksamsten Maßnahmen in der Bevölkerung breite Unterstützung finden würden. Bei den illegalisierten Substanzen zeigt sich das besonders deutlich. Der Drogenmarkt verändert sich rasch: Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und hochpotente synthetische Opioide wie Nitazene erschweren Risikoeinschätzung, Behandlung und Notfallversorgung, polyvalenter Konsum wird zunehmend zur Regel und Crack gewinnt in vielen Großstädten an Bedeutung. Das Hilfesystem, das um die Opioidabhängigkeit herum aufgebaut wurde, ist darauf nur unzureichend vorbereitet. Es fehlen niedrigschwellige Angebote, die auf diese Konsummuster zugeschnitten sind, ebenso evidenzbasierte medikamentöse Behandlungsoptionen bei Kokain und Crack.

Wie schwer sich die Bundespolitik mit der evidenzbasierten Weiterentwicklung tut, zeigt die Cannabispolitik. Die zweite Säule des ursprünglichen Konzepts, die kontrollierte Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten, wurde bislang nicht gesetzlich geregelt. Die „Forschungsklausel“ im Konsumcannabisgesetz (§ 2 Abs. 4 KCanG) ermöglicht zwar Forschungsvorhaben, die der Weiterentwicklung der Gesetzgebung dienen können. Die zuständige Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) sieht darin jedoch keine Grundlage für Modellprojekte zur kontrollierten Abgabe und lehnt entsprechende Anträge ab. Die Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Abgeordneten Linda Heitmann (Deutscher Bundestag 2025) zeigt: Von 65 eingereichten Anträgen war bis dahin kein einziger genehmigt. So bleibt offen, wie sich eine regulierte Abgabe auf Gesundheits- und Jugendschutz sowie den Schwarzmarkt auswirkt.

Koordination: Zuständigkeiten ohne gemeinsamen Plan

Evidenz allein genügt nicht, sie braucht einen verbindlichen Rahmen. Die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ stammt aus dem Jahr 2012 und wurde seither nicht grundlegend überarbeitet. Für die heutigen Herausforderungen, darunter Crack, synthetische Opioide und neue Nikotinprodukte, hält sie keine systematischen Antworten bereit. Nötig ist eine neue, verbindliche Strategie, die alle Substanzen umfasst und Bund, Länder und Kommunen gemeinsam trägt.

Wie sehr diese Koordination fehlt, zeigt sich dort, wo Zuständigkeiten aufeinandertreffen. Drogenkonsumierende in Haft und im Maßregelvollzug haben Anspruch auf eine Behandlung, die der außerhalb der Gefängnisse gleichwertig ist. Praktisch hängen Substitution, Naloxon, Infektionsprophylaxe und der Umgang mit NPS stark von Standort und Zuständigkeit ab. Dass die jüngste Reform des § 64 StGB die forensische Behandlung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörung gefährdet, verschärft das Problem. In den Städten wiederum kollidieren Kriminalisierung und Schadens-

minderung unmittelbar: Crackkonsum findet oft im öffentlichen Raum statt und konfrontiert Kommunen, Polizei, Anwohnende und Hilfesysteme mit Konflikten, für die das Bundesrecht kaum Lösungen vorsieht. Drogenkonsumräume dürfen den Konsum mitgebrachter Substanzen dulden, die Weitergabe unter Konsumierenden gilt aber als Handel. Das hält Menschen häufig davon ab, Einrichtungen aufzusuchen oder treibt sie zurück auf die Straße.

Mut: Neue Wege gehen

Weil Bund und Länder zögern, ergreifen Kommunen die Initiative. Die Oberbürgermeister von Köln und Düsseldorf, Torsten Burmester (SPD) und Stephan Keller (CDU), haben sich parteiübergreifend für einen tolerierten Mikrohandel mit harten Drogen in Suchthilfezentren ausgesprochen und fordern Land und Bund auf, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Ihr Vorbild ist das Zürcher Modell mit seinen vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression (siehe Beitrag von Florian Meyer). Die rechtlichen Hürden sind hoch, da nach dem Betäubungsmittelgesetz jeder Handel mit illegalen Drogen strafbar ist. Köln will eine „Experimentierklausel" nutzen, was die NRW-Landesregierung ablehnt: Ohne Änderung des Bundesrechts sei ein solches Modell nicht rechtssicher möglich. Zudem lehnen das Gesundheits- und das Innenministerium die Weitergabe auch inhaltlich ab. Hamburg hat inzwischen eine Bundesratsinitiative eingebracht, die es den Ländern ermöglichen soll, in zugelassenen Drogenkonsumräumen die unentgeltliche Weitergabe geringer Mengen zum unmittelbaren Verbrauch zu erlauben. Verkauf und gewerbsmäßiger Handel bleiben verboten (NDR 2026).

Dass eine gesundheitsorientierte Wende gelingen kann, zeigt Portugal, das 2001 den Besitz kleiner Mengen entkriminalisiert und auf Hilfe statt Strafe gesetzt hat. 25 Jahre später lohnt der Blick darauf, welche Implikationen sich daraus für Deutschland ergeben. Mut braucht es auch bei neuen Behandlungswegen: Nach der Heroinverschreibung wird in Genf nun die Verschreibung von Kokain erprobt, eine „Kokain-Agonisten-Therapie/KAT" (siehe Beitrag von Zullino und Penzenstadler).

Der 13. ADSB im Überblick

Der 13. Alternative Drogen- und Suchtbericht, herausgegeben von akzept e.V., umfasst 29 Beiträge. Sie greifen die Leitgedanken Evidenz, Koordination und Mut aus unterschiedlichen Perspektiven auf.

Kapitel 1 widmet sich Menschen mit Drogenkonsum im Justiz- und Maßregelvollzug. Es enthält Handlungsempfehlungen für den Umgang mit NPS-Konsum in Haft, die auf einem Webinar mit mehr als 400 Teilnehmenden aufbauen, und behandelt Drogenkonsum und -hilfe im Maßregelvollzug, die Substitutionstherapie in beiden Systemen sowie die Bedeutung der forensischen Suchtbehandlung nach § 64 StGB. Kapitel 2 gilt Crackkonsum und Hilfebedarfen. Aufbauend auf den Handlungsempfehlungen einer Arbeitsgruppe reicht es von der fachlichen Einordnung in Berlin über integrierte niedrigschwellige Komplexangebote und das Monitoring in den Zürcher Drogenkonsumräumen bis zum Genfer Projekt einer Kokainverschreibung.

Kapitel 3 befasst sich mit der Alkoholpolitik, darunter ein Antrag zur Stärkung der Alkoholprävention in Deutschland und Überlegungen aufbauend auf das Buch „Ka-

terland“. Kapitel 4 betrachtet die Tabak- und Nikotinpolitik, unter anderem Tobacco Harm Reduction für Menschen in prekären Lebenslagen. Kapitel 5 zieht Bilanz zur Cannabispolitik nach zwei Jahren Cannabisgesetz. Kapitel 6 behandelt Opioide: die Ergebnisse der Wi:Nu:K-Studie, die Zusammenarbeit von Sucht- und Obdachlosenhilfe, die heroingestützte Behandlung in der Schweiz, Nitazene, Hydromorphon in der Opioidagonistentherapie in Wien und die Behandlung polyvalenten Konsums sowie die erleichterten Bezugswege für Naloxon-Nasenspray.

Kapitel 7 adressiert übergeordnete Themenbereiche und fragt unter anderem, ob die Elimination von Hepatitis C bis 2030 noch zu schaffen ist, wie es um die Versorgung von Frauen*, Mädchen* und Kindern steht und gibt Einblicke in Drug Checking als Komplexleistung. Weiterhin fokussiert das Kapitel KI zur Behandlung von Methamphetaminabhängigkeit, beschreibt Forderungen zum Jugendschutz sowie Projekte zu Möglichkeiten durch die Verknüpfung von arbeitsbezogenen Angeboten und Peer Involvement in der niedrigschwelligen Drogenhilfe.

Wir danken allen Autor*innen für ihre Beiträge und wünschen eine anregende Lektüre.

Literatur

Akzept e.V. (2025): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe – ein Update Januar 2025. Verfügbar unter: https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2025/04/HandlungsempfehlungenUpdate2025web.pdf [05.10.2026]

AOK/DKFZ (2026): Public Health Index. Public Health Index | Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2025_Public-Health-Index.pdf [05.10.2026]

Deutscher Bundestag (2026): Vorgang - Kleine Anfrage: Umsetzung und Weiterentwicklung der Cannabisgesetzgebung - Anbauvereinigungen, wissenschaftliche Modellprojekte und aktuelle Perspektiven 21. Wahlperiode. Verfügbar unter: https://dip.bundestag.de/vorgang/umsetzung-und-weiterentwicklung-der-cannabisgesetzgebung-anbauvereinigungen-wissenschaftliche-modellprojekte-und/338803 [05.10.2026]

Nationale Präventionskonferenz (2026): Nationale Präventionskonferenze (NPK) zum Frühjahrsgutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft: Durch stärkere Prävention Ausgaben langfristig dämpfen. Verfügbar unter: https://www.npk-info.de/aktuelles/detailansicht/nationale-praeventionskonferenz-npk-zum-fruehjahrsgutachten-des-sachverstaendigenrats-wirtschaft-durch-staerkere-praevention-ausgaben-langfristig-daempfen [05.10.2026].

NDR (11.9.2026): Hamburger Senat will neue Regeln für Drogenkonsumräume. Verfügbar unter: https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/hamburger-senat-will-neue-regeln-fuer-drogenkonsumraeume,drogen-266.html [05.10.2026].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2026): Frühjahrsgutachten 2026. Verfügbar unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/fg2026/FG2026_Gesamtausgabe.pdf [05.10.2026].

Zeeb H, Loss J, Starke D et al. (2025): Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. The Lancet Public Health, 2025;10(4): e333e342.

TEIL I

SCHWERPUNKTE

1 Menschen mit Drogenkonsum im Justiz- und Maßregelvollzug

Handlungsempfehlungen für den Umgang mit NPS-Konsum in Haft

Heino Stöver, Bärbel Knorr, Jan-Gert Hein, Norbert Wodarz, Jörn Patzak, Kilian Letzas, Lea Otto

Einleitung

Am 21.1.2026 haben akzept und Deutsche Aidshilfe in einer Online-Veranstaltung einen interdisziplinären Überblick über Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) in Haft gegeben. Es wurden rechtliche, medizinische und vollzugspraktische Perspektiven aufgezeigt und um das Thema Beratung und Schadensminimierung ergänzt. Dabei ging es um eine Einordnung des Phänomens, Aufklärung und mehr Handlungssicherheit. Ein sachlicher, informierter Umgang mit NPS ist eine zentrale Voraussetzung, um Risiken zu minimieren. Die Veranstaltung „Neue psychoaktive Substanzen in Haft" ist auf ein enormes Interesse gestoßen. Es konnten ca. 420 Teilnehmende während der Veranstaltung erreicht werden. In einer Folgeveranstaltung am 11.02.2026 wurden weitere Details erarbeitet.

Beide Veranstaltungen dienten als Grundlage für diese Handlungsempfehlungen.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Wirkweisen

Mit dem Begriff „Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)" wird eine Vielzahl von synthetischen Substanzen bezeichnet, die die Wirkungen klassischer Drogen ersetzen sollen und in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung gewonnen haben[1]. Sie können euphorisierende, aktivierende, halluzinogene oder empathogene Wirkungen entfalten. Die drei wichtigsten Wirkspektren sind[2]:

- Synthetische Cannabinoide („Räuchermischungen/Spice")
- Synthetische Cathinone, z. B. Mephedron („Badesalze")
- Synthetische Opioide

Häufig werden sie auch als ‚Research Chemicals' oder ‚Legal Highs' bezeichnet, obwohl sie spätestens seit Einführung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes von 2016 (NpSG) keineswegs mehr legal sind[3].

1 Gredner, T., Gollrad, T. & Erbas, B. (2023): Neue psychoaktive Substanzen (NpS). 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Stand März 2023. München. Verfügbar unter: https://www.bas-muenchen.de/wp-content/uploads/BAS_UG_Informationspapier_NPS_2023.pdf [21.09.2026]

2 European Union Drugs Agency (EUDA) (o. J.): New psychoactive substances (NPS). Verfügbar unter: https://www.euda.europa.eu/topics/nps_en [21.09.2026]

3 Lehmann, E. (2024): Neue psychoaktive Substanzen (NpS). Verfügbar unter: https://www.bsbd.nrw/aktuelles/news/neue-psychoaktive-substanzen-nps/ [21.09.2026]

In Freiheit werden NPS v.a. von jungen Menschen konsumiert, weil sie rein optisch harmlos wirken, relativ leicht erhältlich sind und für Tanznächte perfekt geeignet scheinen.

Insgesamt sind bislang mehr als 930 NPS ermittelt worden[4]. Im Jahr 2020 wurden deutschlandweit 7 Todesfälle registriert, die ausschließlich auf NPS zurückgeführt werden konnten, bei weiteren 8 Todesfällen wurden NPS zusammen mit anderen Stoffen kombiniert[5]. Die Europäische Drogenagentur weist pro Jahr mehrere hundert neue psychoaktive Substanzen auf, die auf dem Markt festgestellt wurden[6].

In der Regel werden die Drogen oral oder nasal eingenommen, also entweder geschluckt oder geschnupft. Einige der neuen Stoffe können auch intravenös oder rektal eingenommen werden, was den Wirkungseintritt beschleunigt. Je nach Konsumform verändert sich die Zeitspanne bis zum Wirkungseintritt sowie gegebenenfalls auch die Wirkdauer. Die Konsumform ist abhängig von der jeweiligen Substanz.

Mögliche Nebenwirkungen sind unter anderem Schweißausbrüche, Herzrasen, Muskelkrämpfe, Wahnvorstellungen, die häufig medizinische Notfalleinsätze erfordern[7]. Die wiederkehrende Einnahme und der Mischkonsum mit anderen rauscherzeugenden Stoffen erhöhen überdies das Risiko für eine Abhängigkeit[8].

Diese Substanzen sind aufgrund ihrer Neuartigkeit und Zusammensetzung oft schlechter kalkulierbar für die Konsumierenden und können zu Überdosierungen führen, weil sie um ein Vielfaches potenter sind als ihre Vergleichssubstanzen (z. B. Carfentanyl ist ca. 10.000-mal potenter als Morphin[9]). Damit kann der NPS-Konsum zu schweren gesundheitlichen Dauerschäden führen.

NPS in Haft

Was zunächst als Randphänomen erschien, hat in vielen Justizvollzugsanstalten die herkömmlichen Drogen weitgehend abgelöst und sich zu einer besonderen Herausforderung entwickelt. Haftanstalten bilden dabei einen sensiblen Mikrokosmos, in dem sich die Risiken, Dynamiken und Folgen in besonderer Art zeigen. Der Drogenhandel und Drogenkonsum in Haft sind ohnehin schon als „*ein Kernproblem des Justizvoll-*

4 Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): Neue psychoaktive Stoffe (NPS). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/nps [21.09.2026]

5 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): Rauschgifttote nach Todesursachen 2020 (Länderabfrage). Verfügbar unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Presse/2021/CDR_2020_Bula_Rauschgifttote_nach_Todesursachen_-_Ver%C3%A4nderung_2019-2020.pdf?utm_source=chatgpt.com [21.09.2026]

6 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2022): European Drug Report 2022: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Verfügbar unter: https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en?utm_source=chatgpt.com [21.09.2026].

7 Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2021): Rauschgifttote nach Todesursachen 2020 (Länderabfrage). Verfügbar unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Presse/2021/CDR_2020_Bula_Rauschgifttote_nach_Todesursachen_-_Veränderung_2019-2020.pdf [21.09.2026]

8 Das Suchtportal (o. J.): NPS-Drogen: Konsum, Wirkung, Abhängigkeit. Verfügbar unter: https://dassuchtportal.de/suchtstoffe/nps-drogen/ [21.09.2026]

9 European Union Drugs Agency (EUDA) (2024): European Drug Report 2024: Trends and Developments. Verfügbar unter: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en?utm_source=chatgpt.com [21.09.2026]

zugs“ beschrieben. Die Bekämpfung von Drogengebrauch innerhalb der JVA ist daher ein „*Tagesgeschäft*“[10].

Der NPS-Handel und -Konsum stellt für den Strafvollzug eine große Herausforderung dar: NPS sind relativ gefahrlos zu schmuggeln, schwer nachweisbar, sie sind geruchslos sowie praktisch unsichtbar und mit geringem Aufwand selbst in Haft herstellbar. Zudem bieten sie beim Verkauf große Gewinnspannen[11]. Sie können auf Papier geträufelt und so zum Beispiel mit Notizblöcken, Kinderzeichnungen, Postkarten, Papierschnipseln oder in Briefen ins Gefängnis geschmuggelt werden. Das erschwert das Auffinden und Post- sowie Haftraumkontrollen erweisen sich für Bedienstete als neue Herausforderung.

Spürhunde erkennen neue psychoaktive Substanzen nicht immer zuverlässig, insbesondere wenn es sich um neuartige chemische Verbindungen handelt. Auch die üblichen Urintests liefern keine zuverlässigen Ergebnisse.

Es wurde empirisch nachgewiesen, dass „der Mangel an strukturierter Beschäftigung, Langeweile, Einsamkeit usw. den Konsum ebenso beeinflussen wie der Wunsch, individuelle ungewollte psychische Zustände wie Stress, Trauma oder auch Schlafstörungen mittels Selbstmedikation abzumildern“[12].

Die hohe Potenz vieler NPS, ihre schwer kalkulierbaren Wirkungen und die rasche Abfolge immer neuer Stoffvarianten stellen Personal wie Gefangene gleichermaßen vor Probleme. Klassische Kontroll- und Nachweismethoden stoßen an ihre Grenzen, medizinische Notfälle nehmen zu, und die Auswirkungen auf Sicherheit, Ordnung und psychische Stabilität innerhalb der Anstalten sind mancherorts erheblich.

Gleichzeitig bleibt das Wissen über diese Substanzen bei Bediensteten und Mitarbeiter*innen der medizinischen Abteilungen häufig fragmentarisch, während sich ihre Zusammensetzungen, Erscheinungsformen und Konsummuster kontinuierlich verändern.

Gesundheitliche Aspekte

Gesundheitliche Auswirkungen

Der Konsum von NPS kann zu zunächst schwer zu erklärenden Verhaltensauffälligkeiten der Gefangenen führen. Bedienstete stehen oft ratlos dem Verhalten von Gefangenen gegenüber, das sie sich nicht erklären können: Gewalttätigkeit gegen andere Inhaftierte und Bedienstete ist gestiegen, ebenso wie Unberechenbarkeiten (z. B. Anzünden des Haftraums), z.T. Aggressionen und Gewaltandrohung und -ausübung auch gegen Bedienstete.

Typische Auffälligkeiten können sein: Verwaschene Sprache, Ausfallerscheinungen, Konflikte bzw. ein anderer Umgang der Gefangenen untereinander, auffälliges Verhalten ohne sichtbare Gründe bis hin zu abnormen Bewegungsmustern.

Hinzu kommen gesundheitliche Probleme: Kreislaufstörungen (z. B. Puls- und Blutdruckanstieg), unberechenbare Reaktionen und Verhaltensweisen, Umkippen, mehr

10 Magoley, N. (2024): NPS: Synthetische Drogen auch in NRW-Gefängnissen auf dem Vormarsch. Verfügbar unter: https://www1.wdr.de/nachrichten/landespolitik/synthetische-drogen-nrw-gefaengnisse-100.html [21.09.2026]

11 Häßler, U. (2026): Neue Psychoaktive Substanzen – eine Einführung. In: Bewährungshilfe, 73, H. 1, 2026, S. 5-15

12 Häßler, U. (2026): Neue Psychoaktive Substanzen – eine Einführung. In: Bewährungshilfe, 73, H. 1, 2026, S. 5-15

Kontrollverluste und mehr körperliche Ausnahmezustände (unkontrollierbares Erbrechen, Orientierungslosigkeit).

Vorsorge und Versorgung durch den medizinischen Dienst

Symptome für eine Vergiftung nach NPS-Konsum

Typische Anzeichen für eine Vergiftung unterscheiden sich auch je nach Wirkspektrum der eingenommenen NPS. Auch die Gefahr von Mischkonsum bzw. Verunreinigungen der synthetischen Drogen sollte nicht unterschätzt werden. Es können auftreten:

- Übelkeit und Erbrechen (bei allen möglich)
- Schwindel (bei allen möglich)
- Orientierungsstörungen (bei allen möglich)
- Verwaschene, undeutliche Sprache (v.a. synthetische Cannabinoide und Opioide)
- Psychotische Symptome (synthetische Cannabinoide und synthetische Amphetamin-ähnliche)
- Angstzustände (synthetische Cannabinoide und synthetische Amphetaminähnliche)
- Motorische Unruhe (v.a. synthetische Amphetamin-ähnliche, aber auch synthetische Cannabinoide)
- Aggressives Verhalten (v.a. synthetische Amphetamin-ähnliche)
- Kardiovaskuläre Symptome, wie z. B. beschleunigter Herzschlag, erheblicher Blutdruckanstieg bis hin zu Herzinfarkt-Symptomatik (synthetische Cannabinoide und synthetische Amphetamine)
- Schläfrigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit (v.a. synthetische Opioide, aber auch andere)
- Krampfanfälle (v.a. synthetische Amphetamin-ähnliche, aber auch synthetische Cannabinoide)
- (starker) Temperaturanstieg (synthetische Amphetamin-ähnliche).

Akutmedizinische Interventionen

Grundsätzliches
Eine Vergiftung mit Neuen Psychoaktiven Substanzen kann in ausgeprägten Fällen eine notfallmedizinische Behandlung erfordern. Bei Überdosierungen kann es zum Tode kommen.

In der Regel sind Menge und Art des konsumierten Stoffes oder eines Mischkonsums zunächst unklar, sodass von schwer voraussagbaren Verläufen auszugehen ist. Ent-

scheidend ist demnach ein syndromorientiertes Vorgehen mit Monitoring der körperlich-vegetativen und klinisch-psychopathologischen Befunde bis zum Abklingen der Symptomatik.

Die Versorgung einer intoxikierten Person sollte in einer möglichst ruhigen, reizabschirmenden Umgebung mit kontinuierlicher personeller Begleitung erfolgen. Im Vordergrund stehen dabei die Begleitung und Beruhigung des Betroffenen und die Sicherung bzw. Verhinderung von Folgeschäden durch Angst, psychotisches Erleben bzw. expansives und aggressives Verhalten, ggf. geht es dabei auch um die Herstellung einer Behandlungsbereitschaft, z. B. bei Verletzungen. Nach klinischer Erfahrung kann häufig allein durch eine ruhige, abschirmende Umgebung und beruhigende Gesprächsführung eine deutliche Besserung erreicht werden („talking down"). So weit möglich, sollte eine konstante Bezugsperson im Kontakt mit dem*der Patient*in bleiben. Die Grundhaltung sollte empathisch-akzeptierend sein (keine Vorhaltungen oder Konfrontationen!). Potenziell irritierende und missverständliche Verhaltensweisen wie abrupte Bewegungen oder schnelles Zugehen auf den Betroffenen sollten vermieden werden. Bei Beachtung dieser Grundsätze kann nach klinischer Erfahrung ggf. auf eine beruhigende Medikation verzichtet werden. Unabdingbar muss in der Notfallsituation bei aggressiven Patienten die eigene Sicherheit und Gesundheit der*des Helfer*in im Auge behalten werden (Fluchtweg offenhalten, hohe Personalpräsenz, mindestens eine zweite Person, die eingreifen oder Hilfe holen kann).

Besonderheiten synthetische Cathinone

Das Vorliegen eines sympathoadrenergen Toxidroms, das Symptome wie hypertensive Blutdruckwerte, Tachykardie, Mydriasis oder Agitation umfasst, lässt differenzial-diagnostisch an eine Intoxikation mit Stimulantien, wie Cathinon-Derivaten denken. Die Ausprägung der Tachykardie oder Hypertonie kann dabei meist einen guten Anhaltspunkt für das Ausmaß der Stimulantien-Intoxikation geben. Sollte es zu einem potentiell lebensbedrohlichen Blutdruckanstieg und Tachykardie kommen, ist eine intensivmedizinische Überwachung unabdingbar. Bei im Vordergrund stehenden psychischen Symptomen ohne ausreichende Überwachungsmöglichkeit sollte bei unklarer Mischintoxikation – soweit wie möglich – auf die Gabe einer Medikation verzichtet werden. Wenn eine Medikation notwendig erscheint (z. B. starke Agitiertheit, Aggressivität oder psychotische Symptome) soll als Mittel der ersten Wahl Benzodiazepine eingesetzt werden. Falls die Gabe von Benzodiazepinen nicht ausreichend ist, kann zusätzlich ein Antipsychotikum gegeben werden, vorzugsweise ein „atypisches" (2. Generation), wie z. B. Olanzapin.

Besonderheiten synthetische Cannabinoide

Neben akuten psychotischen Symptomen können hier auch, ähnlich wie bei den oben beschriebenen synthetischen Cathinonen, ein sympathoadrenerges Toxidrom auftreten. Eine evidenzbasierte medikamentöse Behandlung ist nicht bekannt, sodass man sich an den oben angeführten Ausführungen bei den synthetischen Cathinonen orientieren kann.

Besonderheiten synthetische Opioide

Im Gegensatz zu den meisten anderen NPS sind hier überdosierte Personen bewusstseinsgetrübt oder bewusstlos. Bei Monokonsum sind die stecknadelkopfkleinen Pupillen (Miosis) typisch. Entscheidend ist hier das Ergreifen geeigneter Erste-Hilfe-Maßnahmen, wie Gabe von Naloxon als Antidot, bevorzugt als Nasenspray. Gegebenenfalls kann auch eine Herzdruckmassage und Beatmung notwendig werden. Diese Menschen müssen unbedingt weiter überwacht werden, insbesondere da im Verlauf eventuell Naloxon wiederholt verabreicht werden muss, insbesondere wenn langwirksame Opioidderivate konsumiert wurden.

Prävention, Beratung und Safer-Use

Beratung im Haftkontext

Die Beratung und Betreuung drogengebrauchender Inhaftierter folgt einem gesundheits- und resozialisierungsorientierten Ansatz. Ziel ist es, sucht- und deliktrelevante Problemlagen zu bearbeiten, gesundheitliche Schäden zu verringern und die Voraussetzungen für ein straffreies Leben in Freiheit auszubauen. Die Inhaftierung wird dabei von Seiten der Justiz als Gelegenheit verstanden, Interventionen zu ermöglichen, um die Lebenslage der betroffenen Personen langfristig zu verbessern[13].

Die Angebote in den Justizvollzugsanstalten sollen sich dabei am Äquivalenzprinzip orientieren, das heißt, sie sollen in Qualität und Zugänglichkeit den Regelangeboten der gemeindenahen Sucht- und Drogenhilfe entsprechen, zugleich aber die besonderen Bedingungen des Justizvollzuges berücksichtigen[14]. Dieser Grundlage folgend sind Hilfs- und Beratungsangebote auf Transparenz, Vertraulichkeit und Freiwilligkeit aufzubauen[15]. Die Mitarbeitenden benennen von Beginn an verständlich Zielsetzung, Ablauf, mögliche Konsequenzen sowie die Grenzen der Schweigepflicht, um eine tragfähige und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen[16].

Für den Konsum von NPS im Kontext der Justizvollzugsanstalten lassen sich vor allem zwei Zielgruppen identifizieren, für die diese Grundlage von entscheidender Bedeutung ist: sozial, psychisch und/oder medizinisch vulnerable Personen, die oft langjährig drogenabhängig sind, sowie Jugendliche und junge Erwachsene, die NPS als Bewältigungsstrategie oder zur Selbstmedikation konsumieren[17].

13 Justizvollzugsvergütungsverordnung Nordrhein-Westfalen (JVV NRW) (o. J.): Justizverwaltungsvorschriften. Verfügbar unter: https://jvv.nrw/anzeigeText.jsp?daten=356&daten2=Vor [21.09.2026]

14 Volkow, N. D., Scoppetta, O., Busse, A., Poznyak, V., Krupchanka, D., Campello, G. & UNODC/WHO Informal Scientific Network (2024): Treatment of substance use disorders in prison settings: statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. In: World Psychiatry, 23(2), S. 294–295. DOI: 10.1002/wps.21210

15 UNODC/WHO Informal Scientific Network (2023): UNODC-WHO Informal Scientific Network Statement. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ISN_InformalScientificNetwork_Statement_150323_FINAL.pdf [21.09.2026]

16 https://jvv.nrw/anzeigeText.jsp?daten=356&daten2=Vor

17 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2018): New psychoactive substances in prison. Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2810/7247. Verfügbar unter: https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/8869/nps-in-prison.pdf [21.09.2026]

Im Folgenden sollen zentrale Interventionsbereiche dargestellt werden, die für den Umgang mit NPS gebrauchenden Personen in Haft hilfreich sein können. Grundsätzlich gilt jedoch für jeden Kontext: Interesse an der Lebenslage und dem Befinden der Inhaftierten zu haben und keine Hemmungen zu zeigen, das Thema NPS anzusprechen. Es wird kein großes Detail- und Fachwissen oder gar eine Lösung benötigt, entscheidend sind vielmehr die Bereitschaft sowie die Möglichkeit, diese Sachverhalte gemeinsam mit den Betroffenen zu erarbeiten.

Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung in Haft beruht auf der (im Vollzugskontext so weit wie möglich gewährleisteten) Freiwilligkeit der Teilnahme und einer nicht-stigmatisierenden, wertschätzenden Grundhaltung gegenüber den Inhaftierten. Sie ist konsequent gesundheitsorientiert statt sanktionsgeleitet und zielt darauf ab, Risiken zu verringern und Wohlbefinden zu stärken. Dabei arbeitet sie ressourcen- und lösungsorientiert, indem sie vorhandene Fähigkeiten und Stärken der Klient*innen in den Mittelpunkt stellt und gemeinsam konkrete, erreichbare Schritte entwickelt. Zugleich bleibt sie eng an den Bedingungen des Haftalltags orientiert, verzichtet auf lebensfremde Appelle und sucht praktikable Lösungen, die unter den realen Vollzugsbedingungen tatsächlich umsetzbar sind. Mit seiner umfassenden Ausrichtung ist dieser Beratungsansatz besonders geeignet, drogenbedingten Todesfällen vorzubeugen, da sowohl das Konsumverhalten als auch die psychische Verfassung als wesentliche Risikofaktoren gelten und gleichzeitig elementare Inhalte der psychosozialen Beratung darstellen[18].

Auch wenn Beratungen im Kontext von NPS als Intervention nach Drogennotfällen eingesetzt werden können, ist es wichtig, das Verhalten nicht zu bewerten, sondern gemeinsam mit der Person den Grund und das dahinterliegende Bedürfnis zu betrachten. Eine möglichst offene Kommunikation über diese Themen kann dazu beitragen, gesundheitliche Risiken des NPS-Konsums zu verringern, die Eigenverantwortung und Risikokompetenz der Inhaftierten zu stärken und deren Motivation zu einer Konsumreduktion oder Abstinenz zu fördern. Durch diesen Zugang kann die psychosoziale Beratung die Stabilisierung der psychischen Gesundheit im Haftalltag unterstützen, Selbstwahrnehmung und Impulskontrolle verbessern und gemeinsam mit den Betroffenen alternative Bewältigungsstrategien entwickeln. Ein weiteres zentrales Ziel ist die Vorbereitung auf die Haftentlassung, einschließlich der Planung eines gesicherten Übergangs und der Anbindung an externe Hilfsangebote. Hier gilt der Grundsatz, dass unter Voraussetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine möglichst frühe Vermittlung in stationäre oder ambulante Einrichtungen außerhalb der Justizvollzugsanstalten priorisiert werden sollte[19].

Der LWL bietet im Blended-Learning-Format eine umfangreiche Weiterbildung im Kontext Psychosozialer Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung an, in der universelle Grundlagen vermittelt werden, die auch auf das NPS-Thema übertragbar

18 Eder, S. (2012): Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

19 Justizverwaltung Nordrhein-Westfalen (o. J.): Justizverwaltungsvorschriften. Verfügbar unter: https://jvv.nrw/anzeigeText.jsp?daten=356&daten2=Vor [21.09.2026]

sind. Weitere Infos: https://www.lwl-ks.de/de/qualifizierung/weiterbildungen/psychosoziale-beratung-substituierter-psb/

Prävention

Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits benannt, sind NPS häufig hochpotent und in ihrer Beschaffenheit nicht einschätzbar, weshalb es keinen sicheren Konsum von NPS gibt. Dennoch können Strategien angewandt werden, um die damit verbundenen Risiken möglicherweise zu reduzieren[20].

Bislang sind die am häufigsten in Haft konsumierten NPS die synthetischen Cannabinoide[21]. Um rechtzeitig Unterstützung zu erhalten, ist hier vor allem das Erkennen früher Warnzeichen ausschlaggebend. Dementsprechend kommt systematischer Früherkennung im Rahmen präventiver Maßnahmen eine zentrale Bedeutung zu. Diese umfasst die Beobachtung und Einordnung von Verhaltens- und Zustandsänderungen mit dem Ziel, frühzeitig geeignete Unterstützungsmöglichkeiten einzuleiten, ohne primär sanktionierend zu reagieren. Zu frühen Warnzeichen zählen insbesondere Verhaltensänderungen wie Rückzug, auffallende Unruhe, Halluzinationen und diverse vegetative Symptome.[22]

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass durch die ständige Verfügbarkeit von Vollzugspersonal in den Haftanstalten im Notfall schnell Hilfe mobilisiert werden kann. Solche konsuminduzierten Notfälle sollten in keinem Fall zu einer Sanktion führen, um die Hemmschwelle in unklaren Situationen möglichst gering zu halten. Um in akuten Notfallsituationen umgehend reagieren zu können, erscheint zudem die Vorhaltung von Naloxon in den Justizvollzugsanstalten empfehlenswert. Angesichts der häufig unklaren Zusammensetzung konsumierter Substanzen könnte dies insbesondere bei möglichen opioidbedingten Notfällen eine wichtige lebensrettende Maßnahme darstellen.

Ergänzend sind gruppendynamische Prozesse und Peer-Einflüsse im Vollzug zu berücksichtigen. Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist im geschlossenen Vollzugssystem häufig nicht ausschließlich als individuelles Verhalten zu verstehen, sondern in soziale Strukturen eingebettet. Insbesondere mit Blick auf Jugendliche und junge Erwachsene sind Peer-Dynamiken von besonderer Bedeutung. Dazu zählen beispielsweise Gruppendruck und soziale Zugehörigkeitsmechanismen, aber auch Zusammenhänge mit ökonomischen Abhängigkeiten, funktionalen Rollen („Dealer", „Beschaffer", etc.) sowie asymmetrischen Machtverhältnissen.

Safer-Use

Das Konzept von „Drug, Set und Setting" ist eine bewährte Methode im Rahmen von Safer-Use-Beratung, die sich auch auf den Konsum von NPS in Haft übertragen lässt.

20 Jones, A. T., Marwan Abu Taha, A., Miller, G. P. (2025): The resurgence of synthetic cannabinoid receptor agonists as adulterants in the Era of Cannabis legalization: Lessons from prior epidemics and clinical implications. In: Neurosci Biobehav Rev;170:106043.

21 Montanari, L. (2024): Towards better prepared prisons: monitoring and response to the use of new substances inside prison. In: Eur J Public Health. 28;34

22 Eine Übersicht zu Warnzeichen findet sich hier: https://www.msdmanuals.com/de/profi/spezielle-fachgebiete/illegale-drogen-und-rauschmittel/cannabinoide-synthetische

Die grundlegende Idee ist, dass Substanzen, persönliche Faktoren und äußere Konsumumstände in einer ständigen Wechselwirkung stehen und somit sowohl die gewünschte Wirkung als auch die damit verbundenen Risiken beeinflusst werden können. [23]

Hier ist eine auf den Vollzug ausgerichtete Matrix, die bei der Umsetzung der Methode im Haftalltag helfen soll:

Dimension	Leitfragen	Typische Aspekte in Haft
Drug (Substanz)	Was wird konsumiert? In welcher Form und Dosis?	**Art der Substanz** (z. B. synthetische Cannabinoide, Opiate, Benzos, Alkoholersatz), **Reinheit/Unberechenbarkeit** (NPS, aufgesprühte Stoffe, Eigenmischungen), **Applikationsform** (geraucht, geschluckt, geschnupft, injiziert), **Dosierung** (schwer abschätzbar, „Hotspots“ auf Papier/Tabak), **Mischkonsum** (mehrere Substanzen, Medikamente, Alkohol aus Eigenherstellung), **Toleranz und Entzugssituation** (frisch inhaftiert, nach Entzug, nach Substitution)
Set (persönliche Faktoren)	Wer konsumiert und in welcher inneren Verfassung?	**Psychische Verfassung** (Angst, Stress, Langeweile, Hoffnungslosigkeit, Wut), **psychiatrische Vorerkrankungen** (Psychosen, Depression, Traumafolgestörungen), **Erwartung an die Wirkung** (abschalten, schlafen, „Flucht“ aus der Haftrealität, Gruppenzugehörigkeit), **Konsumerfahrungen** (erstmals in Haft konsumierend, langjährige Suchtkarriere, NPSunerfahren), **körperlicher Zustand** (mangelnder Schlaf, schlechte Ernährung, Entzugssymptome, chronische Erkrankungen), **Motivation** (Selbstmedikation, Druck aus der Gruppe, Handel, „Schulden abarbeiten“)
Setting (Umstände)	Unter welchen Bedingungen wird konsumiert?	**Haftbedingungen** (Überbelegung, Enge, Lärm, fehlende Rückzugsräume), **Haftraum** (Einzel/Gemeinschaftshaftraum, versteckter Konsum, fehlende Fluchtwege bei Notfall), **soziale Dynamik** (Druck durch Mitgefangene, Hierarchien, Gewaltandrohung, „Zahlungsdruck“), **Kontrolldruck** (Kontrollen, Durchsuchungen, Sanktionen, Angst vor Entdeckung), **Zugänglichkeit von Hilfe** (Erreichbarkeit von Personal, Hemmung, „Alarm“ zu betätigen, Misstrauen gegenüber Vollzug und Gesundheitsdienst), **Tagesstruktur** (Konsum v.a. in belastenden Phasen: Einschlusszeiten, nach Besuchen, nach Konflikten), **institutionelle Kultur** (Umgang mit Sucht, HarmReductionAngebote, Substitution, Suchtberatung, Reaktionsmuster auf Drogenvorfälle)

Mögliche Fragestellungen im Rahmen der Safer-Use-Beratung könnten entsprechend sein:

- Drug: „Welche Substanz(en) genau, wie stark, wie konsumiert – und was daran macht den Konsum in Haft zusätzlich riskant?“

23 Drug Checking Berlin (o. J.): Drug Set Setting. Verfübar unter: https://drugchecking.berlin/substanzen/drug-set-setting [21.09.2026]

- Set: „Wie geht es dir innerlich vor dem Konsum – und was versuchst du damit zu beeinflussen oder wegzudrücken?“
- Setting: „Wie sieht deine Situation im Haftraum / auf der Abteilung aus – was erschwert es, sicher zu konsumieren oder Hilfe zu holen?“

Die gemeinsame Auseinandersetzung mit den inhaftierten Personen kann im Vorfeld mögliche Risiken reduzieren und so zum Gesundheitsschutz beitragen. Grundsätzlich gilt zudem, dass jede Form der psychosozialen Unterstützung einen präventiven Einfluss auf möglichen Drogenkonsum in Haft hat.

Zur weiteren Unterstützung der Prävention und Risikominimierung kann es sinnvoll sein, transparente Informationen sowie Safer-Use-Strategien in Form von Aufklärungsmaterial bereitzustellen. Dies kann auch dann hilfreich sein, wenn ein vollständiger Verzicht auf den Konsum von NPS kurzfristig nicht erreichbar erscheint. Relevante Inhalte solcher Materialien können beispielsweise Informationen zur besseren Substanzkenntnis, Hinweise zur Vermeidung von Mischkonsum sowie Aufklärung über Risiken von Überdosierungen umfassen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich ein Teil der Inhaftierten der potenziellen Risiken von NPS – insbesondere hinsichtlich ihrer häufig schwer vorhersehbaren Wirkungen – nicht oder nur unzureichend bewusst ist.

Ergänzend zur reinen Gefahrenaufklärung kann auch das Aufzeigen alternativer Handlungsstrategien sinnvoll sein. Ziel sollte dabei auch sein, Inhaftierten alternative Möglichkeiten der Freizeitgestaltung sowie der individuellen Ressourcenentwicklung zu eröffnen, die langfristig als persönliche Alternativen zum Substanzkonsum etabliert werden können.

Nachsorge nach Drogennotfällen

Nach einem akuten Vorfall sollten zeitnah strukturierte Nachgespräche angeboten werden, die sowohl die subjektive Wahrnehmung des Ereignisses als auch die zugrunde liegenden Konsummotive und Risikokonstellationen berücksichtigen. Ziel dieser Gespräche ist es, eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem Konsum zu ermöglichen und gleichzeitig erneute Notfälle zu verhindern.

Ein zentraler Bestandteil der Nachsorge ist die Rückfallprävention. Diese umfasst die gemeinsame Identifikation von Frühwarnzeichen, die Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien für Risikosituationen sowie die Anbindung an interne und externe Hilfesysteme.

Drogennotfälle können auf diese Weise nicht nur als akute Krisenereignisse verstanden, sondern vielmehr als Ausgangspunkt für nachhaltige Veränderungs- und Stabilisierungsprozesse genutzt werden.

Gruppenangebote

Gruppenangebote erweisen sich in Haft sowohl praktisch als auch theoretisch als sehr wirksame Interventionsmöglichkeit. [24] Obgleich vor dem Hintergrund knapper Res-

24 Thekkumkara, S. N., Jagannathan, A., Muliyala, K. P., Murthy, P. (2022): Psychosocial Interventions for Prisoners with Mental and Substance Use Disorders: A Systematic Review. In: Indian J Psychol Med;44(3):211-217. doi: 10.1177/02537176211061655.

sourcen, der organisatorischen Vorteile oder möglicher Peereffekte, können Gruppenangebote jedoch Einzelberatungen nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen.

Gruppenangebote können Informationsveranstaltungen oder mehrteilige Trainings darstellen. In der nachfolgenden Tabelle sind beispielhaft Themen und Inhalte aufgeführt.

Thema	Ziel	Inhalt	Methoden
Einstieg Gruppenarbeit	- Vertrauensvolle Beratungsbeziehung herstellen - Konsummuster, Motivation und Erwartungen klären	- aktuelle Haft- und Lebenssituation - Was bringt mir der Konsum – und was kostet er mich? - Art der Substanzen, Konsumhäufigkeit, Konsumsituationen - bisherige positive und negative Erfahrungen rund um den Konsum	- Offene Fragen (MI) - Konsum- und Belastungsprofil - Skalierungsfragen
Wissen und Risikoaufklärung zu NPS	- Informierte Entscheidungen ermöglichen - Mythen und Fehlinformationen abbauen	- Was sind NPS? (Wirkstoffe, Darreichungsformen…) -Unberechenbar-keit von Wirkung und Dosierung - Akute Risiken (u.a. Überdosierung, Psychosen, Aggression, Kontrollverlust, Kreislaufzusammenbruch) - Langzeitfolgen (u.a. psychische Instabilität, Abhängigkeit) - Verschlechterung der Haftbedingungen	- Kurze Inputs - Fallbeispiele aus Haftkontext - Austausch in der Gruppe - Videos/Dokus
Konsum verstehen – Funktionen erkennen	- Funktion des Konsums erkennen - Auslöser identifizieren	- Warum greife ich zu NPS? (Wirkweisen und Funktionen) - Typische Risikosituationen in Haft	- Input zu Wirkweisen, Belastungssituationen, Stressabbau etc. - Konsumtagebuch - ABC-Modell (Auslöser – Bewertung – Konsequenz) -Gruppendis-kussion

Alternativen und Bewältigungsstrategien	- Konkrete Alternativen zum Substanzkonsum entwickeln - Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit stärken	- Stress- und Emotionsregulation - Umgang mit Langeweile - Soziale Strategien	- Rollenspiele - persönliche „Notfall-Strategiekarte“ - Ressourcenarbeit
Rückfallprävention, Krisenmanagement	- Rückfälle vermeiden oder frühzeitig abfangen - Handlungssicherheit bei Craving und Krisen	- Warnzeichen erkennen - Individuelle Rückfallkette - Was tun bei starkem Konsumdruck? - Notfallplan	- Rückfallanalyse - schriftlicher persönlicher Krisenplan - Gruppenaus-tausch
Perspektive und Entlassung	- Stabilisierung über die Haft hinaus - Rückfallrisiken nach Entlassung reduzieren	- Konsumrisiken nach Haftentlassung - Anbindung an externe Sucht- oder Selbsthilfe - Ziele für die Zeit nach der Haft - Motivation aufrechterhalten	- Zielarbeit (SMART-Ziele) - Ressourcenarbeit - Traumreise - Vermittlung zu Beratungsstellen - Abschlussgespräch / Feedback

Personal

Im Kontext NPS in Haft stellen Schulungen des Personals ebenfalls eine denkbar geeignete Intervention dar. Inhalte derartiger Schulungen können beispielsweise aus dem Themenfeld Substanzkonsum und Sucht entnommen werden. Dies könnte auf verschiedene Weise einen wichtigen Beitrag zum zukünftigen Umgang mit NPS-Konsum im Justizvollzug leisten.

Neben der Sensibilisierung für Anzeichen eines problematischen Konsums können hierbei auch grundlegende methodische Elemente aus der Suchtberatung vermittelt werden. Dazu zählen insbesondere Gesprächstechniken, die Veränderungsprozesse unterstützen oder anstoßen können – auch in kurzen, alltagsnahen Gesprächssituationen. Beispiele hierfür sind Ansätze des Motivational Interviewing (MI) sowie der professionelle Umgang mit Ambivalenzen im Veränderungsprozess. Denn zu beachten gilt, dass viele Inhaftierte sich oftmals in einer ambivalenten Situation befinden, in der sie ihren Konsum einerseits als problematisch wahrnehmen, andererseits jedoch (noch) nicht bereit sind, diesen aufzugeben.

Inhaltlich könnten Schulungen wie folgt ausgerichtet sein:

- Symptome, Erkennung, Sofortmaßnahmen
- Umgang mit akuten Situationen / Krisensituationen
- Eigene Sicherheit bei Kontrollen und im Umgang mit Inhaftierten
- Kommunikationsstrategien sowie Gesprächstechniken

Hinzu kommt die Möglichkeit, personelle Kommunikationsstrukturen zu etablieren. Darunter können der strukturelle und regelmäßige Bericht über aktuelle Entwicklungen und Maßnahmen sowie das Benennen interner Ansprechpartner*innen für Fragen des Personals hinsichtlich NPS zu verstehen sein. Die Benennung interner und externer Ansprechpartner*innen für Fragen der Inhaftierten hinsichtlich der Thematik NPS gilt es ebenso zu bedenken.

Implementierung und Evaluation - Checkliste Prävention und Beratung

Prävention

- Informationsmaterialien für Inhaftierte sind vorhanden und gut erreichbar
- Aufklärungsveranstaltungen sind etabliert
- Frühwarnzeichen problematischen Konsums sind definiert
- Die Risikokommunikation ist angepasst (z. B. Frühwarnsystem, Ansprechpartner*innen)

Beratung & Therapie

- Berater*innen sind zu NPS geschult
- Beratung zu NPS ist integriert
- Nachsorgeprozesse nach Drogennotfällen sind etabliert
- Gruppenangebote sind vorhanden
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen wurden etabliert
- Rückfallprävention bei Entlassung wurde berücksichtigt
- Kooperation mit externen Suchthilfesystemen ist geregelt

Evaluation

- Die Maßnahmen werden dokumentiert
- Ziele wurden festgelegt und regelmäßig evaluiert

Sicherheit und Ordnung – Reaktionsmöglichkeiten des Justizvollzuges

Reaktionsformen des Justizvollzuges auf das NPS-Problem beziehen sich auf drei Strategien:

- Aus- und Weiterbildung des Personals

- Reduzierung des (Drogen-)Angebots
- Reduzierung der Nachfrage bzw. des Konsums

Aus- und Weiterbildung des Personals

Der wichtigste Baustein, um dem Problemfeld „NPS“ vollzuglich entgegenzuwirken, ist die zuverlässige Erkennung. Dazu gehören nicht nur technische Hilfsmittel wie der Einsatz eines Drogenscanners, sondern vor allem gut ausgebildetes Personal. Im Rahmen des Modellprojekts „Drogenerkennung im Strafvollzug“ wurde in Rheinland-Pfalz das Schulungsmodell fester Bestandteil der Anwärterausbildung. Dabei handelt es sich um eine komplexe dreitägige Schulung, bei welcher u.a. unterschiedliche Methoden zur Klassifizierung von psychoaktiv beeinflussten Personen gelehrt werden. Nur bei einer zuverlässigen Erkennung des NPS-Problems können effektiv Gegenmaßnahmen ergriffen werden, seien es vollzugliche Maßnahmen gegen den Schmuggel der Stoffe in die Anstalten einerseits und speziell zugeschnittene Präventions- und Behandlungsmaßnahmen andererseits.

Reduzierung des Angebots

Postkontrolle

Es gehört inzwischen zum typischen Vorgehen einzelner Anstalten,–dass sie Briefe generell nur noch in Kopie an die Inhaftierten herausgeben, um dem Schmuggel von NPS vorzubeugen. Dieses Vorgehen belastet die Inhaftierten, für die der unbeschränkte Briefverkehr einen wichtigen, vor allem aber sehr persönlichen Kontakt zur Außenwelt darstellt. Hinzu kommt, dass die Vollzugsgesetze der Länder den Gefangenen grundsätzlich ein Recht auf unbeschränkten Schriftwechsel einräumen. Dass das unterschiedslose Anhalten von Post und die anschließende Weiterleitung mittels Kopie einen nicht unerheblichen Eingriff in das Briefgeheimnis aus Art. 10 GG darstellt, steht außer Frage. Allerdings haben mittlerweile einige Bundesländer Regelungen erlassen, die das Kopieren ausdrücklich erlauben, so z. B. Rheinland-Pfalz zum 1.3.2026.

Briefe grundsätzlich nur noch in kopierter Form an Inhaftierte auszugeben, ist nicht immer praktikabel und nicht immer rechtlich abgesichert. Es würde einen zu hohen personellen Aufwand bedeuten und das Recht der Insassen auf Schriftwechsel würde berührt, wenn regelmäßig verdachtslose Briefkontrollen angeordnet wären. Die Anordnung des Tragens von Einweghandschuhen im Rahmen der durch die Bediensteten durchzuführenden Post- und Haftraumkontrollen schützt die Bediensteten nur im Rahmen dieser Tätigkeiten, verhindert aber keine Einfuhr der Substanzen. Für grundrechtsschonende und wirksame Kontrollen sowie für nötige Präventionsprogramme braucht es zusätzliches Personal und geeignete Technik.

Der Vollzug steht dem Problem des NPS-Konsums nicht hilflos gegenüber. Die Landesjustizverwaltungen dürfen die Anstalten mit diesem Problem jedoch nicht allein lassen und müssen entsprechende Expertise und eine notwendige Ausstattung zur Verfügung stellen.

Bei der Bekämpfung von NPS im Justizvollzug dürfte der Weg über die regelmäßige Anordnung verdachtsloser Briefkontrollen problematisch sein. Nach den Ausführungen des OLG Celle (NStZ-RR 2021, 261) ist die Gefahr groß, dass die strengen Voraussetzungen einer insofern anzuwendenden Generalklausel nicht eingehalten werden (können). Dies gilt umso mehr, als es sich um eine Anordnung auch gegenüber Sicherungsverwahrten handelt. Bei diesen Kontrollen sollte – schon aus Gründen der Verhältnismäßigkeit – von Anstaltsseite darauf geachtet werden, dass diese zeitlich und räumlich (etwa bezogen auf eine bestimmte Abteilung) begrenzt und auf einen konkreten Anlass (beispielsweise die Häufung von gesundheitlichen Vorfällen nach dem Konsum von NPS) zurückzuführen sind[25].

Testung/Nachweisbarkeit/Kontrollen/Scanner

Drogenscanner arbeiten ähnlich wie beim Sicherheitscheck am Flughafen. JVA-Mitarbeiter*innen nehmen mittels eines Teststreifens Wischproben, die innerhalb von Sekunden von dem Detektor ausgewertet werden. Der Scanner ist mit einer Datenbank des Landeskriminalamtes Rheinland-Pfalz gekoppelt, wo das Ergebnis mit zahlreichen bislang bekannten NPS abgeglichen wird. Gescannt werden könnten dann zum Beispiel Postsendungen oder andere Gegenstände, die auf dem Weg zu einem*r Gefangenen sind oder sich bereits in seinem*ihren Besitz befinden.

Neben der entsprechenden Technik, etwa geeignete Drogenscanner („IONSCAN 600“26), braucht es vor allem zusätzliches Personal, damit die Kontrollen wirksam, aber so (grund-)rechtsschonend wie möglich ablaufen können. Zudem darf man nicht aus den Augen verlieren, dass der Briefverkehr nur ein möglicher Weg ist, diese Stoffe in die Anstalt zu schmuggeln. Gut denkbar ist auch, dass NPS z. B. über Mülltransporte in die Anstalt gelangen. Dennoch, auch ein geschulter Blick der Bediensteten bleibt wichtig, vor allem, weil die Palette möglicher Auffälligkeiten bei den Postsendungen bereits breit ist: Diese reicht von der Verwendung besonderer Zeichen (etwa Herzzeichen anstatt i-Punkten) bis hin zu dem Umstand, dass seitenweise unbedrucktes kariertes Papier verschickt wird. Für die Hersteller wie auch die Konsument*innen steht dabei im Vordergrund, dass die NPS in konsumfertige Form gebracht, mithin die getränkten Papiere Kästchen-, zumindest aber umrandungsweise in Konsumeinheiten eingeteilt sind.

Reduzierung der Nachfrage bzw. des Konsums

Eine Reduzierung der Nachfrage bzw. des Konsums von NPS kann über eine zielgerichtete Beratung, Aufklärung (siehe Kap. 5) parallel zu einer Angebotsreduzierung (s. oben) erreicht werden.

Der Umgang mit NPS konsumierenden Gefangenen erfordert eine konsequent präventive, gesundheitsorientierte, ressourcenstärkende und eine nicht ausschließlich sanktionierende Haltung. Psychosoziale Beratung kann einen zentralen Beitrag leisten, um Risiken zu reduzieren, Motivation für Veränderung zu fördern und Stabilität im Haftalltag zu unterstützen – auch ohne vollständige Abstinenz vorauszusetzen. Be-

25 Bode L (2023): Neue Droge im Knast. Das Einbringen von neuen psychogenen Stoffen mittels Eingangspost in die Anstalt. Verfügbar unter: https://verfassungsblog.de/neue-droge-im-knast/ [21.09.2026]

26 Patzak, J. & Metternich, S. (2019): Der neue IONSCAN 600: Drogenscanner der JVA Wittlich zum Aufspüren von Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS). In: Forum Strafvollzug, 68(3), S. 211–213.

sonders wirksam ist Beratung dort, wo individuelle Lebenslagen, Konsumfunktionen und Haftbedingungen gemeinsam reflektiert werden. Gruppenangebote und informationsbasierte Präventionsformate ergänzen die Einzelberatung sinnvoll, können diese jedoch nicht ersetzen. Insgesamt zeigt sich, dass niedrigschwellige, transparente und freiwillige Beratungsangebote ein wesentlicher Baustein zur Schadensminimierung, Prävention von Notfällen und zur Vorbereitung einer stabileren Perspektive über die Haft hinaus sind.

Anhang

RheinlandPfalz
JUSTIZVOLLZUGSANSTALT
WITTLICH

WARNUNG!







Es sind LEBENSGEFÄHRLICHE CANNABINOIDE im Umlauf, die unsichtbar auf Papier aufgetragen werden!

Risiken:

- Unbewusste Einnahme durch Rauchen von fremden Zigaretten (nehmen Sie keine Zigaretten von anderen Gefangenen an!)
- Überdosierung
- Schwere gesundheitliche Dauerschäden, auch Gehirnschäden, bis hin zu Notarzteinsätzen

Unerwartete Nebenwirkungen:

- Unkontrolliertes Muskelzucken am ganzen Körper
- Krampfanfälle
- Bewusstlosigkeit
- Massive Gleichgewichtsstörungen
- Atemnot / Atemstillstand
- Starke Entzugserscheinungen

Hilfestellung:

Bei Suchtmittelproblemen wenden Sie sich an die Fachdienste und/oder die Werk- und Abteilungsbediensteten!

Drogenkonsum/-hilfe im Maßregelvollzug

Ingo Ilja Michels, Heino Stöver

Durch das Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts wurde auch die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) mit Wirkung vom 01.10.2023 neu geregelt. Ziel der Reform des § 64 StGB war es, *„die Unterbringung wieder stärker auf wirklich behandlungsbedürftige und -fähige Täterinnen und Täter"* zu fokussieren. Ein zentraler Punkt für das Gelingen einer therapeutischen Intervention für die Mehrheit der opioidabhängigen Patient:innen ist, dass die Opioid-Agonist-Therapie mit Methadon oder Buprenorphin (OAT) auch im Maßregelvollzug gewährleistet ist. Bislang haben vermutlich weniger als 10% der Betroffenen dieses Angebot erhalten. Akzept e. V. beabsichtigt daher, sich des sehr vernachlässigten Themas der Behandlungsmöglichkeiten Opioidabhängiger im Maßregelvollzug verstärkt anzunehmen. Es geht dabei um die Idee einer umfassenden Reform dieser Zwangsunterbringung, zumal nach wie vor im Gesetzestext mit dem Terminus *Entziehungsanstalt* einen diskriminierenden Terminus verwendet, der in der Suchthilfe nicht existiert.

Vielleicht ist es dieser Kontext der Begrifflichkeit, der in der Wahrnehmung so vieler Menschen – auch der in der Suchthilfe Tätigen – so gut wie gar nicht vorkommt; so, als existiere *diese* Wirklichkeit nicht! Dabei hat der notwendige Reformimpetus insbesondere aus den Reihen der Sozialpsychiatrie auch historische Wurzeln:

Der heutige Maßregelvollzug geht auf das 1933 von der nationalsozialistischen Regierung erlassene „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung" (Holzer 2007) zurück. Zwar hatte es zuvor bereits Einweisungen in Trinkerheilanstalten oder Arbeitshäuser gegeben (Leygraf 1988). Hinzu kam allerdings der psychiatrische *Zeitgeist*, den Fokus nicht mehr auf die wenig aussichtsreiche Heilung der damals sogenannten „Schwachsinnigen" etc. zu richten, sondern stattdessen auf eine „Heilung der Gesellschaft", durch Exklusion und Auslöschung der Nichtheilbaren (Dörner 2019). Dazu zählte auch *„eine Sterilisierung der Minderwertigen, Entarteten, Psychopathen und Verbrecher als rassenhygienische Heilmaßnahme zur Gefahrenabwehr und zum Schutz der Gesellschaft"*. Auch wenn diese „zwangsweise Entmannung (Kastration) gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher" offiziell nach Zerfall des Dritten Reiches aufgehoben wurde (Kammeier, Pollähne 2010), gibt es eine Praxis der zwangsweisen Unterbringung in Deutschland bis heute. Um aber einen Paradigmenwechsel hin zum Resozialisierungsauftrag zu verdeutlichen, hieß es nun nicht mehr „Maßregeln zur Sicherung und Besserung", sondern „Maßregeln zur Besserung und Sicherung".

Also alles besser? In ihrem Beitrag *„Welche Patienten haben eine „hinreichend konkrete Aussicht" auf einen Behandlungserfolg in der Maßregel nach §64 StGB?"* stellten Dörte Berthold und Christian Riedemann (2021) zu Recht fest, dass die Anordnung einer Behandlung suchtkranker Täter nur erfolgen dürfe, wenn konkrete rechtliche Voraussetzungen gegeben sind. Das soll durch die Reform erreicht werden und es gibt tatsächlich erste Entwicklungen, die diese Entwicklung vermuten lassen. Tatsächlich gab es einen deutlichen Anstieg der Unterbringungen gem. § 64 StGB (Berthold, Rie-

demann 2022), wenn eine Straftat (hier vor allem Beschaffungsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)) unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen erfolgte, der die Schuldfähigkeit erheblich beeinflusste und eine Aussicht auf eine „Heilung" bestand, was in der Regel als Abstinenzforderung definiert war. Die Anordnung der Maßregeln fällt in die Kompetenz des Bundes, ihr Vollzug aber in die Regelungskompetenz der Bundesländer und hier der Sozial- und Gesundheitsministerien. Die Bund-Länder-AG zur Prüfung des Novellierungsbedarfs des Maßregelvollzugs hat in ihrem Bericht vom 20. November 2021 (Bund-Länder AG 2021) festgestellt, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der nach § 64 StGB_in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Suchtkranken, hauptsächlich Opioidabhängigen, gab, von 1.373 im Jahr 1995 auf 5.280. Im Deutschen Bundestag wurde am 22. Juni 2023 eine Reform des Maßregelvollzugsgesetzes beschlossen, mit Blick auf die Unterbringung von Verurteilten in „Entziehungsanstalten". Der Gesetzentwurf wurde am 7. Juli 2023 verabschiedet.

Tatsächlich ist die Zahl der gem. § 64 StGB untergebrachten Suchtkranken (zumeist von illegalen Substanzen abhängigen Menschen) nach uns vorliegenden Zahlen um rund 50% gesunken, mit der Folge, dass die Zahl der im Strafvollzug Verbliebenen entsprechend gewachsen sein müsste.

Es bleibt jedoch die Kritik, dass dieser Reformansatz zwar zu einer „Entlastung" des überfüllten Maßregelvollzugs geführt hat, aber auch zu einer „Belastung" des Strafvollzugs, in den dann die „nicht-therapiefähigen" Menschen überführt werden. Prof. Dr. Jörg Kinzig, Direktor des Instituts für Kriminologie der Universität Tübingen und Inhaber des Lehrstuhls für Kriminologie, Straf- und Sanktionenrecht, fasste seine erste Bilanz in einem Beitrag im *„Legal Tribune Online"* am 18. Juli 2024 zu dem ernüchternden Fazit zusammen: „Raus aus der Suchtklinik, rein ins Gefängnis". Kinzig geht davon aus, dass dies zutrifft, wenn die Straftaten nicht *„allein zur Finanzierung des allgemeinen Lebensbedarfs oder zur Gewinnerzielung bestimmt waren"* auch nicht *„überwiegend"*. Das ist in der Lebenswirklichkeit von Menschen, die schon lange Haft- und Unterbringungserfahrungen hinter sich haben, die ihren Lebensunterhalt und die Finanzierung der psychoaktiven Substanzen auf dem Schwarzmarkt regeln müssen, kaum anzutreffen. In der Statistik von von 2022 (Zimmermann 2022) haben 15,5% der Untergebrachten Hafterfahrungen von mehr als 6 Jahren und ein Drittel zwischen 3 und 6 Jahren; nur 22% gingen einer Arbeitstätigkeit nach. Aber um welche Straftaten geht es hierbei? Bei den „Anlassdelikten" für eine Unterbringung im Maßregelvollzug handelte es sich bei 7,1% um Tötungsdelikte, bei 13% um Körperverletzungsdelikte (das ist nicht aufgeschlüsselt nach Delikten unter Einfluss von Alkohol oder etwa Opioide oder Stimulantien). In einer früheren Untersuchung von 2012 von Hartel wurde deutlich, dass bei den Drogenabhängigen die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) im Vordergrund stehen (Hartel 2012). Zwei von drei drogenabhängigen Probanden, d.h. 65,3 % wurden wegen eines derartigen Deliktes verurteilt, während das bei den Alkoholabhängigen nur für 3.7 % zutrifft; bei den Alkoholabhängigen sind Gewaltdelikte wie Tötungen und Körperverletzungen deutlich häufiger vertreten. Auch in der Erhebung von 2022 stehen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz mit 34,6% im Vordergrund!

In welcher sozialen Lage befinden sich die Menschen, die in MRV-Einrichtungen untergebracht sind? In der Stichtagserhebung von 2022 (Berthold, Quade, Riedemann,

2022) sind diese Straftaten aufgeführt. 65,6 % hatten keine Berufsausbildung; mehr als ein Drittel lebt allein; 78 % hatten keine Arbeitstätigkeit; 79,1 % hatten bereits Hafterfahren. Vor diesem Hintergrund forderte die Arbeitsgruppe Sanktionsstrafrecht der Friedrich-Ebert-Stiftung im Positionspapier „§ 64 StGB zu reformieren reicht nicht" im September 2022*: „Es bedarf eines modernen Gesamtkonzeptes für die psychiatrischen Behandlungen von durch Suchterkrankungen straffälliger Personen, durch das der §64 StGB perspektivisch überflüssig werden soll."*

Dieses Gesamtkonzept liegt noch nicht vor. Die Gesetzesreform dürfte eher dazu führen, dass sogenannt *„therapieresistente"* Patient*innen jetzt eher wieder in den Strafvollzug verlegt werden, wo es so gut wie keine Behandlungsoptionen einer Suchterkrankung gibt. Dabei sollte der Anspruch ein *Behandlungsanspruch* sein: Die therapeutische Behandlung unterscheidet den Maßregelvollzug vom Strafvollzug und von der Sicherungsverwahrung. Da psychische oder Suchterkrankungen als Ursache für die begangenen Taten gelten, ist das zweite Ziel des Maßregelvollzugs, durch therapeutische Intervention eine „Besserung" der Täter:innen zu erreichen, um diese anschließend wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Das ist auch festgelegt in den 2017 publizierten Leitlinien zur Behandlung: „*Der Behandlungsrahmen muss therapeutisch klar auf die Ziele einer Verringerung der Rückfallgefahr, der Entlassung in die Freiheit als realistische Möglichkeit und der Verringerung der Dauer der Freiheitsentziehung auf das unbedingt erforderliche Maß ausgerichtet sein. (…) Besonders schutzwürdig sind die Ziele der Recovery (Prinzipien Hoffnung, Selbstbestimmung und Partizipation), das zielt auf die Stärkung der Einbeziehung der Patienten in die Behandlung"* (Müller et al. 2017*)*.

In Bezug auf die Opioidsubstitutionsbehandlung hat sich aber jahrelang kaum etwas getan, obwohl das Land Hamburg bereits Mitte der 2000er Jahre gute Erfahrungen gesammelt hatte. Die Therapie im Maßregelvollzug soll nicht „Anreize" liefern durch Vollzugslockerungen (wobei das natürlich ein wichtiger „Anreiz" sein kann), vielmehr durch gute Konzepte und motivierte Therapeut*innen überzeugen. Eine medikamentengestützte Behandlung muss gewährleistet sein! Aber: Praktiker*innen bezweifeln nach wie vor, dass eine therapeutische Behandlung unter Einfluss eines Medikamentes zur Behandlung der Opioidabhängigkeit durchführbar ist (Szonnert et al. 2023).

Knecht (Knecht 2011) berichtete bereits 2011, dass *„Indizierte Substitutionsbehandlungen (…) in unserer Untersuchungsgruppe in allen auch in der allgemeinen Suchtmedizin einheitlich positiv evaluierten Outcome-Variablen („Beikonsum, Retentionsrate, Dissozialität") einem klassischen Abstinenzprinzip überlegen waren.*" Daraus sollte man schlussfolgern,

- dass eine Opioidsubstitutionsbehandlung (auch Opioid-Agonisten-Therapie (AOT) genannt) eine anerkannte und etablierte Therapieform bei Opioidabhängigkeit ist;
- dass eine zugelassene Therapieform nicht vorenthalten werden darf;
- dass komplexe Problemlagen therapeutisch mehr als bloße Abstinenzforderung erfordern;
- dass sie eine verbesserte Zugänglichkeit zu Psychotherapie schafft;

- dass eine Buprenorphindepotabgabe (mit monatlicher Dosierung) am besten in den Alltag einer „Zwangsbehandlung“ passt und
- dass eine bessere Legalprognose nach Entlassung aus dem MRV zu erwarten ist.

Es scheint hier – wie auch im Strafvollzug – in den letzten Jahren die Zahl der Behandlungen gewachsen zu sein (eine genaue Zahl liegt uns nicht vor), aber Vorbehalte bleiben.

Das sehen auch Autoren wie Querengässer et al. (2021) so. In ihrem Fazit zur Reform kommen sie zu dem Ergebnis*: „Ohne das Bild der „kommunizierenden Röhren“ überstrapazieren zu wollen, liegt es doch nahe, von einer gewissen Interaktion zwischen den Systemen forensischer Suchtbehandlung, Strafvollzug und allgemeiner Gesundheitsversorgung auszugehen. Sofern es nicht die Bedarfe sind, die sich ändern, wirken sich Änderungen im Zugang zum einen System auch auf die anderen aus. Selbst wenn man davon ausgeht, dass in MRV-Kliniken gem. § 64 StGB bisher über den „echten“ Bedarf hinaus behandelt wurde, ist es wenig realistisch anzunehmen, dass die Zahl der Menschen, die von forensischer Suchtbehandlung profitieren würden, in demselben Maße zurückgegangen sei, in dem der Zugang zum Angebot durch die beschriebenen Effekte in kurzer Zeit deutlich reduziert wurde. Es stellt sich also die Frage, welches System sich für die Bedarfsdeckung nun zuständig fühlt und die mutmaßlich entstehende Lücke füllen wird. Das allgemeine Suchtbehandlungssystem ist für die Behandlung straffälliger Menschen mit Substanzkonsumstörung nicht gut aufgestellt.“*

Was im bisherigen Diskurs zu kurz kommt, ist die Frage der Entkriminalisierung des Drogenkonsums und welche Folgen dies für Maßregel- und Strafvollzug haben könnte. Denn es bleibt auch klar, dass die Praxis der zwangsweisen Behandlung einer Suchterkrankung nicht den international gültigen Behandlungsstandards entspricht.

In den UNODC/WHO International Standards of Treatment of Drug Use Disorders von 2020 heißt es: “*The exclusive use of law-enforcement strategies and methods is neither an effective response to drug and other substance use disorders nor a cost-effective way of spending public funds.”* In der Publikation von UNODC und UNAIDS von 2022 zu Compulsory Drug Treatment and Rehabilitation in East and South East Asia heißt es: *“Compulsory treatment and rehabilitation is unethical, ineffective for improving health and public safety outcomes and linked to negative impacts on criminal recidivism and drug use”.*

Literatur

Berthold, D., Riedemann C. (2022): Überlastet, überfordert, überbelegt … und der Wunsch nach dem „guten Patienten“. Recht & Psychiatrie 4/2022

Berthold, D., Quade D., Riedemann C. (2022): Deutschlandweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB

Dörner, K. et al. (2019): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 25. Aufl., Köln, Psychiatrie Verlag, S. 470 f.

Hartl, C. (2012): Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Dissertation an der Uni Regensburg

Holzer, T. (2007): Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972. Norderstedt

Kammeier, H., Pollähne, H. (2010): Maßregelvollzugsrecht – Kommentar, 3. neu bearbeitete Aufl. Berlin/New York, De Gruyter

Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter – Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Heidelberg, Springer-Verlag

Michels, I. I. (2025): Die Reform des Maßregelvollzugsgesetz gem. § 64 StGB ist nicht gelungen. Seminar bei den 29. Suchttherapietagen am 27. Mai 2025 in Hamburg

Michels, I. I. (2024): Maßregelvollzugsgesetz – Novellierung ja, aber in die richtige Richtung. Drogenkurier 137. Magazin des JES Bundesverbandes, Berlin

Müller, J. et al. (2017): Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt, 88 (1),* 1-29. DOI 10.1007/s00115-017-0382-3

Querengässer, J., Berthold, D., Kirchmann-Kallas, S., Bezzel, A., Stübner, S., Riedemann, C., Schlögl, C. (2021): Eine klinisch-praktische Perspektive auf die ersten Folgen der Reform des § 64 Strafgesetzbuch. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 89(04). DOI:10.1055/a-1389-5782

Szonnert, I., Hirsch, N.-D., Michels, I. I., Stöver, H., Fleißner, S., & Keppler, K. (2023): Chancen und Hürden einer medikamenten-gestützten Behandlung Opioidabhängiger im deutschen Maßregelvollzug (MRV) - ein erster Überblick. *Suchttherapie, 24*, 1-9.

UNODC/WHO (2020): International Standards of Treatment of drug Use Disorders. Vienna

UNODC/UNAIDS (2022): Compulsory drug treatment and rehabilitation in East and South East Asia. Vienna

Die Substitutionstherapie im Justiz- und Maßregelvollzug – eine interdisziplinäre Herausforderung! Wie kann sie verbessert werden?

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Einleitung

Die Opioidagonistentherapie (OAT) stellt auch im Justiz- und Maßregelvollzug ein wesentliches Element einer evidenzbasierten Suchtbehandlung dar (Kastelic/Pont/Stöver 2026; Van Hout et al. 2026). Dabei gestaltet sich die praktische Umsetzung als interdisziplinäre und multiprofessionelle Herausforderung. Neben medizinischen Aspekten, wie der Auswahl und sicheren Verabreichung geeigneter Substitutionspräparate, sind organisatorische Rahmenbedingungen, rechtliche Vorgaben und ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen (Lesting et al. 2021; Völlm et al. 2021). Weitere Aspekte sind zudem die Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentengabe unter Berücksichtigung der Haftbedingungen sowie die Prävention von Missbrauch und Diversion (Keppler/Stöver 2021). Eine enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Vollzugsbehörden und weiteren beteiligten Akteur*innen ist notwendig, um den therapeutischen Erfolg so wie die Patient*innensicherheit zu gewährleisten. Die Umsetzung der OAT im Justiz- und Maßregelvollzug unterliegt bundesland-, sowie einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen, die eine Standardisierung auf nationaler Ebene erschweren können (Stöver/Keppler 2021). Unterschiedliche gesetzliche Auslegungen und organisatorische Gegebenheiten führen zu erheblichen Variationen in der praktischen Umsetzung. Einrichtungen sehen sich häufig mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, wie zum Beispiel einem hohen personellen Aufwand, logistischen Problemen beim Transport von Patient*innen zum/ zur Arzt/ Ärztin und der begrenzten Verfügbarkeit von Substitutionsplätzen (Deutsche Aidshilfe 2023). Diese Faktoren bedingen die Notwendigkeit flexibler und auf die Patient*innen und die jeweilige Institution zugeschnittener Lösungen, um die therapeutische Versorgung ausreichend sicherzustellen.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich bei der Umsetzung der Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug ergeben, besteht ein dringender Bedarf an praxistauglichen Lösungsansätzen. Ziel ist es daher, Best Practice Ansätze zu identifizieren, die auf einrichtungsübergreifende Herausforderungen angewendet werden können. Diese Ansätze können dazu beitragen, bestehende Hürden im Alltag des Justiz- und Maßregelvollzuges zu überwinden und die medizinische Versorgung opioidabhängiger Patient*innen zu verbessern. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf erfolgreichen Strategien zur Bewältigung personeller, organisatorischer und logistischer Aspekte und den Chancen von Depot-Präparaten für eine optimierte Versorgung in der Substitutionsmedizin im Justiz- und Maßregelvollzug.

Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Die erfolgreiche Durchführung einer Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und effektive Teamarbeit. Dabei sind patient*innen-individuelle Absprachen zwischen zahlreichen Akteur*innen ausschlaggebend (Kastelic/Pont/Stöver2026). Dazu zählen neben den Ärzt*innen und niedergelassenen Substitutionsärzt*innen auch der nicht-ärztliche Dienst, Apotheker*innen, sowohl vor Ort als auch in zentralen Versorgungsstrukturen, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellte, Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen und Mitarbeitende aus Nicht-Regierungsorganisationen (v.a. in der psycho-sozialen Betreuung; vgl. Steimle/Stöver 2026). Um eine kontinuierliche und sichere Versorgung mit Substitutionspräparaten zu gewährleisten, müssen die jeweiligen Zuständigkeiten klar definiert sowie Funktionsabläufe effizient koordiniert werden. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist entscheidend, um auf individuelle Bedürfnisse und unvorhergesehene Entwicklungen flexibel reagieren zu können.

Diagnosestellung

Die Feststellung einer tatsächlichen Opioidabhängigkeit ist entscheidend für die Indikationsstellung einer Substitutionstherapie. Die diagnostische Komplexität kann sich aus Faktoren wie unzuverlässigen Selbstangaben der Patient*innen, weiterem nicht-verordnetem Substanzkonsum sowie der begrenzten Verfügbarkeit diagnostischer Möglichkeiten im Justiz- und Maßregelvollzug. Dennoch ist eine sorgfältige und fundierte Beurteilung unerlässlich, um die medizinische Notwendigkeit der Therapie sicherzustellen und eine angemessene Behandlung zu ermöglichen ergeben (Keppler/Stöver 2021).

Der Konsum weiterer psychotroper Substanzen beeinflusst maßgeblich die Auswahl und Steuerung der OAT. Sowohl die Art als auch das Ausmaß des Beikonsums sind dabei entscheidende Faktoren. Eine flexible Anpassung der Substitutionsdosis und des Substitutionspräparats sowie eine teilweise Akzeptanz bestimmter Substanzen können in ausgewählten Fällen zur Stabilisierung der Behandlung beitragen (Stöver/Keppler 2021). Die erfolgreiche Bewältigung dieser Problematik erfordert eine enge, vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellten und psychosozialen Fachkräften. Klare Präventionsstrategien und definierte Handlungsansätze im Umgang mit Beikonsum sind dabei essenziell, um sowohl die therapeutischen Erfolge zu sichern als auch mögliche Risiken für Patient*innen und Mitinsass*innen zu minimieren (Bundesärztekammer 2026).

Depot-Präparate

Im Allgemeinen können Depot-Präparate (auf Buprenorphin-Basis) allen dafür geeigneten Patient*innen angeboten werden, da sie im Vergleich zu täglich zu verabreichenden Substitutionsmedikamenten eine Reihe von Vorteilen bieten (Keppler/Stöver 2020). Sie tragen zu einer Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe und der Vereinbarkeit von Therapie und Berufstätigkeit bei. Darüber hinaus entfallen womöglich lange, tägliche Wege zur Praxis. Depot-Präparate ermöglichen stabilere Wirkstoffspiegel,

wodurch die Patient*innen weniger Gefahr laufen, in den Entzug zu geraten oder täglich an ihre Abhängigkeit erinnert zu werden. Zudem verringert sich das Risiko für Beschaffungskriminalität. Im Kontext des Strafvollzugs führen Depot-Präparate zu einem geringeren Schmuggelpotenzial und einem reduzierten Personal- sowie Transportaufwand. Auch gesellschaftlich bietet diese Therapieform Vorteile, da das Missbrauchs- und Drogenhandelspotenzial gesenkt werden kann. Besonders vor der Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt können Patient*innen auf ein Monatsdepot umgestellt werden, um das Risiko einer Überdosis nach Entlassung zu verringern (Stöver/Lesting 2027). Für Patient*innen, die diese Form der Therapie ablehnen oder unter einer ausgeprägten Spritzenangst leiden, sind Depot-Präparate nicht geeignet. In solchen Fällen sollten alternative Substitutionsmethoden in Betracht gezogen werden, die den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Voraussetzungen besser entsprechen.

Entlassmanagement

Das Entlassmanagement spielt eine zentrale Rolle bei der Gewährleistung einer nahtlosen Fortführung der Substitutionsbehandlung nach der Haftentlassung. Ein besonders wichtiges Ziel ist die Vermeidung von Drogentoten innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung, da dieser Zeit raum statistisch gesehen das höchste Risiko für Rückfälle und tödliche Überdosierungen birgt (Stöver/Lesting 2027). Um diesem Risiko entgegenzuwirken, hat sich das Hannoveraner Modell als etablierter Best Practice Ansatz bewährt (Sozialer Dienst JVA Hannover o.J.). Für dieses Modell arbeiten Justizvollzugsanstalten, das Jobcenter der Region und die AOK Niedersachsen eng zusammen, um eine kontinuierliche Versorgung und einen nahtlosen Übergang bei der Substitution zwischen Haft und Leben in Freiheit zu sichern. Außerdem soll es die Gesundheit der Substitutionspatient*innen, die Teilhabe am Arbeitsmarkt und Leben in der Gemeinschaft langfristig fördern.

Nutzung der gesamten Palette zugelassener Medikamente

OAT kann nur dann erfolgreich sein, wenn die gesamte Medikamentenpalette auch in Haft genutzt wird. Dies ist zentral für die Zufriedenheit der Patient*innen, denn Medikamentenumstellung, v.a. wenn sie nicht aus medizinischen, sondern anstaltspolitischen, sicherheitsorientierten Gründen erfolgen, bergen große Gefahren des Scheiterns und einer unnötigen Belastung der Patient*innen. Auch die Diamorphinvergabe, die bislang in keiner JVA/MRV erfolgt sollte mit der zunehmenden Zahl der Patient*innen eingeführt werden.

Fazit und Ausblick

Die Opioidagonistentherapie im Justiz- und Maßregelvollzug bietet sowohl für die betroffenen Patient*innen als auch für die Justizvollzugsanstalten zahlreiche Chancen, stellt jedoch gleichzeitig eine Reihe von interdisziplinär und multiprofessionell zu bearbeitenden Herausforderungen dar. Um diese zu meistern, ist eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, sowohl während der Haftzeit als auch

im Entlassmanagement. Diese enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Sozialarbeitenden, Justiz-/Maßregelvollzugsangestellten und weiteren Akteur*innen ist ein entscheidender Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Umsetzung der Therapie und die Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse.

Qualitätsverbesserungen sind nötig insbesondere in Bezug auf:

- Verbesserung des Zugangs zur OAT
- Nutzung der gesamten Medikamentenpalette
- Einbezug von Diamorphin in die OAT
- Psycho-soziale Betreuung
- Verbesserung des Entlassmanagements.

Literatur

Bundesärztekammer (16.07.2026): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger / Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in der vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 11./12.12.2025 verabschiedeten Fassung. Richtlinie Substitution (Stand: 16.07.2026) (Zugriff: 30.09.2026)

Deutsche Aidshilfe (2023): Substitution in Haft Substitution in Haft | Deutsche Aidshilfe (Zugriff: 30.09.2026)

Kastelic, A., Pont, J., Stöver, H. (2026): Clinical Foundation fort he Use of Opioid Agonist Treatment in Prison. In: Maremmani, I. (ed.): Principles and Practice of Methadone Treatment. AU-CNS Press, S. 387-410

Keppler, K; Stöver, H (2020: Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen im Justizvollzug verwendeten Substitutionsmedikamenten – Eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. Cam_Bup-Depot_im_JV_final.pdf (Zugriff: 30.09.2026)

Keppler, K; Stöver H (2021): Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 81ff

Lesting, W: Stöver, H; Keppler, K; Fährmann, J (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 67ff

Sozialer Dienst JVA Hannover (o.J.): Wohnungslos durch Haft – Was kann Prävention leisten? Erfahrungen der Entlassungskoordination und des Sozialen Dienstes der JVA Hannover. Abrufbar unter https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/TGD/TGD_24_Praevention_AG1_Dehnad.pdf (Zugriff: 02.09.2026)

Steimle, L; Stöver, H (2026): Soziale Arbeit in Totalen Institutionen. Nomos Verlag Soziale Arbeit in Totalen Institutionen | Prof. Dr. Heino Stöver | Larissa Steimle (Zugriff: 30.09.2026)

Stöver, H; Keppler, K (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung um Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 59ff

Stöver, H; Lesting, W (2027): Drogenkonsumierende Gefangene. In: Graebsch, C. et al. (Hrsg.): Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz (im Druck)

Van Hout, MC; Klankwarth, U-B; Kent, L; Stöver, H (2026): 'Balancing human rights, access and governance': European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) mission reporting on opioid agonist treatment and naloxone provision in European prisons . In: HEROIN ADDICTION & RELATED CLINICAL PROBLEMS (im Druck)

Völlm, B; Cerci, D (2021): Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Narrativer Review. In: Suchtmedizin 2/2021, S. 90ff

Die Bedeutsamkeit Forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB im Gesamtgefüge der Suchthilfe – und weshalb diese durch die jüngste Reform bedroht wird

Jan Querengässer

Einleitung

Bereits im Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2025 wurden forensische Suchtbehandlung gem. § 64 Strafgesetzbuch (StGB) und die im Jahr 2023 erfolgte Reform dieser sogenannten „Maßregel der Besserung und Sicherung" prominent thematisiert (Michels / Stöver 2025). Dies ist sehr erfreulich, da forensische Suchtbehandlung im Gesamtgefüge des Suchthilfesystems eine wichtige Rolle spielt – jedenfalls was die Zahlen der behandelten Personen und die gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser Sanktionsform angeht. Demgegenüber steht die Beobachtung, dass die forensische Dimension von Substanzkonsum und damit assoziierter Störungen in den Diskursen des Suchthilfesystems bisher nicht immer die ihr gebührende Beachtung findet.[1]

Dass im diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht erneut § 64 StGB und dessen jüngste Reform thematisiert werden, liegt darin begründet, dass zwischenzeitlich die konkreten Folgen der Reform spürbar geworden sind und in diversen Fachpublikationen beschrieben wurden. Wie erhofft bzw. befürchtet (eben je nach Perspektive) werden als Folge der Reform wesentlich weniger Personen gem. § 64 StGB in einer „Entziehungsanstalt" untergebracht.

Der vorliegende Beitrag ordnet die Bedeutung forensischer Suchtbehandlung ein, setzt sich mit den Reformfolgen auseinander und leitet daraus Empfehlungen und Forderungen an die Politik und andere Stakeholder ab.

Hintergrund

Konsum psychotroper Substanzen findet in allen Gesellschaften statt. Im Laufe der Jahrtausende haben sich zahlreiche soziale, kulturelle oder religiöse Konventionen geformt, die den regulativen Rahmen für gesellschaftlich akzeptierte Formen von Substanzkonsum abstecken. Ebenso „normal" wie Substanzkonsum ist es, dass manche Individuen aus den jeweils geltenden Konsumkonventionen ausbrechen. Die moderne psychiatrische Nomenklatur spricht dann von Missbrauch bzw. schädlichem Gebrauch. Steigert sich dieser und es entsteht eine Selbstverstärkung, so spricht man von Sucht, Substanzabhängigkeit oder – um den modernsten und zugleich technischsten Begriff zu bemühen – von einer Substanzkonsumstörung.

1 Der Verfasser vermutet, dass sich dahinter oft das ehrenwerte Motiv verbirgt, einer Stigmatisierung abhängiger Menschen vorzubeugen. Vermutlich spielt aber – diese kollegiale Spitze sei mir gestattet – bei einigen auch eine eher ideologisch anmutende Verkennung der kriminogenen Bedeutung eine Rolle, der Substanzkonsumstörungen in Einzelfällen (sic!) zukommt.

Schon den Verfassern von Texten des Altertums fiel die phänomenologische Nähe von Substanzkonsum(störungen) und deviantem oder gar kriminellem Verhalten auf, die in vielen, wenn auch bei weitem nicht allen Konsumenten zu beobachten ist. Dies spiegelt sich einige Tausend Jahre später auch in aktuellen deutschen Statistiken wider: Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) weist bei über 10 % aller 1,6 Mio. männlichen Tatverdächtigen des Jahres 2024 zum Tatzeitpunkt einen Alkoholeinfluss aus – bei manchen Delikten liegt dieser Anteil gar über 50 %; darüber hinaus gelten 6,5 % aller Tatverdächtigen als Konsumenten harter Drogen (PKS 2024). Da es sich bei letzteren nur um polizeibekannte Konsumenten handelt, ist von einer deutlichen Dunkelziffer auszugehen.

Nicht umsonst handelt es sich bei Substanzkonsum und damit assoziierten Störungen um einen der am besten empirisch abgesicherten Risikofaktoren für kriminelles Verhalten – er zählt sogar zu den sog. *central eight* (Andrews / Bonta 2010). Nun kann von einer bloßen Koinzidenz zweier Phänomene nicht unmittelbar auf eine Kausalität geschlossen werden. Insbesondere die Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Delinquenz sind vielschichtig und komplex.[2] Dennoch stellt bei einem Teil der Menschen, die missbräuchlich oder suchthaft psychotrope Substanzen konsumieren, genau dies einen (teil)kausalen Faktor für delinquentes Verhalten dar.[3] Mit anderen Worten ergibt sich in dieser *Teil*gruppe (sic!) der Konsumenten aus dem Konsum eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit.

Einem tertiärpräventiven Ansatz folgend stellt die Unterbringung gem. § 64 StGB den Versuch dar, der substanzassoziierten Gefährlichkeit dieser Gruppe nicht nur repressiv zu begegnen, sondern idealerweise durch die Beseitigung der Gefährlichkeitsursache. Damit steht das deutsche Strafrecht im internationalen Vergleich relativ alleine dar, nur wenige andere Rechtssysteme kennen analoge Regelungen zu forensischer Suchtbehandlung.

Dieser an sich aufgeklärte, ja humanistische Ansatz führt jedoch zu dem Dilemma, dass die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit einer konkreten Person zum Ziel strafrechtlicher Interventionen wird. Da die geltende Gesetzeslage auch vorsieht, Personen, die zum Tatzeitpunkt voll schuldfähig waren, gem. § 64 StGB unterzubringen, und deren Bereitschaft oder gar Zustimmung zur Unterbringung formal nicht erforderlich ist, wird die Regelung oft als übergriffig, paternalistisch oder gar der UN-Behindertenrechtskonvention widersprechend kritisiert. Aus diesem Grund haben sich schon seit einiger Zeit mehrere Experten und Fachgesellschaften für die ersatzlose Abschaffung des § 64 StGB eingesetzt. Diese Forderung war übrigens auch im letztjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht zu lesen.

2 Ein guter Überblick findet sich in Kreuzer (2015). Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass durch das Verbot bestimmter Substanzen bereits eine Kriminalisierung von Besitz und Konsum stattfindet.

3 Im juristischen Sprachgebrauch wird diesem delinquenten Verhalten dann ein Symptomcharakter der Substanzkonsumstörung zugesprochen.

Zur Verteidigung des Maßregelvollzugs gem. § 64 StGB

Der Verfasser erkennt die inneren Widersprüche der aktuellen Regelung und die grundrechtlichen Dilemmata an, kommt aber (primär aus der Perspektive der Versorgungsforschung) zu anderen Schlüssen. Denn zum einen würde die Abschaffung des § 64 StGB (zumindest unter den gegenwärtigen strukturellen Bedingungen[4]) bedeuten, dass weniger suchtkranke Straftäter eine adäquate Behandlung erhalten und somit eine (weitere) Chronifizierung ihres Konsumverhaltens droht. Chronifiziert eine kriminogene Substanzkonsumstörung, werden wiederum dauerhafte Haftkarrieren inklusive der gefürchteten Drehtüreffekte wahrscheinlicher – denn nur wegen der Abschaffung des § 64 StGB werden Justiz und Gesellschaft nicht damit aufhören, kriminelles Verhalten zu sanktionieren. Sie werden dann aber mangels Alternativen einen eher repressiven Ansatz verfolgen. Ob dies auch und gerade aus individualethischer Perspektive einer initial angeordneten Behandlung vorzugswürdig ist, sei dahingestellt.[5]

Zum anderen stellen Kliniken des Maßregelvollzugs (MRV) als vom Selbstverständnis her therapeutische Einrichtungen gute Rahmenbedingungen zur Verfügung, um jene Ansätze und Konzepte anzuwenden, deren Wirksamkeit in der Behandlung von suchtkranken Straftätern durch Studien[6] belegt sind: Hier ist an erster Stelle das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft bzw. der Milieutherapie zu nennen. Aber auch für Substitutionsbehandlungen und therapeutische Konzepte, die viel Wert auf die Wirkfaktoren Haltung des Behandlungsteams und therapeutische Beziehung legen (z. B. DBT oder *Motivational Interviewing*) bieten Kliniken im Vergleich zu Haftsettings strukturelle Vorteile. Vor dem Hintergrund der immer wieder geforderten Evidenzbasierung kriminalpolitischer Maßnahmen sollte diesem Argument in der fachlichen Diskussion mehr Gewicht beigemessen werden.

Zuletzt wird gerne übersehen, dass es auch und gerade dank der gegenwärtigen Regelung gelingt, Menschen erstmals in Kontakt zu suchttherapeutischen Angeboten zu bringen, die sich andernfalls nie mit Therapie beschäftigen würden. An dieser Stelle lohnt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Zwangsbehandlung.

Einschub: Begriffsreflexion

Die Unterbringung gem. § 64 StGB wird manchmal pauschal als Zwangsbehandlung bezeichnet. Dies ist aus mehreren Gründen unterkomplex:

1. Die Behandlung in einer MRV-Klinik erfolgt multimodal, besteht also aus vielen Elementen, darunter etwa Psycho-, Sport-, Arbeitstherapie. Nichts davon kann im gegebenen rechtsstaatlichen Rahmen ohne aktive Mitwirkung bzw. gegen den Willen der Person durchgeführt werden. Dasselbe gilt auch für die Gabe von Pharmazeutika, pflegerische oder sozialarbeiterische Interventionen. Allenfalls dem (per definitionem übergeordneten) milieutherapeutischen Konzept kann man sich als Untergebrachter in einer MRV-Klinik nicht einfach entziehen, da es das Selbstverständnis der Behandlungseinrichtung darstellt.

4 Siehe dazu unten ausführlicher.

5 Ausführlich nachgelesen werden können die hier nur angerissenen Argumente beider Seiten in Hoffman und Mielke (2017), Querengässer et al. (2022) sowie Steinert (2017).

6 Zur Evidenzbasierung von Behandlungsansätzen und Interventionen im Kontext des § 64 StGB siehe Querengässer (2025).

2. Die meisten Untergebrachten gem. § 64 StGB stimmten der Anordnung im Hauptverfahren zu.[7] Andersherum betrachtet lässt sich bei einer vehementen Weigerung, sich auf Therapie einzulassen, das gesetzlich geforderte Eingangskriterium der Erfolgsaussicht nur schwer (und seit der Reform 2023 eigentlich gar nicht mehr) begründen. Eine Anordnung unterbleibt dann von Vorneherein.
3. Das Argument, wegen der drohenden Konsequenzen sei es keine wirklich freie Entscheidung und die erfolgte Zustimmung sei nur oberflächlicher oder taktischer Natur, lässt sich ebenso auf zahlreiche Konstellationen im nicht-forensischen Kontext anwenden. Entspricht es einer freien Entscheidung zu einer Entwöhnungstherapie, wenn – wahlweise – ansonsten der Arbeitsplatz gekündigt wird, die Ehefrau die Scheidung einreicht oder akutes Leberversagen droht? Die drohenden Konsequenzen bei Ablehnung mögen sich graduell unterscheiden, eine Parallelität der Entscheidungs-Unfreiheit ist jedoch unverkennbar. Motivationsarbeit, also die Umwandlung extrinsischer in intrinsische Motive ist entsprechend eines der Kernelemente *jeder* Suchtbehandlung.
4. Es steht jedem gem. § 64 StGB Untergebrachten jederzeit frei, an die zuständige Strafvollstreckungskammer einen Antrag auf Erledigung der Unterbringung zu stellen. Wird dieser plausibel begründet, wird ihm in der Regel auch stattgegeben und es erfolgt ein Therapieabbruch. Dass damit meist negative Folgen einhergehen (Rückverlegung in die JVA) ist unbestritten, aber auch hierfür gilt das Parallelitätsargument zur allgemeinen Suchtbehandlung aus Punkt 2 entsprechend.
5. Tatsächlich gibt es im MRV die Option, eine Zwangs*medikation* anzuwenden. Hierfür sind hohe Hürden (akute Fremd- oder Selbstgefährdung, persistierende Krankheitsuneinsichtigkeit) und eine zusätzliche (!) Einzelfall-Anordnung durch ein Gericht erforderlich.[8] Entsprechend nur in extrem seltenen Einzelfällen werden diese – von allen Beteiligten als sehr belastend erlebten – Zwangsverabreichungen von Psychopharmaka im Kontext des § 64 StGB angewendet. Setzt man nun die Unterbringung gem. § 64 StGB per se begrifflich mit einer derartigen Zwangsmedikation gleich, so besteht die große Gefahr, dass man wiederum diese schwere Eingriffsform trivialisiert und bagatellisiert.

Dass eine Unterbringung gem. § 64 StGB für die untergebrachte Person mit mehr oder weniger sanftem Druck einhergeht, sich behandeln zu lassen, ist unbestritten und auch nicht unproblematisch. Dass es aus Sicht des Verfassers dennoch mehr schadet als nutzt, dafür den Begriff Zwangsbehandlung zu verwenden, sollte hinreichend klar geworden sein.

Die Reform 2023 und deren Folgen

Bekanntlich ist der Gesetzgeber nicht den Rufen nach Abschaffung des § 64 StGB gefolgt, sondern hat ihn im Oktober 2023 reformiert. Was genau wie geändert wurde, kann andernorts nachgelesen werden.[9] Fakt ist, dass die Zielsetzung der Reform nicht

7 Ob sie dabei anwaltlich gut beraten waren, ist eine andere Frage.
8 Die genauen Regelungen sind Ländersache und unterscheiden sich en Detail. Grundsätzlich handelt es sich aber um klar umrissene Vorgaben und stets zeitlich eng befristete Einzelfallentscheidungen.
9 Siehe dazu etwa Baur und Querengässer (2024), Stübner et al. (2024)

nur erreicht, sondern deutlich übertroffen wurde. Wegen der starken Zunahmen an Unterbringungsanordnungen und Belegungszahlen in den Jahren vor der Reform formulierte der Gesetzgeber als klares Ziel, er strebe einen Rückgang der Neuanordnungen um 5 % an.

Ausweislich der durch das statistische Bundesamt veröffentlichten Strafverfolgungsstatistik kam es von 2023 auf 2024 zu einem Rückgang der Neuanordnungen um über 50 %. Wurden 2023 noch 3389 Personen bundesweit gem. § 64 StGB untergebracht, sank diese Zahl 2024 auf 1681. Mit anderen Worten wurde das Ziel bereits im ersten vollen Jahr nach der Reform um den Faktor 10 übertroffen. Zwar setzte dieser Effekt auf die Belegungszahlen der MRV-Kliniken gem. § 64 StGB u.a. wegen abzuarbeitender Wartelisten erst verzögert ein und ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Dennoch sind mittlerweile nicht wenige Kliniken massiv von einem Belegungsrückgang betroffen. [10]

War vielerorts anfangs ein gewisses Aufatmen zu vernehmen, weil die jahrelange Überbelegung und der Aufnahmedruck ein Ende hatten, machte sich in den MRV-Kliniken schon bald Ernüchterung breit. Denn es werden nicht nur deutlich weniger Personen untergebracht, auch die Zusammensetzung dieser Gruppe hat sich geändert: Die Kliniken berichten von einer Zunahme an Personen mit schwer(st)en Substanzkonsumstörungen oder komplexen Störungsbildern mit niedrigem Funktionsniveau, komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und multiplen psychosozialen Problemlagen. Dies erfordert eine Anpassung von Strukturen, Prozessen und Konzepten.

Einzelne Klinikträger reagieren auf den Rückgang bereits mit Stationsschließungen. Noch häufiger werden Stationen umgewidmet. Aufgrund von steigenden Belegungszahlen im psychiatrischen MRV (gem. § 63 StGB) und der tendenziellen Zunahme an einstweiligen Unterbringungen (gem. § 126a StPO)[11], gelingt es überwiegend, die frei werdenden Plätze anderweitig zu belegen. Das Problematische an Umwidmungen ist eher, dass langjährig in forensischer Suchtbehandlung erfahrene Mitarbeitende ihre Kernkompetenzen nicht mehr einbringen können, weil sich die Populationen und damit die Versorgungsbedarfe der gem. § 63 StGB bzw. § 126a StPO Untergebrachten deutlich von gem. § 64 StGB unterscheiden (und sich die Gruppencharakteristika in den letzten Jahren auch zunehmend auseinanderentwickelt hatten). Dass nun einige erfahrene Mitarbeitende aus diesem Grund kündigen und die Kliniken verlassen, führt also auf der Ebene des Versorgungssystems zu einem Kompetenzverlust.

Diesbezüglich sollte man sich bewusst machen, dass in MRV-Kliniken gem. § 64 StGB nicht Suchttherapie *und* Straftäterbehandlung stattfindet, sondern ein integriertes, multimodales Gesamtpaket, das spezifisch auf suchtkranke Straftäter zugeschnittene Angebote kombiniert.[12] Entsprechende Berufserfahrungen lassen sich – sollte es irgendwann wieder zu einer stärkeren Nachfrage danach kommen – nicht einfach und zügig skalieren. Und gegenwärtig besteht in anderen Versorgungssystemen kaum Nachfrage nach entsprechenden Kompetenzen.

10 Ein Überblick über die Folgen in mehreren Bundesländern findet sich in Querengässer et al. (2025).

11 Diese sind vergleichbar mit einer Untersuchungshaft und werden dann haftrichterlich angeordnet, wenn eine forensische Unterbringung absehbar erscheint.

12 Siehe dazu die „Prinzipien einer modernen forensischen Suchtbehandlung“ (Schlögl et al. 2024).

Hier kommen wir auch zu dem eigentlichen Problem, das durch den Rückgang der Unterbringungsanordnungen entsteht: Es bildet sich eine Versorgungslücke für suchtkranke Straftäter.[13] Hochgerechnet werden nun gut 1.500 Personen jährlich weniger gem. § 64 StGB behandelt als vor der Reform. Die Annahme, dass keine dieser Personen suchtspezifische Behandlungsbedarfe aufweist, ist nicht plausibel. Selbst die vehementesten Vertreter der These, dass es sich bei vielen der zuletzt gem. § 64 StGB Untergebrachten um sogenannte „Fehleinweisungen"[14] handelte, schätzten deren Anteil nicht auf 50 %, sondern auf ein Drittel bis Viertel. Selbst bei diesen als „Fehleingewiesene" titulierten Personen zielte die Kritik nicht nur auf die Frage, ob überhaupt suchtspezifische Behandlungsangebote sinnvoll seien, sondern auch auf Fragen des passenden Settings und der „Dosis" dieser Angebote.

Es ist also berechtigt, davon auszugehen, dass die Mehrheit der nun nicht mehr im MRV Behandelten Bedarfe nach wie auch immer gearteter forensischer Suchtbehandlung aufweist. Bloß, wo finden sich entsprechende Angebote?

Aktuelle Untersuchungen aus Bayern deuten darauf hin, dass – im Sinne kommunizierender Röhren – der Anteil an Inhaftierten mit Substanzkonsumproblemen in Justizvollzugsanstalten (JVAen) seit der Reform tatsächlich gestiegen ist (Stübner / Groß 2026). Von einem flächendeckenden Ausbau von Suchtberatung und Suchtbehandlung in JVAen ist hingegen (abgesehen von einigen Pilotprojekten) nichts bekannt, während die strukturelle wie personelle Unterversorgung der JVAen hinlänglich beschrieben wurde (Soyka 2025).

Dass die Angebotsstruktur einer Opiatsubstitution in vielen Regionen Deutschlands im Haftsystem besser ausgebaut ist als im MRV stellt übrigens keinen Widerspruch zu dieser Feststellung dar. Denn zum einen sinkt der Anteil an substitutionsfähigen Hauptdiagnosen (zumindest im bayerischen MRV), sodass für einen großen Teil der Betroffenen ohnehin andere Therapieansätze nötig sind; zum anderen verlangt leitliniengerechte Substitution adjuvante Therapie und Beratung; zuletzt wirkt Substitution erst dann legalbewährungsförderlich, wenn sie eingebettet ist in ein System aus Nachsorge und integrierten Resozialisierungsmaßnahmen. Für die beiden letztgenannten Punkte ist der MRV (zumindest aktuell) strukturell besser aufgestellt als das Haftsystem.

Wenn schon das Haftsystem nicht adäquat die Bedarfe nach forensischer Suchtbehandlung decken kann, wie sieht es dann mit dem allgemeinen Suchthilfesystem aus? Auch diesbezüglich ist deutlich Luft nach oben. Strukturell ist das Modell „Therapie statt Strafe"[15], für das sich international gute Wirksamkeitsbelege finden, in Deutschland eher schwach verankert: § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) kommt als Option nur für Abhängige von illegalen Drogen, nur bei direkter oder indirekter Beschaffungskriminalität und nur bei einem geringen Strafrahmen von unter zwei Jahren in Frage.

Aber auch inhaltlich spielt die deliktische bzw. delinquenzfördernde Dimension von Substanzkonsum(störungen) im allgemeinen Suchthilfesystem erfahrungsgemäß eher

13 Ausführlich dazu das aktuelle Positionspapier in der Zeitschrift SUCHT (Querengässer et al. im Druck).

14 Spätestens seit der Veröffentlichung von Pollähne und Kemper (2007) mit Titel „Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt" hat sich dieser Begriff in der Diskussion etabliert. Für eine kritische Reflexion siehe Berthold und Riedemann (2022).

15 Im Englischen auch als diversion bezeichnet.

eine untergeordnete Rolle. Dies ist sicherlich nicht primär auf mangelndes Interesse vonseiten der dortigen Mitarbeitenden zurückzuführen, sondern eher auf geringe Kenntnisse in forensischer Psychiatrie bzw. Rechtspsychologie. Womöglich begünstigt auch die Befürchtung, Klienten könnten bei allzu intensiven Nachfragen zu Delinquenz aus dem Kontakt gehen, eine gewisse Zurückhaltung.

Umgekehrt fördern restriktive Aufnahme- bzw. Haltevoraussetzungen mancher Institutionen nicht gerade die Offenheit delinquenter Konsumenten. Wer damit rechnen muss, aus der Therapie entlassen zu werden, wenn er davon berichtet, zu Beschaffungszwecken einen Diebstahl begangen zu haben, wird sich dies zweimal überlegen. Dabei wäre die gemeinsame und unvoreingenommene Analyse von Verhaltensweisen, die die Verzahnung von Sucht und Delinquenz sichtbar werden lassen, in diesen Fällen umso wichtiger.Unterm Strich steht somit zu befürchten, dass weder das Haft- noch das allgemeine Suchthilfesystem die entstandene Lücke zu schließen in der Lage sind. Von kriminologischer Seite wurde schon kurz nach der Reform gewarnt, dass die faktische Angebotsverknappung forensischer Suchtbehandlung die Gesellschaft in Form von höheren Folgekosten und steigender Kriminalität teuer zu stehen kommen könnte.[16]

Schlussfolgerungen

Die Verteidigung forensischer Suchtbehandlung und das Festhalten an § 64 StGB erfolgen nicht aus Sentimentalität oder aus Ignoranz gegenüber den berechtigten Kritikpunkten, sondern weil es nach aktuellem Stand der Wissenschaft die effektivste Art ist, den Behandlungsbedarfen suchtkranker Straftäter gerecht zu werden. Über eine Abschaffung der Regelung kann diskutiert werden, wenn alternative Behandlungsstrukturen geschaffen wurden, die in vergleichbarem Umfang und inhaltlich ebenso zielgruppenspezifisch und kompetent Angebote für suchtkranke Straftäter vorhalten. Bis es so weit ist, erscheint die Forderung nach Abschaffung des § 64 StGB sicherheitspolitisch fahrlässig und – was mindestens ebenso relevant ist – nicht im Sinne der Betroffenen.

Empfehlungen und Forderungen

Die übergeordnete Empfehlung, die sich aus all dem ableiten lässt, ist relativ schlicht: Die Hürden für forensische Suchtbehandlung sollten eher gesenkt denn erhöht werden. Idealerweise sollte jeder substanzabhängige Straftäter das Angebot einer adäquaten, evidenzbasierten und zielgruppenspezifischen Behandlung erhalten. Das muss keineswegs immer die volle Dosis einer stationären Unterbringung gem. § 64 StGB bedeuten.

Heruntergebrochen auf die verschiedenen Stakeholder ergeben sich daraus die folgenden Empfehlungen und Forderungen:

1. *An den Gesetzgeber:* Die primär fiskalisch motivierte Engstellung der Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB sollte überdacht und durch eine Re-Reform entschärft werden. Zugleich sollte das gesamte strafrechtliche Sanktionssystem auf den Prüfstand gestellt werden und eine Möglichkeit ambulanter forensischer Suchtbehandlung (nach Schweizer Vorbild) geschaffen werden.

16 Siehe dazu Kinzig (2024)

2. *An die Justiz und forensische Sachverständige:* Wurden die Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB vor der Reform extrem liberal ausgelegt, schwingt das Pendel seither in die Gegenrichtung. Schon eine etwas moderatere Auslegung der Eingangsvoraussetzungen würde es ermöglichen, dass wieder mehr Personen Behandlungsangebote im Kontext des § 64 StGB gemacht werden könnten.
3. *An MRV-Kliniken gem. § 64 StGB:* Der Belegungsrückgang und die Veränderungen der Klientel sollten als Chance erkannt und genutzt werden, um neue und passendere Behandlungskonzepte zu entwickeln und zu testen. Substitution sollte als Therapieoption flächendeckend angeboten werden; die Integration von schadensmindernden Ansätzen und Ansätzen der zieloffenen Suchtbehandlung in den MRV sollten geprüft werden. Weitere Anstrengungen sollten unternommen werden, Therapieabbrüche zu vermeiden.
4. *An das allgemeine Suchthilfesystem:* Die forensische Dimension von Substanzkonsumstörungen sollte häufiger mitgedacht und therapeutisch adressiert werden sowie institutionelle Aufnahme- und Haltebedingungen überprüft werden. Forensisch-psychiatrische und rechtspsychologische Kompetenzen von Mitarbeitenden sollten durch gezielte Fortbildungsangebote gestärkt werden. Auch durch die Einstellung ehemaliger Mitarbeitender des MRV gem. § 64 StGB kann die forensische Kompetenz von Behandlungsteams gesteigert werden.
5. *An die Haftanstalten:* Im Haftsystem braucht es unbedingt mehr finanzielle und personelle Ressourcen, um Suchtberatung und -therapie flächendeckend zu etablieren. Die Politik ist aufgefordert, diese bereitzustellen. Zugleich sollten die Haftanstalten selbstkritisch Strukturen und Haltungen überprüfen, die einer therapie- und veränderungsförderlichen Atmosphäre im Wege stehen. Denn nur durch das Vorhalten von Angeboten in einem ansonsten rein repressiven Setting wird sich das Gros der konsumierenden Inhaftierten nicht motivieren lassen, sich mit ihrem Konsum kritisch auseinanderzusetzen.
6. *An die Forschung:* Es erscheint dringend geboten, Konzepte und Ansätze forensischer Suchtbehandlung zu entwickeln bzw. auszudifferenzieren sowie deren Implementierung und Wirksamkeit zu evaluieren. Ein Fokus sollte auf die Forschungsfrage gelegt werden, ob sich etablierte Konzepte (z. B. aus dem MRV) auch in anderen Settings (z. B. in Haftanstalten) als wirksam erweisen.

Literatur

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). LexisNexis Matthew Bender.

Baur, A. & Querengässer, J. (2024). Alles beim Alten beim „neuen 64er"? - Hinweise für die Auslegung der neu gefassten Anordnungsvoraussetzungen des § 64 StGB. *Der Strafverteidiger 44*(4), 270-276.

Berthold, D. & Riedemann, C. (2022). Überlastet, überfordert, überbelegt… Und der Wunsch nach „dem guten Patienten". *Recht & Psychiatrie, 40*, 225–231.

Hoffmann, K. & Mielke, R. (2017). § 64 StGB sollte abgeschafft werden–Kontra. *Psychiatrische Praxis*, *44*(04), 192-193.

Kinzig, J. (2024). Erste Erfahrungen mit der neu geregelten Unterbringung nach § 64 StGB. *Der Strafverteidiger, 44*(8), 544-550.

Kreuzer, A. (2015). Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, *9*(1), 3-9.

Michels, I. & Stöver, H. (2025). Die Verschiebung von straffällig gewordenen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen vom Maßregel- in den Justizvollzug: Probleme und Perspektiven. In: akzept e.V. Bundesverband, JES, Deutsche Aidshilfe e.V. (Hrsg.). *12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025* (S. 127-135). Pabst Publishers.

PKS (2024). T22 Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen (V1.0). Heruntergeladen von https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2024/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3

Pollähne, H. & Kemper, A. (2007). *Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt*. Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik, Bd. 10. LIT, Berlin.

Querengässer, J. (2025). Was ist wirksam in forensischer Suchtbehandlung? – Ein nicht-systematischer Einblick in die Evidenzbasierung von Behandlungsansätzen und Interventionen im Kontext des § 64 StGB. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 93*(6), 230-237.

Querengässer, J., Janele, D., Schlögl, C., & Bezzel, A. (2022). Selbstbestimmung und forensische Suchtbehandlung. *Der Nervenarzt*, *93*(11), 1156-1162.

Querengässer, J., Berthold, D., Kirchmann-Kallas, S., Bezzel, A., Stübner, S.,

Riedemann, C., & Schlögl, C. (2025). Eine klinisch-praktische Perspektive auf die ersten Folgen der Reform des § 64 Strafgesetzbuch - Entziehungsanstalten auf kaltem Entzug. *Forum Strafvollzug, 75*(5), 330-336.

Querengässer, J., Bezzel., A. & Schlögl, C. (im Druck). Wer schließt die Lücke? Warum der Bedeutungsverlust forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB das ganze Suchthilfesystem angeht. *SUCHT.*

Schlögl, C., Bader, S. & Bezzel, A. (2024). Prinzipien einer modernen forensischen Suchtbehandlung. *SUCHT, 70*(4), 219–227.

Soyka, M. (2025). Behandlung von Suchterkrankungen im Strafvollzug. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *68*, 1380-1387.

Steinert, T. (2017). § 64 StGB sollte abgeschafft werden–Pro. *Psychiatrische Praxis*, *44*(04), 190-191.

Stübner, S. & Groß, G. (2026). Reform des § 64 StGB: Folgen für den Strafvollzug?

Bisherige Auswirkungen am Beispiel von Bayern. In: J. Goerdeler & J. Querengässer (Hrsg.), *Von den Widersprüchlichkeiten des Maßregelvollzuges – Zwischen Krisen und Innovationen, Schattendasein und öffentlicher Verantwortung* (S. 53-70). Springer.

Stübner, S., Werner, R., Groß, G., Schwarz, M. & Kaspar, J.(2024). Die Novellierung des § 64 StGB – Vorschläge zur Anwendung aus rechts- und erfahrungswissenschaftlicher Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 18*, 202–238.

2 Crackkonsum und Hilfebedarfe

Crack-Konsum in Berlin

Fachliche Einordnung und Ansatzpunkte für Versorgung, Schadensminderung und öffentlichen Raum

Tim Hirschfeld

Crack-Konsum ist in Berlin und anderen deutschen Großstädten in den vergangenen Jahren stärker im öffentlichen Raum sichtbar geworden. Politisch wird diese Entwicklung häufig im Zusammenhang mit Nutzungskonflikten und Fragen öffentlicher Ordnung verhandelt. Diese Perspektive ist nachvollziehbar, erfasst aber nur einen Teil der Problemlage. Sie beschreibt vor allem, wo Crack-Konsum sichtbar wird. Die Lebenslagen der Konsumierenden und die Bedingungen, unter denen bestehende Hilfen erreicht oder nicht erreicht werden, geraten dabei leicht aus dem Blick.

Die Berliner Crack-Studie untersuchte diese Zusammenhänge aus mehreren Perspektiven. Sie entstand im Auftrag der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und wurde von der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main unter Leitung von PD Dr. med. Inge Maria Mick umgesetzt. Methodisch kombinierte sie eine Sekundärdatenanalyse der Berliner Suchthilfestatistik mit einer standardisierten Befragung von 153 Personen an Berliner Szeneorten. Hinzu kamen qualitative Interviews mit Fachkräften und Konsumierenden sowie Fokusgruppen mit Expert*innen aus Praxis und Behörden.

Die Ergebnisse zeigten, dass Crack-Konsum in Berlin Teil einer syndemischen Problemlage ist. Gemeint ist damit das gemeinsame Auftreten gesundheitlicher und sozialer Belastungen, die sich gegenseitig verstärken und durch ungünstige soziale Bedingungen verschärft werden (Singer, 2009, Singer et al., 2017). In der Berliner Studie betrifft dies insbesondere Wohnungslosigkeit, fehlenden Krankenversicherungsschutz, psychische Belastungen, Infektionserkrankungen und multiplen Substanzgebrauch. Ähnliche Belastungsmuster finden sich auch in jüngeren Untersuchungen offener Drogenszenen in Nordrhein-Westfalen (Deimel et al., 2025). Die Ergebnisse der Berliner Crack-Studie sind ausführlich im frei zugänglichen Abschlussbericht dokumentiert (Hirschfeld et al., 2026). Der vorliegende Beitrag bündelt die abgeleiteten Handlungsempfehlungen zu gesundheitlichen Risiken, Hilfezugängen und der Entlastung öffentlicher Räume.

Wohnungslosigkeit, Existenzsicherung und Versorgung

Eine zentrale Voraussetzung für eine kontinuierliche Versorgung ist die Stabilisierung elementarer Lebensbedingungen. Körperliche Erholung, Hygiene, medizinische Basisversorgung und ein geschützter Aufenthaltsort schaffen die Grundlage dafür, dass weiterführende suchtbezogene oder psychiatrische Hilfen kontinuierlich genutzt werden können. Wohnungslosigkeit wirkt dabei als Verstärker Crack-bezogener Belastungen, weil ohne privaten Rückzugsraum auch Erschöpfung und akute Krisen öffentlich werden. Unter diesen Bedingungen lassen sich zudem administrative Verfahren und längerfristige Behandlungen kaum aufrechterhalten. In der Szene-

befragung waren 39 Prozent der Befragten obdachlos und 24 Prozent ohne Krankenversicherungsschutz.

In Berlin wird diese Problemlage durch die hohe Zahl wohnungsloser Menschen und den prognostizierten weiteren Anstieg verschärft. Zum Stichtag 31. Januar 2025 waren 53.610 wohnungslose Menschen untergebracht. Bis Ende 2029 wird für diese Gruppe ein Unterbringungsbedarf von rund 85.600 Plätzen prognostiziert. Unter Einbeziehung weiterer Unterbringungsbedarfe liegt der geschätzte Gesamtbedarf bei rund 114.600 Plätzen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2025a, 2025b). Diese Zahlen markieren den sozialen Rahmen, in dem Crack-Konsum, offene Szenen und Nutzungskonflikte entstehen.

Eine Verringerung der öffentlichen Präsenz von Konsum, Erschöpfung und Krisensituationen setzt erreichbare Alternativen zum Aufenthalt im öffentlichen Raum voraus. Fehlen solche Alternativen oder sind sie nicht konsumakzeptierend ausgestaltet, erscheinen strukturelle Defizite als individuelles Fehlverhalten. Erforderlich sind niedrigschwellige Orte, die Ruhe, Schutz und Basisversorgung verbinden und unabhängig vom Versicherungsstatus zugänglich sind. Mit der Änderung der Berliner Drogenkonsumraumverordnung im November 2025 wurde auch das Anliegen aufgegriffen, in Unterbringungsangeboten rechtlich zulässige Konsumgelegenheiten für obdachlose drogenkonsumierende Menschen zu ermöglichen. Die praktische Wirkung dieser Änderung hängt davon ab, ob entsprechende Angebote umgesetzt werden können und dafür Räume, Personal und Finanzierung zur Verfügung stehen. Konsumakzeptierende Unterbringung und spezialisierte Wohnhilfen gehören somit auch in die sucht- und gesundheitspolitische Betrachtung.

Schadensminderung und Konsumsetting

Niedrigschwellige und mobile Angebote der Suchthilfe bleiben zentrale Bestandteile schadensmindernder Versorgung und müssen der Konsumdynamik von Crack entsprechen. Diese ist durch kurze Konsumintervalle und häufig kurze Aufenthalte in den Einrichtungen gekennzeichnet. Wartezeiten können deshalb eine größere Zugangshürde darstellen als bei weniger hochfrequenten Konsummustern. Versorgungslücken entstehen, wenn Öffnungszeiten, räumliche Kapazitäten oder Personalausstattung diese Dynamik nicht auffangen oder geeignete Konsumutensilien fehlen.

Neben der Ausgestaltung der Einrichtungen beeinflusst auch ihr unmittelbares Umfeld die Erreichbarkeit. Kurze Konsumzyklen sind häufig mit kleinteiliger Beschaffung verbunden, sodass Erwerb und Konsum zeitlich und räumlich eng aufeinander folgen. Mikrohandel ist damit Teil der Szenedynamik und zugleich Gegenstand ordnungsrechtlicher Steuerung. Die qualitativen Erhebungen beschreiben wiederholt, dass repressive Maßnahmen zu räumlichen Verlagerungen führen und bestehende Hilfekontakte erschweren können. Dies betrifft auch Kontrollen im Umfeld niedrigschwelliger Einrichtungen. Wenn der Weg zwischen Beschaffung und Konsumraum mit einem erhöhten Risiko polizeilicher Kontrollen verbunden ist, kann dies die Nutzung des Angebots unattraktiver machen und den Konsum im öffentlichen Raum begünstigen. Für die kommunale Praxis stellt sich daher die Frage, wie Schutzinteressen im Umfeld der Einrichtungen berücksichtigt werden können, ohne den Zugang zur Versorgung unnötig zu erschweren.

Zürich bietet hierfür einen relevanten Vergleichspunkt (Stadt Zürich, o. J.). Die städtischen Kontakt- und Anlaufstellen verbinden beaufsichtigten Konsum, Überlebenshilfe und Triage an einem Ort. Zum Teil wird zudem Kleinhandel unter Schwerstabhängigen innerhalb eines dafür vorgesehenen Bereichs toleriert. Die institutionellen und rechtlichen Bedingungen unterscheiden sich von Berlin, relevant ist jedoch das zugrunde liegende Prinzip. Angebote werden so organisiert, dass möglichst wenig Anlass besteht, einzelne Funktionen unmittelbar in den öffentlichen Raum zu verlagern.

Für Berlin ergibt sich daraus ein Handlungsbedarf bei Kapazitäten, Öffnungszeiten und räumlicher Verteilung der Angebote. Sie sollten sich stärker an den tatsächlichen Aufenthaltsorten und Konsummustern der Zielgruppe orientieren und mit Überlebenshilfe, medizinischer Basisversorgung, psychiatrischer Anbindung und Wohnhilfen verbunden sein. Ebenso relevant sind die ordnungsrechtlichen Bedingungen im Umfeld der Einrichtungen. Lokal abgestimmte Regelungen können dazu beitragen, dass Hilfeangebote erreichbar bleiben und Verdrängungseffekte begrenzt werden.

Über Berlin hinaus bestehen weiterhin strukturelle Grenzen. Drogenkonsumräume sind bundesweit nur in einem Teil der Länder rechtlich ermöglicht. Damit hängt die Verfügbarkeit solcher Angebote weiterhin stark vom jeweiligen landesrechtlichen Rahmen ab, selbst wenn auf kommunaler Ebene ein entsprechender Bedarf besteht.

Integrierte Versorgung

Viele Crack konsumierende Menschen haben gleichzeitig Kontakt zu Suchthilfe, medizinischer Versorgung, Psychiatrie, Sozialverwaltung und Wohnungslosenhilfe. Unterschiedliche Zuständigkeiten und Zugangsvoraussetzungen führen insbesondere bei instabilen Lebenslagen zu wiederholten Übergängen und Versorgungsabbrüchen.

Die Berliner Befunde sprechen daher für integrierte Versorgungsorte, an denen niedrigschwellige Suchthilfe mit medizinischer, psychiatrischer und sozialrechtlicher Unterstützung verbunden wird. Solche Anlaufstellen können Wege verkürzen und Verluste an den Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen reduzieren. Ergänzend sind aufsuchende sozialpsychiatrische Angebote und verlässliche Kooperationsstrukturen zwischen Psychiatrie, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe erforderlich.

Differenzierte Angebotsgestaltung und Beteiligung

Crack konsumierende Menschen unterscheiden sich deutlich in ihren sozialen und gesundheitlichen Ausgangslagen. Neben Wohn- und Versicherungsstatus sind dafür Geschlecht, Alter, Sprache, Gewalterfahrung und psychische Belastung maßgeblich. Frauen benötigen geschützte Aufenthaltsräume und eine Versorgung, die Gewalt und sexualisierte Ausbeutung systematisch berücksichtigt, jüngere Menschen frühinterventive Zugänge. Bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, ohne Versicherung oder ohne gesicherten Aufenthaltsstatus kann Hilfe nicht erst nach vollständiger administrativer Klärung beginnen.

Bundesweite Mindeststandards für die niedrigschwellige Versorgung erscheinen vor diesem Hintergrund sinnvoll, besonders dort, wo Sprache, Geschlecht, Traumaerfahrung oder Versicherungsstatus den Zugang zu Hilfe erschweren. Kommunale Modellprojekte bleiben in ihrer Wirkung begrenzt, solange sie befristet und projektförmig fi-

nanziert werden. Auch Stigmatisierung in öffentlicher und institutioneller Praxis wirkt als Zugangsbarriere. Versorgung verliert ihren niedrigschwelligen Charakter, wenn sie faktisch an Abstinenzerwartungen oder administrative Vorleistungen gebunden ist.

Konsumierende verfügen über Erfahrungswissen zu Zugangswegen, Barrieren und Risiken, das in Planung und Steuerung der Angebote bislang kaum systematisch genutzt wird. Peer-Strukturen, Nutzer*innenbeiräte und partizipative Forschung schaffen die organisatorischen Voraussetzungen für eine dauerhafte Beteiligung an Entscheidungen über Ausgestaltung, Zugangsregeln und Weiterentwicklung. Auf diesem Weg wird nachvollziehbar, warum Angebote genutzt, gemieden oder abgebrochen werden. Korrigierbar werden zugleich institutionelle Routinen, die fachlich begründet sind, in der konkreten Lebenslage der Zielgruppe aber ins Leere laufen. Beteiligung setzt dafür eigene Ressourcen, Vergütung und verbindliche Verfahrenswege voraus.

Monitoring, Forschung und Steuerung

Offene Drogenszenen und Drogenmärkte verändern sich dynamisch, während die in Berlin verfügbaren Datenquellen bislang kaum systematisch zusammengeführt werden. Ein modular aufgebautes Monitoring könnte zunächst bestehende Routinedaten aus Drogen- und Wohnungslosenhilfe mit wiederkehrenden Szenebefragungen verbinden. Weitere Daten ließen sich schrittweise einbeziehen, sobald Datenschutz, Zuständigkeiten und gemeinsame Indikatoren geklärt sind. Bereits damit ließe sich beobachten, wie sich gesundheitliche Risiken, die Situation an einzelnen Szeneorten und mögliche räumliche Verlagerungen im Zeitverlauf entwickeln.

Ein abgestimmtes Monitoring offener Drogenszenen ist auch über Berlin hinaus erforderlich. Vergleichbare Entwicklungen werden in Frankfurt am Main, Nordrhein-Westfalen und anderen europäischen Städten beschrieben (Arendt und Werse, 2025, Deimel et al., 2025, EUDA, 2026). Qualitative und partizipative Zugänge bleiben dabei notwendig, weil Routinedaten vor allem Personen abbilden, die bereits im Hilfesystem angekommen sind.

Für Kokain- und Crackabhängigkeit stehen anders als bei Opioidabhängigkeit keine etablierten substitutionsgestützten Verfahren zur Verfügung. In Betracht kommen psychosoziale Ansätze, Contingency Management und wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben zur kontrollierten Kokainabgabe an schwerstabhängige Personen. Diese Optionen sollten für Deutschland geprüft und in ihrer Übertragbarkeit auf die hiesigen Versorgungsstrukturen bewertet werden. Zu klären wäre dabei insbesondere, wie sich entsprechende Angebote niedrigschwellig zugänglich gestalten lassen und nicht an denselben administrativen Hürden scheitern, die den Zugang zur bestehenden Versorgung erschweren.

Bei der finanziellen Bewertung niedrigschwelliger Crack-bezogener Versorgung sollten auch Ausgaben berücksichtigt werden, die bei fehlender oder unzureichender Versorgung in anderen Bereichen entstehen. Dazu gehören die Notfallversorgung, die Polizei und die Reinigung des öffentlichen Raums. Weil diese Ausgaben in verschiedenen Haushalten erscheinen, werden sie selten gemeinsam bilanziert. Erst eine ressortübergreifende Betrachtung könnte sichtbar machen, ob zusätzliche Mittel für niedrigschwellige Versorgung mit geringeren Folgekosten in anderen Bereichen einhergehen.

Fachpolitische Einordnung

Die Berliner Crack-Studie zeigt, dass Crack-Konsum eng mit gesundheitlichen, psychiatrischen und sozialen Belastungen verbunden ist. Besonders prägend sind Wohnungslosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz und weitere Formen struktureller Ausgrenzung. Diese Belastungen treten in unterschiedlichen Kombinationen auf und verstärken sich gegenseitig, weshalb die Versorgungsbedarfe innerhalb der Gruppe erheblich variieren.

Für die Berliner Versorgung ergeben sich daraus mehrere Ansatzpunkte. Niedrigschwellige Suchthilfe, medizinische und sozialpsychiatrische Versorgung sowie Wohnungs- und Obdachlosenhilfe sollten enger aufeinander abgestimmt werden. Konsumakzeptierende Aufenthalts- und Unterbringungsmöglichkeiten können Menschen erreichen, für die bestehende Angebote aufgrund ihrer Konsummuster oder Lebenssituation kaum nutzbar sind. Auch der Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Krankenversicherung, aufsuchende Angebote und tragfähige Übergänge zwischen den Hilfesystemen bleiben zentrale Aufgaben.

Wo Rückzugsmöglichkeiten fehlen, verlagern sich Konsum, Erholung und akute Krisen in den öffentlichen Raum. Ordnungsrechtliche Maßnahmen können nach den qualitativen Befunden zu räumlichen Verlagerungen führen und bestehende Hilfekontakte erschweren. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann diese Funktionen an anderen Orten auffangen, ohne die Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum vollständig aufzulösen.

Aus den Befunden ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit einer gesundheits- und sozialpolitisch integrierten Gesamtstrategie, in der die genannten Angebote gemeinsam geplant und verlässlich miteinander verbunden werden. Dazu gehören ein Zugang zur Versorgung unabhängig vom Krankenversicherungsstatus, der Abbau struktureller Zugangshürden und rechtliche Rahmenbedingungen, die bedarfsgerechte Angebote ermöglichen. Die Umsetzung betrifft kommunale, landes- und bundespolitische Zuständigkeiten gleichermaßen. Entscheidend ist die dauerhafte Finanzierung einer abgestimmten Versorgungsstrategie, die dem syndemischen Charakter der Problemlage Rechnung trägt.

Literatur

Arendt, I., & Werse, B. (2025). MoSyD-Szenestudie 2024. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Institut für Suchtforschung Frankfurt a. M.

Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., van Rießen, A., Schmitz, H., & Scholten, L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Pabst Science Publishers. https://doi.org/10.2440/0007

EUDA. (2026). Europäischer Drogenbericht 2026. Trends und Entwicklungen. Drogenagentur der Europäischen Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026_de

Hirschfeld, T., Martens, J., Abd Al Majeed, R., Stöver, H., Ghanem, C., Deimel, D., Werse, B., & Mick, I. M. (2026). Crack-Studie. Szenestrukturen, Konsummuster und Versorgungslage

in Berlin. Abschlussbericht 2026. Charité – Universitätsmedizin Berlin. https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/service/statistiken-und-berichte/

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025a). Entwicklung der Zahl untergebrachter wohnungsloser Personen und Unterbringungsbedarf bis 2029 in Berlin. Antwort auf Schriftliche Anfrage S 19/23201 und Drucksache 19/0692 M. Abgeordnetenhaus von Berlin.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025b). Zahlen, Daten, Fakten. Wohnungslose Menschen in Berlin 2022-2025. Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen, Stichtag 31.01. Land Berlin.

Singer, M. (2009). Introduction to syndemics. A critical systems approach to public and community health. John Wiley & Sons.

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet, 389(10072), 941-950.

Stadt Zürich. (o. J.). Kontakt- und Anlaufstellen. Sozialdepartement der Stadt Zürich.

Vom Kontaktladen zum niedrigschwelligen Komplexangebot: Ein integriertes Modell für den Umgang mit exzessivem Crackkonsum in Großstädten

Monika Fonfara, Carina Fretter, Robert Lager

Einleitung: Crackkonsum als Herausforderung für die Drogenhilfe, insbesondere in Großstädten

Der Konsum von Crack hat in den vergangenen Jahren in vielen deutschen Großstädten deutlich zugenommen und stellt die niedrigschwellige Drogenhilfe wie auch Kommunen vor große Herausforderungen. Neben den gesundheitlichen Risiken des Konsums führen insbesondere der häufig exzessive Konsum, die hohe Konsumfrequenz sowie die vielfach bestehenden psychischen, sozialen und gesundheitlichen Begleitprobleme zu komplexen Unterstützungsbedarfen. Gleichzeitig wird Crackkonsum aufgrund seiner hohen Sichtbarkeit im öffentlichen Raum zunehmend als ordnungs- und sozialpolitische Herausforderung wahrgenommen (Albrecht, L. et al. 2023, S. 175).

Die beschriebenen Entwicklungen machen deutlich, dass bestehende Angebote der Drogenhilfe dringend notwendig sind, gleichzeitig jedoch an ihre Grenzen stoßen können. Insbesondere Kontaktstellen, aufsuchende Sozialarbeit und weitere niedrigschwellige Hilfen sind mit veränderten Bedarfen ihrer Nutzer*innen sowie steigenden Anforderungen an Versorgung, Krisenintervention und Konfliktmanagement konfrontiert. Dabei wird deutlich, dass weder einzelne Einrichtungen noch einzelne Maßnahmen den komplexen Problemlagen allein gerecht werden können (Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument*innen, S. 4). Vor diesem Hintergrund plädiert dieser Beitrag für die Weiterentwicklung bestehender niedrigschwelliger Angebote zu einem integrierten, niedrigschwelligen Hilfesystem. Ausgangspunkt ist die Kontaktstelle als zentraler Knotenpunkt der Versorgung. Durch ihre Verknüpfung mit weiteren niedrigschwelligen Angeboten entsteht ein „Komplexangebot“, das den unterschiedlichen Bedarfen der Nutzer*innen ebenso besser gerecht werden kann wie den Anforderungen des Sozialraums. Die nachfolgenden Überlegungen verstehen sich als konzeptioneller Beitrag zur Weiterentwicklung akzeptierender Drogenhilfe im Umgang mit exzessivem Crackkonsum in Großstädten.

In verschiedenen deutschen Städten werden bereits umfassende Angebote „an einem Ort“ angeboten, so sind z.B. das Eastside in Frankfurt oder das Drogenhilfezentrum in Bielefeld als erfolgreiche und bewährte Beispiele für umfassendere Angebote für Drogen konsumierende Menschen zu nennen.

Die Kontaktstelle als zentraler Knotenpunkt eines integrierten Hilfesystems

Niedrigschwellige Kontaktstellen, Kontaktcafés oder Kontaktläden, idealerweise mit integriertem Drogenkonsumraum, sind seit vielen Jahren ein zentraler Bestandteil der akzeptierenden Drogenhilfe. Sie ermöglichen es, konsumierende Menschen möglichst voraussetzungslos zu erreichen und neben Angeboten der Grundversorgung und Schadensminderung häufig auch eine erste Anbindung an das Hilfesystem zu schaffen. Krisenintervention, Beratung und die Vermittlung in weiterführende Hilfen gehören ebenso zu ihren Kernaufgaben wie kontinuierlicher Beziehungsaufbau. Dieser entsteht oft zunächst als „Nebenprodukt" der Angebotsnutzung, entwickelt sich jedoch nicht selten zur Grundlage weiterer Hilfen und Unterstützungsangebote.

Die Niedrigschwelligkeit von Kontaktstellen bedeutet dabei nicht, dass sie vollständig voraussetzungslos arbeiten können. Kontaktstellen verfügen über Hausordnungen und üben zum Beispiel im Falle von Gewaltvorfällen oder wiederholten schweren Regelverstößen ihr Hausrecht aus – zum Schutz anderer Nutzer*innen oder Mitarbeiter*innen. Niedrigschwelligkeit bedeutet daher nicht Regellosigkeit, sondern einen möglichst barrierearmen Zugang innerhalb eines klar definierten Rahmens.

Gerade weil Kontaktstellen von vielen unterschiedlichen Nutzer*innengruppen in Anspruch genommen werden, spiegeln sich gesellschaftliche und szenebezogene Entwicklungen hier häufig besonders früh wider. Menschen mit unterschiedlichen Konsummustern, Lebenslagen und Erwartungen treffen auf engem Raum zusammen. Während einige Nutzer*innen vor allem Ruhe, Rückzug oder Grundversorgung suchen, wünschen andere einen Ort für Begegnung, Gespräche oder kurzfristige Bedürfnisbefriedigung. Diese unterschiedlichen Bedürfnisse können miteinander in Konflikt geraten.

Insbesondere mit der zunehmenden Verbreitung von Crack in vielen deutschen Großstädten haben sich diese Nutzungskonflikte teilweise verschärft. Mitarbeitende berichten von steigenden Anforderungen an die Konfliktregulation, einer Zunahme von psychiatrischen Störungen, Bedrohungs- und Gewaltsituationen sowie von Nutzer*innen, die aufgrund der Dynamik in den Einrichtungen bestehende Angebote nur eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrnehmen können. Gleichzeitig gehören Kontaktstellen und die aufsuchende Sozialarbeit häufig zu den ersten Angeboten, bei denen Veränderungen von Konsummustern oder der Zusammensetzung der Szene sichtbar werden.

Vom Kontaktladen zum niedrigschwelligen Komplexangebot

Die beschriebenen Entwicklungen machen deutlich, dass Kontaktläden konsequent zu einem niedrigschwelligen Komplexangebot weiterentwickeln werden sollten. Gemeint ist damit kein einzelnes neues Angebot, sondern ein modulhaftes, integriertes Hilfesystem, das verschiedene niedrigschwellige Unterstützungsangebote organisatorisch und konzeptionell miteinander verbindet. Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Erkenntnis, dass Menschen mit einem exzessiven Crackkonsum häufig vielfältige gesundheitliche, psychische und soziale Problemlagen aufweisen, die sich durch einzelne Hilfsangebote nur unzureichend bearbeiten lassen.

Ein integriertes, niedrigschwelliges Modell verfolgt dabei mehrere Ziele gleichzeitig. Es verbessert die Erreichbarkeit unterschiedlicher Zielgruppen, ermöglicht passgenauere Hilfen, entlastet einzelne Angebote und trägt dazu bei, Nutzungskonflikte innerhalb der Kontaktstellen zu reduzieren. Gleichzeitig können die Auswirkungen von problematischem Konsum im öffentlichen Raum besser bearbeitet werden, ohne den Zugang zu den betroffenen Menschen zu erschweren. Damit verbindet das Modell die Interessen der Nutzer*innen, der Einrichtungen und des Sozialraums gleichermaßen.

Je nach örtlicher Bedarfslage können neben einem Kontaktcafé und Aufenthaltsbereich unter anderem Drogenkonsumräume, Sozialberatung, medizinische und suchtmedizinische Sprechstunden, Substitutionsangebote, psychiatrische Angebote, Wundversorgung, Hygieneangebote, Ruheräume, Schlaf- und Übernachtungsmöglichkeiten, Verpflegung sowie Peer-Angebote gehören. Ebenso ist die Vermittlung in weiterführende Hilfen ein zentraler Bestandteil des Konzeptes. Nicht jeder Standort wird alle Angebote vorhalten können oder müssen. Entscheidend ist vielmehr, dass die vorhandenen Bausteine eng miteinander verzahnt sind und sich an den Bedarfen der Nutzer*innen orientieren (Albrecht, L. et al. 2023, S. 35).

Bausteine eines integrierten, niedrigschwelligen Hilfesystems

Aufsuchende Arbeit: Das mobile Element des Hilfesystems

Nicht alle Menschen mit einem problematischen oder exzessiven Crackkonsum werden durch Kontaktstellen erreicht. Insbesondere Personen mit ausgeprägtem Szenebezug, fehlender Tagesstruktur, psychischen Belastungen oder negativen Erfahrungen mit Institutionen nehmen bestehende Hilfen häufig nur eingeschränkt oder gar nicht in Anspruch. Aufsuchende Sozialarbeit bildet daher einen unverzichtbaren Bestandteil eines integrierten Hilfesystems.

Sie ermöglicht einen niedrigschwelligen Erstkontakt, schafft tragfähige Beziehungen und kann unmittelbar dort unterstützen, wo sich Menschen aufhalten. Gleichzeitig übernimmt sie eine wichtige Brückenfunktion zwischen öffentlichem Raum und den Angeboten des niedrigschwelligen Komplexangebots, indem sie in weiterführende Hilfen vermittelt und begleitet und bestehende Kontakte aufrechterhält. Aufsuchende Arbeit ergänzt damit die Kontaktstelle, ersetzt sie jedoch nicht. Beide Angebote entfalten ihre größte Wirkung im Zusammenspiel.

Konsum- und Aufenthaltsorte, niedrigschwellige Schutzräume plus Toleranzzonen als Bestandteil einer integrierten Stadtpolitik

Exzessiver Crackkonsum findet häufig im öffentlichen Raum statt und kann dort zu Nutzungskonflikten sowie einer hohen Belastung sowohl der Betroffenen als auch des Sozialraums führen. Repressive Maßnahmen allein führen in der Regel nicht zu einer nachhaltigen Lösung, sondern verlagern bestehende Problemlagen nur räumlich.

Niedrigschwellige Aufenthaltsorte und Schutzräume, idealerweise auch in Kombination mit möglichst sicheren Konsummöglichkeiten, können dazu beitragen, Konsum- und Aufenthaltsorte zu entzerren, Risiken zu reduzieren und den Zugang zu Hilfen zu

verbessern. Wo sinnvoll und lokal umsetzbar, können auch Toleranzzonen Bestandteil einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie sein. Entscheidend ist dabei, dass solche Angebote nicht isoliert betrachtet werden, sondern eng mit Kontaktstellen, aufsuchender Arbeit und weiteren Hilfen verknüpft sind. Sie dienen sowohl der Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen als auch der Entlastung des öffentlichen Raums (Albrecht et al. 2023, S. 34).

Ruhe, Schlaf und Selbstfürsorge als eigenständige Hilfebausteine

Die Möglichkeit zum Aufenthalt in einer Kontaktstelle spielt eine zentrale Rolle darin, die Zielgruppe zu erreichen und Kontaktgespräche zu ermöglichen. Kontaktstellen (idealerweise mit integrierten Drogenkonsumräumen) bieten als Orte zwischen Straße und institutioneller Hilfe einen einzigartigen Raum, der Aufenthaltsqualität gewährleisten kann. Das Leben auf der Straße und in der offenen Szene ist für viele Crack-Konsumierende von einer langjährigen Szene-Vergangenheit, wechselnden Konsummustern und mangelnder Selbstfürsorge geprägt (Albrecht et al. 2025, S. 102). Ebenso ist der Alltag der Crack-Konsumierenden durch Schnelligkeit und Hektik bestimmt, bis körperliche oder finanzielle Grenzen erreicht werden (ebd., S. 101). Selbstfürsorge, (Tages-)Schlaf und Ruhe stellen somit elementare Bausteine zur Stabilisierung dar und sind nötig, um auf das Hilfesystem zugreifen zu können. Durch gesellschaftliche Stigmatisierung und Ausgrenzung sind Aufenthalts- oder Ruheräume für Crack-Konsumierende wichtig, um Schutz zu erfahren. Niedrigschwelligkeit in Bezug auf Schlafangebote ist zentral, damit die Inanspruchnahme erleichtert wird.

Der bereits erwähnte Stress und der schnelllebige Alltag vieler Crack-Konsumierenden führen ebenfalls häufig zu mangelnder Hygiene und Körperpflege oder Unterernährung. Hier können Alltagshilfen wie niedrigschwellige Duschangebote, regelmäßige Essens- oder Nahrungsmittelangebote sowie Kleiderkammern einen wichtigen Beitrag leisten.

Peer-Arbeit als Brücke zwischen Szene und Hilfesystem

Für die niedrigschwellige Suchthilfe bietet die Einbindung von Peers, also Lebenswelt-Expert*innen, vielgestaltige Chancen, von denen sowohl die Hilfsangebote als auch die teilnehmenden Peers gleichermaßen profitieren können.

Peer-Angebote sind besonders geeignet, um marginalisierten Menschen selbstwertfördernde Formen von Beschäftigung anzubieten und gleichzeitig häufig erlebte Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen durch ein Erleben auf Augenhöhe innerhalb der Peer-Gruppe zu verarbeiten und andere, positive Erfahrungen zu machen. Peer-basierte Angebote können effektive Anknüpfungsmöglichkeiten innerhalb des Suchthilfesystems schaffen, die andernfalls zwischen Sozialarbeitenden und Angebotsnutzenden aus strukturellen Gründen – bei aller Bemühung zur menschlichen Begegnung und Beziehungsqualität – nicht möglich sind.

Neben dieser besonderen Möglichkeit zur Vertrauensbildung bringen die Peers auch Erfahrungswissen mit, das für Safer Use und Harm Reduction von großem Nutzen sein kann. Dies gilt vor allem dort, wo die Forschung zu Risiken und Schutzmöglichkeiten noch immer lückenhaft ist, was auf das Thema Crack zutrifft (Albrecht et al. 2025,

S.171). Crack gebrauchende Menschen selbst können hingegen oft auf individuelle Strategien in diesen Bereichen zugreifen, wie unter anderem Susann Hößelbarth in einer nicht-repräsentativen Interview-Studie zeigt, in der dies auf alle Interviewten zutrifft (Hößelbarth 2024, S. 604).

Außer eigener Suchterfahrung können Peers auch über sprachliche Kenntnisse definiert sein, die bei den Peers und den durch das jeweilige Angebot adressierten Menschen vorkommen. In dem Fall schlägt nicht das Erfahrungswissen im Bereich Sucht, sondern kulturelle Sensibilität und der Abbau von Sprachbarrieren eine wertvolle Brücke zwischen den hilfesuchenden Menschen und den Fachkräften oder dem Hilfesystem. In der Praxis kann dies die Form von „Sprachmittler*innen“ (Fixpunkt gGmbH) oder anderen Tätigkeitsbezeichnungen nehmen.

Es ist beim Einsatz von Peers unbedingt darauf zu achten, dass die betreffenden Menschen auch im Sinne eines Schutzes vor Konsumtriggern und Destabilisierung eine bedarfsgerechte sozialarbeiterische Anbindung und passende Perspektive auf die Arbeit haben und diese als positiven, sinnstiftenden Bezug wahrnehmen.

Es ist also folgerichtig, Peers in der niedrigschwelligen Suchthilfe einzusetzen und dabei durch ihre besondere Position positive Effekte zu erwarten, ob im Streetwork, in den Kontaktstellen oder bei Gesundheitsangeboten. Auch im vorliegenden integrierten Modell für das Komplexangebot kann das Peer Involvement ein Baustein sein.

Diskriminierungssensible Hilfen und FLINTA-Angebote*

In Bezug auf Gender als Diskriminierungsachse muss auf die besonderen Belastungen von FLINTA*-Personen in der offenen Drogenszene hingewiesen werden. Viele dieser Personen sind mehrfacher und intersektionaler Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt, unter anderem im Zusammenspiel von Geschlecht, Sexualität und Migrationshintergrund. Frauen und FLINTA*-Personen sind auch im Leben auf der Straße und der offenen Drogenszene stärker von Gewalt und Ausbeutungsverhältnissen betroffen (Bröckling et al. 2024, S. 301). Die Zahl wohnungsloser FLINTA*-Personen ist niedriger als die der wohnungslosen Männer, jedoch wird die Dunkelziffer von verdeckt wohnungslos lebenden Frauen z.B. für den Raum Berlin sehr hoch eingeschätzt (Quelle Wohnungslos in Berlin). Diese verdeckte Wohnungslosigkeit bedeutet für FLINTA*-Personen häufig, dass sie sich in sexualisierten Ausbeutungsverhältnissen und potentiell gewaltvollen Zweckpartnerschaften wiederfinden.

Städte- und länderweit mangelt es noch immer an einem ausreichenden Angebot an geschützten Aufenthalts- und Beratungsangeboten (Kühnl et al. 2021, S. 13). Auch die Frage, wie Frauen und FLINTA*-Personen mit spezifischen Angeboten erreicht werden können, bleibt bestehen. FLINTA*-Personen stellen in der Regel nur einen kleinen Bruchteil der Besuchenden niedrigschwelliger Suchthilfeeinrichtungen dar, jedoch mit steigender Tendenz (ebd.). Die Bedarfe hierbei orientieren sich stärker an dem Zusammenspiel von Sexarbeit und offener Drogenszene (Albrecht et al. 2025, S. 128). Hierunter fallen wie bereits erwähnt geschützte Aufenthaltsräume, traumasensible Beratungsangebote, Hygieneangebote oder gynäkologische Sprechstunden. Kriterien sind unter anderem die Nähe zu Aufenthaltsorten wie bspw. dem Straßenstrich, um die Niedrigschwelligkeit der Projekte zu gewährleisten. Empowerment und FLINTA*-spezifische Peer-Ansätze sind ebenfalls wichtig, um die Zielgruppe zu er-

reichen und in ihren alltäglichen Bedarfen zu unterstützen. Frauen greifen aufgrund größerer Gefahren der gesellschaftlichen Stigmatisierung seltener auf suchtspezifische Unterstützungsangebote zurück, insbesondere wenn sie Kinder haben (Bröckling et al. 2024, S. 320). In Bezug auf trans Personen gibt es unter anderem aus den USA Studien, die Peer-Ansätze als hilfreich beschreiben, um Unterstützung zuteilwerden zu lassen (ebd.). So gibt es deutschlandweit bereits einige Projekte und Einrichtungen, die sich gezielt mit diesen Bedarfen auseinandersetzen, oder zum Beispiel einen Teil ihrer Angebote oder Öffnungszeiten nur für FLINTA*-Personen anbieten. Im Raum Berlin bietet die Kontaktstelle „SKA“ der Fixpunkt gGmbH einen Teil der Öffnungszeiten nur für FLINTA*-Personen an. In dieser Zeit ist das Duschangebot kostenlos und es besteht ein geschützter Raum für Kontaktgespräche, außerdem wird eine medizinische Sprechstunde angeboten. Mit dem Frauentreff Olga in Berlin ist jedoch aktuell eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für drogenkonsumierende Frauen, trans Frauen und Sexarbeiterinnen von akuter Entmietung bedroht.

Auch die Diskriminierung aufgrund anderer Kriterien oder Merkmale kann auf andere Weise zu ähnlichen Belastungen in der offenen Drogenszene und in der Wohnungs- oder Obdachlosigkeit führen. Armut ist hierbei eine zentrale Dimension der Crackproblematik, da eine Vielzahl der Crack-Konsumierenden von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind und aktuell nur schwer in ein geregeltes Hilfesystem eingegliedert werden können, da die Hilfesysteme hochschwellig sind oder sie Teile der Zielgruppe, wie Menschen ohne Krankenversicherung, kaum auffangen können (Albrecht et al. 2025, S. 99). Faktoren wie Sprachbarrieren oder Aufenthaltsstatus sind ebenfalls zu nennen. Mehrsprachige Angebote, Verdolmetschung oder kultursensible Ansätze und entsprechende Fortbildungen für Mitarbeitende sind Möglichkeiten, um diesen Herausforderungen entgegenzutreten.

Oft sind drogengebrauchende Menschen in Statistiken für Diskriminierung und Gewalterfahrung noch unterrepräsentiert bzw. nicht gezielt erfasst. Die eindeutigere Assoziation mit Drogenkonsum als Ursache für Gewalt und Herabwürdigung sowie die regelhafte Meldung beispielsweise bei unabhängigen Meldestellen, kann zu einer verbesserten Repräsentation der Zielgruppe führen.

Beschäftigung, Zuverdienst und soziale Teilhabe

Die Implementierung von Projekten und Bausteinen zu Beschäftigung und Tagesstruktur in ein integriertes Unterstützungsmodell kann unterschiedliche Verbesserungen für die erreichten Menschen sowie den Sozialraum bewirken.

Beschäftigungsmodule können durch mehr Tagesstruktur zu Stabilisierung führen und gleichsam entlastend auf den Alltag wirken. Auch wenn weiterhin keine belastbaren Daten zu Konsumverläufen für Crack vorliegen (Albrecht et al. 2025, S.133), gibt es durch Interviewstudien und Praxiserfahrung Hinweise darauf, dass exzessive Konsummuster durch sporadischen oder unterbrochenen Konsum abgelöst werden können und Crack konsumierende Menschen durchaus über Strategien zur Selbstkontrolle verfügen (Hößelbarth 2024, S. 604f.). Beschäftigungsprojekte können in vielerlei Hinsicht Teil dieser Strategien sein, sofern sie passgenau konzipiert sind. Neue Aufgaben und Formen der Anerkennung können Selbstwirksamkeit und Teilhabe fördern und so Perspektiven außerhalb des Konsums stärken. Finanzielle Kompensation der

Teilnehmenden kann dabei zu einer Entlastung der Beschäftigten beitragen und so die gesamte Lebenssituation zusätzlich stabilisieren.

Insgesamt ist es hinsichtlich Crack besonders wichtig, auf möglichst geringe Zugangshürden zu achten. Dabei ist hervorzuheben, dass der aktuelle Bezug von Sozialleistungen, ein vorhandener Aufenthaltsstatus oder eine vorhandene Krankenversicherung häufig noch Voraussetzungen für die Teilnahme an Beschäftigungsprojekten darstellen, die insbesondere Crack konsumierende Menschen mit kompulsivem Gebrauch an der Teilnahme hindern können. Ein Angebot im Sinne der Nutzenden verzichtet soweit möglich auf Zugangshürden, arbeitet zieloffen, und ermöglicht eine punktuelle und bestenfalls anonym mögliche Teilnahme.

Ebenfalls stellt eine oft noch verbreiteter (Punkt-)Abstinenzanspruch eine große Teilnahmehürde für konsumierende Menschen dar. Die Angebote sollten daher dergestalt entwickelt werden, dass auch während aktiver Konsumphasen eine Teilnahme möglich ist, was eine Kultur des Vertrauens fördern und so besonders wirksam sein kann (Abderhalden et al. 2025, S. 172).

Die Tätigkeiten der Beschäftigungsbausteine können so angelegt sein, dass sie vor Ort in der Kontaktstelle selbst, in sozialen Einrichtungen, im Stadtteil oder an nachbarschaftlich geprägten Orten durchgeführt werden können. Wenn sie öffentlich sichtbar sind, können die Tätigkeiten zur Entstigmatisierung drogengebrauchender Menschen beitragen und gleichsam das subjektive Sicherheitsgefühl in der Nachbar*innenschaft stärken. Beispielsweise kann die nachbar*innenschaftsoffene Pflege von Gemeinschaftsgärten oder Baumscheiben, peergestützte Koch- und Essensangebote, das Sammeln und Entsorgen von Konsumrückständen oder informierende Tätigkeiten in den Sozialraum hineinwirken. Das übergeordnete Ziel der Wahrnehmung drogengebrauchender Menschen als gleichberechtigte Nutzende des öffentlichen Raums kann so durch entstehende Eindrücke und Kontakte gleichsam gefördert werden und für die Teilnehmenden dabei die soziale Teilhabe fördern.

Mikrohandel und regulierte Erwerbsmöglichkeiten: Impulse aus der Schweiz

Der vermehrte Crackkonsum und die damit einhergehenden psychosozialen Begleiterscheinungen verlangen neue Ansätze, die den damit verbundenen Problemstellungen gewachsen sind. Die veränderten Konsummuster stellen die Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen sowie Stadtpolitik vor neue Herausforderungen, unter anderem in Bezug auf das gesteigerte Aggressionspotential oder den verschlechterten psychischen und körperlichen Zustand der Konsumierenden (Kühnl et al. 2021, S. 8).

In Zürich wird seit einigen Jahren von positiven Veränderungen durch Mikrohandel berichtet. Mikrohandel meint den Handel kleinster Mengen illegalisierter Substanzen für den Eigenbedarf – unter anderem von Kokain – innerhalb einer niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtung zwischen Menschen, die schwerstabhängig sind. Hierbei wird dieser Handel nicht im engeren Sinne legalisiert, sondern informell vom Personal der Einrichtung sowie von Behörden toleriert und an feste Bedingungen geknüpft (Meyer 2025, S. 121). Eine positive Entwicklung stellt der verminderte Beschaffungsstress dar, dem die Crack-Konsumierenden ohne tolerierten Mikrohandel ansonsten stark unterliegen. Der erhöhte Bedarf und das gesteigerte Craving können zu dem ständigen

Zwang führen, zunächst Geld und anschließend das benötigte Material zu organisieren. Dies wiederum führt dazu, dass kompulsiv Crack-Konsumierende sich nicht für einen längeren Zeitraum in einer Suchthilfeeinrichtung aufhalten und stressbedingt weniger empfänglich für Unterstützungsangebote sind. Tolerierter Mikrohandel kann hier entgegenwirken, indem der Anreiz, sich länger in der Einrichtung aufzuhalten, erhöht wird, und im gleichen Zuge den Handel von illegalisierten Substanzen im öffentlichen Raum verringern (ebd.). Hierbei kann Mikrohandel auch als Harm-Reduction-Ansatz verstanden werden, da er den Stress der Konsumierenden verringert und sie erreichbarer für Hilfsangebote macht. Gleichzeitig wird die Qualität der konsumierten Substanzen durch den geschützten Raum und die begrenzte Anzahl an Personen kontrollierbarer, was die Nutzer*innen vor unerwünschten Begleiterscheinungen des Konsums schützt (ebd., S. 122). Hier sei insbesondere auch auf niedrigschwellige Angebote des Drug-Checking verwiesen, die eine gute Ergänzung darstellen können. Für Konsumierende ohne Einkommensmöglichkeiten, wie zum Beispiel illegalisierte Menschen, stellt Mikrohandel ebenfalls eine niedrigschwellige Einkommensquelle dar. Gleichzeitig jedoch wird der Mikrohandel in Zürich nur einer sehr begrenzten Zielgruppe ermöglicht; unter anderem wird ein fester Wohnsitz in der Stadt verlangt (Quelle Stadt Zürich). Überträgt man dieses Kriterium auf andere Städte und Drogenkonsumräume, dann würde das einen Großteil der Konsumierenden ausschließen und die Mitarbeitenden der Kontaktstellen wiederum vor große Herausforderungen stellen. Hier bleibt also die Frage offen, inwiefern von den positiven Berichten aus Zürich profitiert werden und gleichzeitig ein rechtlicher Rahmen geschaffen werden kann, der diese positiven Effekte in eine zeitgemäße Stadt- und Drogenpolitik integrieren kann. Aktuell wird in der Kölner und Düsseldorfer Suchthilfe in Zusammenarbeit mit stadtpolitischen Akteur*innen darüber diskutiert, wie sich diese Ideen in der Praxis gestalten lassen (Quelle Tagesspiegel). Eine aktuelle Anfrage der Linken vom Juni 2026 und die darauffolgende Antwort der Bundesregierung lassen jedoch für den deutschen Raum wenig Hoffnung dahingehend aufkommen. Entgegen jeglicher Quellen und dem aktuellen Wissensstand wird in der Antwort das Risiko hervorgehoben, dass Mikrohandel den Einstieg in den Crackkonsum begünstige und die Risiken in Bezug auf Sicherheitsfragen steigere (Antwort der Bundesregierung auf Anfrage der Linken). Wir plädieren an dieser Stelle dafür, dass Mikrohandel in Anbetracht der positiven Berichte aus der Schweiz auch in Deutschland im Sinne eines Harm-Reduction-Ansatzes stattfinden und niedrigschwellig zugängig gemacht werden sollte – unabhängig von Wohnsitz und Staatsangehörigkeit.

Zusammenarbeit mit Bezirk, Stadtteil und lokalen Akteuren

Für eine gelingende Umsetzung jedes Konzepts sind Aspekte der Kooperation und Netzwerkarbeit bedeutsam.

Dabei ist zuerst die Kooperation mit der kommunalen Verwaltung – in Berlin der Bezirksverwaltung – zu nennen, da diese das Vorhaben insgesamt unterstützen sollte und in der Regel ein*e Netzwerkpartner*in in koordinativer Funktion sein wird. Zudem verfügt sie über Steuerungs-, Abstimmungs- und Kooperationsmöglichkeiten bezüglich weiterer Akteur*innen, insbesondere öffentlicher Art. Wie von fachlicher Seite immer wieder betont wird, ist eine regelmäßige Abstimmung aller Beteiligten von

hoher Bedeutung (Albrecht et al. 2025, S.144), wobei die öffentliche Verwaltung eine initiatorische Rolle übernehmen kann.

In der angesprochenen Abstimmung kann und sollte auch eine Partizipation der Nutzer*innen erwogen werden und möglichst erfolgen, da diese zu einer Zunahme der Angebotsqualität und -akzeptanz führen kann. Ein positives Beispiel hierfür ist der Szenetreffpunkt im Hohentorspark in Bremen, der unter anderem durch die Innere Mission und die Therapiehilfe Bremen betreut wird. Dort waren die Nutzenden bereits an der Auswahl des Ortes beteiligt, indem sie mehrtägig mit Streetworker*innen gemeinsam verschiedene Orte gesichtet und diskutiert hatten. Dementsprechend ist die Akzeptanz und Nutzung des gewählten Ortes hoch. Solche Positivbeispiele für Partizipation suggerieren, dass auch Beteiligung von Nutzenden bei bezirklichen oder gesamtstädtischen Prozessen eine Zunahme der Angebotsqualität erwarten lassen können.

Im Hinblick auf die Priorität verschiedener Kooperationspartner*innen lohnt ein Blick auf die Bedarfe der Hilfesuchenden. In einer Nutzendenbefragung aus dem Jahre 2024 in Nordrhein-Westfalen war dabei mit 35,6 % der Befragten der Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen am höchsten unter den abgefragten Unterstützungsbedarfen (Deimel 2025). Auch in der Praxiserfahrung in der niedrigschwelligen Suchthilfe zeigt sich immer wieder, dass eigener Wohnraum oder sichere Übernachtungsplätze die Lebenssituation eklatant verbessern können, wobei auch Ansätze wie Housing First zu nennen sind. Vor diesem Hintergrund empfehlen sich Kooperationen neben der sozialen Wohnhilfe auch mit Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften, um nachhaltige Verbesserungen bei den Hilfesuchenden zu erzielen.

Im Rahmen eines integrierten Modells sollte die Bearbeitung von Nutzungskonflikten und Beschwerden im öffentlichen Raum gemeinsam erfolgen. Hier können Bausteine wie Gemeinwesenarbeit und Street Work durch die Suchthilfe vorgehalten werden und mit Akteur*innen wie sozial-psychiatrischen Hilfen, den Ordnungsämtern und der Polizei oder auch Kinder- und Jugend- oder Nachbar*innenschaftseinrichtungen kooperieren.

Auch stadtplanerische Aspekte sind für Kooperationen von Bedeutung. Wenn hier eine gute Kooperation erfolgt, kann bezüglich Effekten der Segregation und Exklusion (Wehrheim 2024, S. 327) gegengesteuert werden. Hier sind neben der Schaffung und Erhaltung von betreuten Aufenthaltsorten auch innovative Ansätze wünschenswert wie Tagesruhe- und Schlafgelegenheiten im öffentlichen Raum. Diese können im Hinblick auf aktuelle und kommende Hitzeperioden im Rahmen der klimatischen Verschärfungen in Grünflächen liegen oder in Grün-Oasen, die im Rahmen von gemeinschaftlicher, nachbarschaftlich organisierter Gartenarbeit kühl gehalten werden.

Umgang mit Polizei und Strafverfolgungsbehörden

Während die Drogenhilfe primär auf Unterstützung, Schadensminderung und Beziehungsarbeit ausgerichtet ist, nehmen Polizei und Ordnungsbehörden Aufgaben der Gefahrenabwehr und öffentlichen Sicherheit wahr. In der Praxis jedoch treffen diese Zuständigkeiten im öffentlichen Raum unmittelbar aufeinander. Um Konflikte zu reduzieren und die Handlungsfähigkeit aller Beteiligten zu sichern, sind verbindliche Absprachen, transparente Kommunikationswege und ein gemeinsames Verständnis

der jeweiligen Rollen und Rechtsgrundlagen erforderlich (Streetwork-Standards der BAG Frauen, Sexarbeit und illegalisierte Substanzen). Teils ist die Kooperation durch Rechtsverordnungen und Kooperationsvereinbarungen in einzelnen Städten oder Bundesländern reguliert, teils können Rahmenbedingungen auch zwischen Trägern und Polizei besprochen werden. Ziel soll und darf nicht die Vermischung von Hilfe und Repression sein, sondern eine klare Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben bei gleichzeitiger Koordination im Sozialraum.

Ein funktionierendes Zusammenspiel kann dazu beitragen, Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum zu entschärfen, ohne den niedrigschwelligen Zugang zu Hilfen zu beeinträchtigen. Entscheidend bleibt dabei die Wahrung der Autonomie der Drogenhilfe sowie die Sicherstellung, dass Unterstützungsangebote und die Ausübung der fachlichen Rolle nicht durch ordnungspolitische Maßnahmen konterkariert werden.

Fazit: Von der Einzelmaßnahme zum integrierten Hilfesystem

Die aktuellen Empfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum (Albrecht et al. 2023 und 2025) in Verbindung mit den bereits erprobten und erfolgreichen Maßnahmen der niedrigschwelligen Kontaktladenarbeit machen deutlich, dass bestehende Angebote der akzeptierenden Drogenhilfe nicht grundsätzlich neu gedacht, sondern konsequent weiterentwickelt werden müssen. Kontaktstellen bleiben das Herzstück niedrigschwelliger Versorgung. Gleichzeitig zeigen die vielfältigen Bedarfe der Zielgruppe, dass einzelne Einrichtungen die erforderlichen Hilfen allein weder vorhalten noch koordinieren können.

Mit dem beschriebenen modulhaften Konzept „Niedrigschwelliges Komplexangebot“ wird ein integriertes Versorgungsmodell vorgeschlagen, das erprobte niedrigschwellige Angebote unter einem gemeinsamen fachlichen Ansatz miteinander verbindet. Aufsuchende Arbeit, Konsummöglichkeiten und -räume, Schutz- und Aufenthaltsräume, Möglichkeiten zur Erholung, Peer-Arbeit, diskriminierungs- und geschlechtersensible Angebote sowie Maßnahmen zur sozialen Teilhabe ergänzen sich dabei gegenseitig und entfalten ihre größte Wirkung im Zusammenspiel. Ebenso sind die enge Vernetzung im Sozialraum sowie eine konstruktive Zusammenarbeit mit Kommunen und Sicherheitsbehörden wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Versorgung.

Die Herausforderungen des Crackkonsums werden sich auch zukünftig nicht durch einzelne Maßnahmen oder ausschließlich ordnungspolitische Ansätze bewältigen lassen. Erforderlich ist vielmehr neben einer – hier nicht besprochenen, aber dennoch bestehenden gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auch ein bedarfsorientiertes, akzeptierendes und integriertes Hilfesystem, das sowohl die Bedürfnisse der betroffenen Menschen als auch die Anforderungen des öffentlichen Raums berücksichtigt. Der Kontaktladen als Knotenpunkt für ein Komplexangebot versteht sich als ein möglicher konzeptioneller Rahmen für eine solche Weiterentwicklung niedrigschwelliger Drogenhilfe.

Literatur

Abderhalden, I., Arnold, T., Hansjürgens, R., Sommerfeld, P. (2025): Suchthilfe und Soziale Arbeit. Nomos: Baden-Baden.

Albrecht, L., Becker, G., Deimel, D., Hornig, L., Kiefer, D., Köthner, U., Krauss, F., Leicht, A., Michels, I., Müller-Maar, O., Pritzens, N., Schäffer, D., Schroers, A., Stöver, H., Tügel, C., Woike, F. (2023): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe. Akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.), Berlin.

Albrecht, L., Becker, G., Leicht, A., Harbaum, M., Pritszens, N., Stöver, H., Tügel, C. (2025): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe – ein Update 2025. Akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.), Berlin.

Bröckling, U. ,Feustel, R., Schmidt-Semisch, H. (2024): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive, 2. Aufl., Springer VS: Wiesbaden.

Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., van Rießen, A., Schmitz, H., Scholten, L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument*innen (2024): https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/handreichung_zur_anpassung_der_angebote_in_aids_und_drogenhilfe_2024_04_22_1.pdf, zuletzt aufgerufen am 06.07.2026

Häde, M., Hentschel, A., Köthner, U., Pritszens, N., Schäffer, D., Schmolke, R., Stöver, H. (2021): Leitbild akzeptierende Drogenarbeit. Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe (Hrsg.), Berlin.

Hößelbarth, S. (2024): Konsumverhalten und Kontrollstrategien von Crackkonsument_innen. In: Robert Feustel, Henning Schmidt-Semisch, Ulrich Bröckling (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive, 2. Aufl., Springer VS: Wiesbaden.

Kühnl, R., Meier, C., Prins, G., Neumeier, E. (2021). Crack. Trendspotter. München: Institut für Therapieforschung.

Meyer, F. (2025): Mikrohandel als Schlüssel zur Verhinderung von offenen Drogenszenen und effektiver sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen, In: 12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025, akzept e.V., DAH, JES (Hrsg.), Pabst Science Publishers: Lengerich.

Stadt Zürich: https://www.stadt-zuerich.ch/de/lebenslagen/unterstuetzung-und-beratung/persoenliche-beratung/treffpunkte-drogenkonsumraeume/kontakt-anlaufstellen.html, zuletzt aufgerufen am 14.07.2026

Streetwork-Standards der BAG Frauen, Sexarbeit und illegalisierte Substanzen: https://www.aidshilfe.de/drogen/system/files/document/BAG%20Streetwork-Standards.pdf, zuletzt aufgerufen am 06.07.2026

Tagesspiegel „In kleinen Mengen: Lauterbach will Mikrohandel von harten Drogen unter Abhängigen tolerieren“: https://www.tagesspiegel.de/politik/in-kleinen-mengen-lauterbach-will-mikrohandel-von-harten-drogen-unter-abhangigen-tolerieren-15745601.html, zuletzt aufgerufen am 15.07.2026

Wehrheim, J. (2024). Drogen: Stadt- und raumsoziologische Perspektiven. In: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.), Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive, 2. Aufl., Springer VS: Wiesbaden.

Wohnungslos in Berlin – Fragen und Antworten file:///C:/Users/Ska28/Downloads/2023-02_lpb_wohnungslos_bf.pdf, zuletzt aufgerufen am 14.07.2026

Veränderte Konsummuster in den Drogenkonsumräumen Zürichs: Dominanz von Crack und Rückgang des Heroinkonsums – Ergebnisse eines systematischen Monitorings

Florian Meyer

Aktuelle Herausforderungen in Zürich

Wie zahlreiche andere europäische Länder sieht sich auch die Schweiz mit einer hohen Verfügbarkeit von Kokain sowie einer zunehmenden Zahl von Personen konfrontiert, die eine Abhängigkeit von Crack entwickeln (EUDA, 2026). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Zürcher Drogenkonsumräumen (DKR) wider. In den vergangenen fünf Jahren stiegen sowohl die Anzahl der Nutzenden als auch die Zahl der Konsumvorgänge um rund 30%.

Bereits in den vergangenen Jahren stand die Stadt Zürich vor der Herausforderung, Veränderungen in der Drogenszene zu beschreiben und geeignete Massnahmen abzuleiten, ohne über ausreichend belastbare Datengrundlagen zu verfügen. Im Unterschied zu vielen anderen europäischen Städten konsumiert die Mehrheit der Nutzenden der Zürcher Drogenkonsumräume Crack bereits seit Jahren in den dafür vorgesehenen Inhalationsräumen. Die Einrichtungen der Schadensminderung stehen dabei jedoch zunehmend in Konkurrenz zur Attraktivität des öffentlichen Raums als Konsumort (Meyer, 2025).

Die Zürcher Drogenkonsumräume werden mittlerweile an ihrer Kapazitätsgrenze betrieben. Dadurch können keine zusätzlichen Personengruppen aufgenommen werden, welche die bisherigen Zutrittskriterien nicht erfüllen. Der Zugang ist derzeit auf Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich beschränkt. Dieses Prinzip stösst angesichts der aktuellen Entwicklung an seine Grenzen, da die Zahl der konsumierenden Personen ohne Zugang zu den Drogenkonsumräumen kontinuierlich zunimmt. Entsprechend besteht die Notwendigkeit, die bestehenden Kapazitäten auszubauen. Gleichzeitig wird auf politischer Ebene gefordert, dass auch weitere Städte der Region Angebote der Schadensminderung etablieren, um die Versorgungslast regional breiter zu verteilen (Keystone-SDA, 2026; Stadt Zürich, 2026a).

Konsummonitoring

Um diese Entwicklungen fundierter beschreiben und analysieren zu können, wurde Anfang 2026 ein standardisiertes Konsummonitoring in die operativen Abläufe der Drogenkonsumräume integriert. Jede nutzende Person erhält dabei ein Pseudonym, das mit ausgewählten soziodemografischen Merkmalen verknüpft wird. Seither werden sämtliche Konsumvorgänge – derzeit rund 800 pro Tag – systematisch dokumentiert. Dadurch ist es möglich, das Konsumverhalten von rund 1‘000 Personen zu analysieren und Entwicklungen über die Zeit nachzuvollziehen (Stadt Zürich, 2026b).

Die erhobenen Daten liefern erstmals seit der Einführung der Zürcher Drogenkonsumräume vor über 30 Jahren eine umfassende und differenzierte Datengrundlage zum Nutzungs- und Konsumverhalten. Im Folgenden werden einige Erkenntnisse der ersten sieben Monate des Monitorings dargestellt. In diesem Zeitraum wurden insgesamt rund 140‘000 Konsumvorgänge dokumentiert.

Abbildung 1 veranschaulicht die Verteilung der sieben am häufigsten konsumierten Substanzen bzw. Substanzmischungen. Es zeigt sich, dass Crack bzw. Kokainbase mit deutlichem Abstand die am häufigsten konsumierte Substanz darstellt. Dieses Konsummuster ist über alle Altersgruppen hinweg konsistent. Hinsichtlich der Applikationsformen über sämtliche Substanzen hinweg dominiert die inhalative Aufnahme (80 %), gefolgt von der nasalen Applikation (13 %) und der intravenösen Injektion (7 %). Gleichzeitig verdeutlichen die Daten die weiterhin hohe Bedeutung von Diaphin[1] innerhalb der Zürcher Drogenszene. Heroin vom Schwarzmarkt wird demgegenüber vergleichsweise selten konsumiert. Dennoch konsumierten im Beobachtungszeitraum (Januar bis Juli 2026) 133 Personen Heroin aus dem illegalen Markt. Diese Personengruppe weist im Falle des Auftretens synthetischer Opioide ein besonders hohes Gefährdungspotenzial auf. Dieser Problematik versucht der «Massnahmenplan synthetische Opioide» der Stadt Zürich Rechnung zu tragen (Stadt Zürich, 2024).

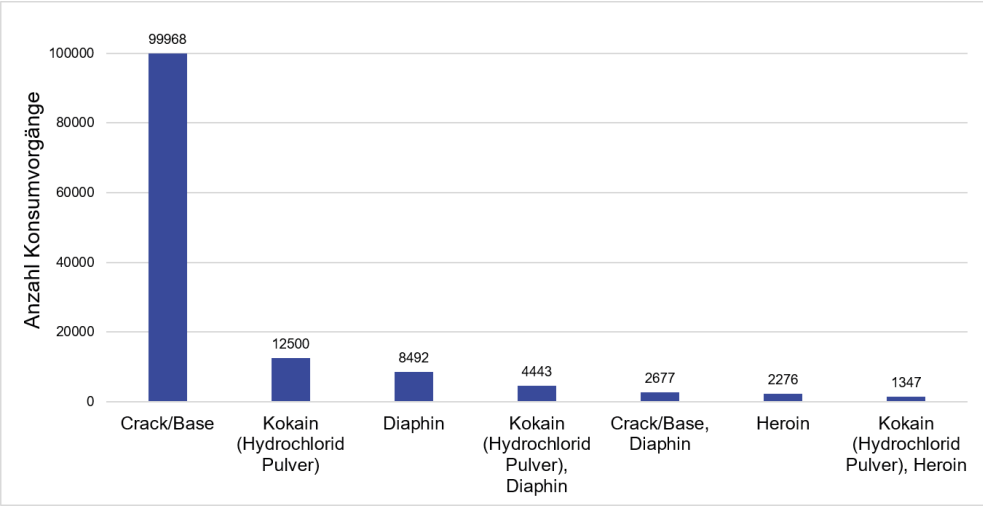


Abb. 1: Konsumvorgänge/Substanzen Januar bis Juli 2026
Quelle: Stadt Zürich (2026b)

Seit dem Sommer 2023 ist im öffentlichen Raum der Stadt Zürich eine Zunahme des Konsums sowie des Handels mit illegalen psychoaktiven Substanzen – mutmasslich insbesondere Crack – zu beobachten. Nach einer vorübergehenden Entspannung im Sommer 2024 kam es in den Sommermonaten 2025 und erneut 2026 zu einer teilweise ausgeprägten Szenebildung an verschiedenen Standorten in der Zürcher Innenstadt. Diese Entwicklung wurde sowohl von der Bevölkerung als auch von den Medien wahr-

1 https://compendium.ch/de/product/1179602-diaphin-ir-tabl-200-mg

genommen und in der Folge auf politischer Ebene intensiv diskutiert (z.B. Stadt Zürich, 2026a; Baumgartner, 2026). Als zentrales Problem identifiziert die Stadt Zürich, dass ein erheblicher Teil der im öffentlichen Raum konsumierenden Personen keinen Zugang zu den städtischen Einrichtungen der Schadensminderung, insbesondere den DKR, hat. Gleichzeitig ist eine zunehmende Enthemmung des Konsumverhaltens zu beobachten. Crack wird vermehrt offen im öffentlichen Raum konsumiert, wodurch die Sichtbarkeit und Verwahrlosung der Drogenszene zunehmen. Zudem lässt sich eine stärkere Durchmischung verschiedener Personengruppen feststellen, darunter Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich und auswärtige Konsumierende sowie jüngere und ältere Personen.

Erstmals konnten diese Beobachtungen im Jahr 2026 den neu erhobenen Monitoring Daten aus den Zürcher Drogenkonsumräumen gegenübergestellt werden. Die Analysen zeigen, dass der Anstieg des Konsums im öffentlichen Raum zeitgleich mit einer Zunahme der Nutzendenzahlen und der Anzahl Konsumvorgänge innerhalb der Drogenkonsumräume erfolgte (vgl. Abb. 2). Diese Befunde sprechen gegen eine systematische Verlagerung der bestehenden Zielgruppe der Drogenkonsumräume in den öffentlichen Raum. Vielmehr weisen sie darauf hin, dass sich während dieser Zeit zusätzlich weitere Gruppen konsumierender Personen im öffentlichen Raum aufhielten. Diese Entwicklung ist aus Sicht der Versorgungsplanung von besonderer Relevanz, da sie auf eine Ausweitung der offenen Drogenszene hindeutet, welche durch die bestehenden Angebote der Schadensminderung nur teilweise erreicht werden kann.

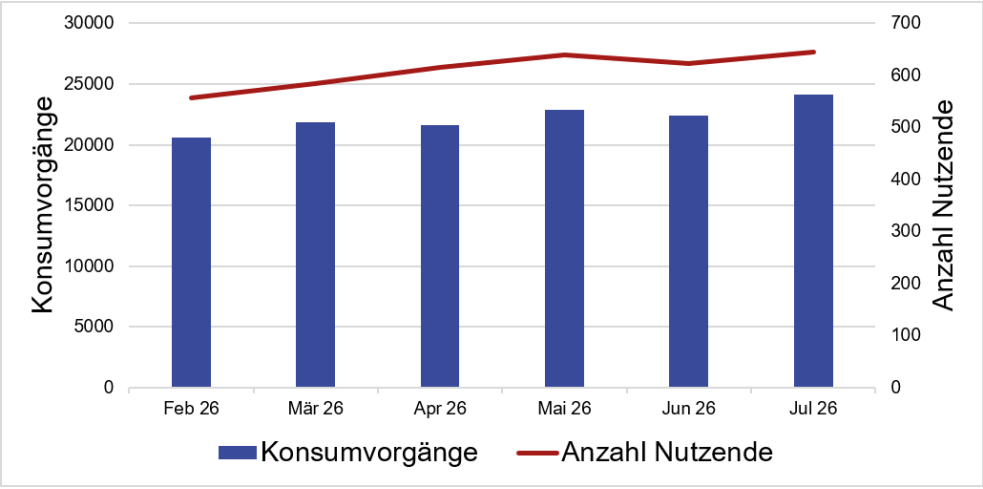


Abb. 2: Anzahl Konsumvorgänge / Nutzende der DKR
Quelle: Stadt Zürich (2026b)

Ergänzend zeigen die Ergebnisse der Abwasseranalytik aus Schweizer Kläranlagen, dass der Crackkonsum kein ausschliesslich städtisches Phänomen darstellt. Auch in ländlichen Regionen (z.B. Kanton Schwyz) werden erhöhte Konzentrationen entsprechender Metaboliten nachgewiesen, was auch auf einen verbreiteten Konsum ausserhalb urbaner Zentren hinweist (EAWAG, UNIL & BAG, 2026). Dies führt dazu, dass

urbane Zentren zunehmend die Versorgung ganzer Regionen übernehmen müssen (Baumgartner, 2026).

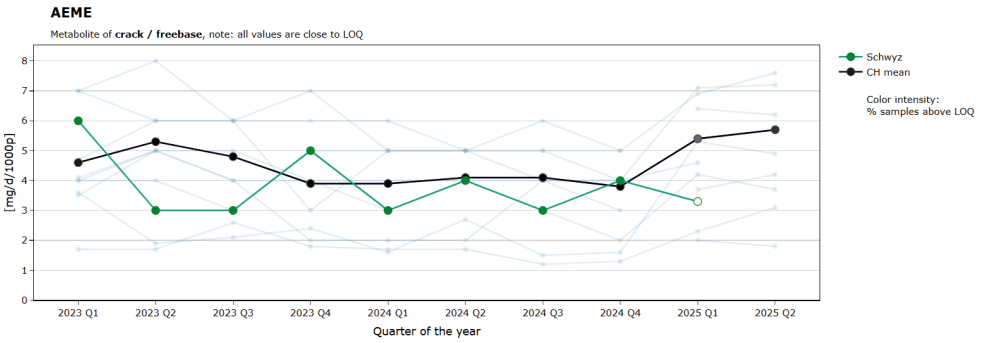


Abb. 3: Metabolit von Crack/Base im Abwasser der Stadt Schwyz
Quelle: EAWAG, UNIL & BAG (2026)

Crack: Unterschiedliche Konsummuster

Abbildung 4 zeigt das Konsumverhalten von Crack konsumierenden Personen in den Zürcher Drogenkonsumräumen im Juli 2026. Insgesamt wurden in diesem Monat 17 641 Crack-Konsumvorgänge registriert. Von den insgesamt 526 erfassten Personen (N = 526) konsumierten 256 zwischen einem und neunmal Crack. Rund 89% der Personen konsumierten durchschnittlich weniger als 3,2-mal pro Tag. Fünf Personen wiesen mit mehr als 250 Konsumvorgängen im Monat ein besonders hohes Konsumniveau auf. Die beschriebenen Konsummuster blieben im Zeitraum von Februar bis Juli 2026 weitgehend konstant (Stadt Zürich, 2026b).

Diese Daten bilden das Verhalten innerhalb der Zürcher Drogenkonsumräume ab und erlauben keine generellen Rückschlüsse auf den Gesamtkonsum der betreffenden Personen. Unklar bleibt insbesondere, in welchem Ausmass ausserhalb der Einrichtungen weitere Konsumepisoden stattfinden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Es scheint jedoch, dass ein Teil der Nutzenden der Zürcher Drogenkonsumräume einen eher kontrollierten Konsum von Crack aufweisen. Vorläufige Ergebnisse qualitativer Interviews mit Crack konsumierenden Personen in den Zürcher Drogenkonsumräumen stützen diese Einschätzung und weisen auf eine heterogene Ausprägung der Konsummuster hin (Stadt Zürich, 2026c). Diese vorläufigen Ergebnisse relativieren die im Fachdiskurs verbreitete Annahme, Crackkonsum sei grundsätzlich durch ein kontinuierliches und kaum kontrollierbares Konsummuster ohne Sättigungseffekt gekennzeichnet (SSAM, 2023). Für einen Teil der untersuchten Population lässt sich ein solches Muster nicht nachweisen. Diese Einschätzung stützen auch die Ergebnisse der Berliner Crackstudie, die ebenfalls unterschiedliche Konsummuster beschreiben. 69% der Befragten konsumieren täglich (Median: 9 Konsumvorgänge, Min. 1, Max. 130). Unter den wöchentlich Konsumierenden (16%) beträgt die mittlere Konsumhäufigkeit 2.6 (Hirschfeld et al., 2026, S. 17/18). Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, unterschiedliche Konsummuster innerhalb der Zielgruppe stärker zu berücksichtigen und diese bei der Weiterentwicklung künftiger Versorgungsmodelle einzubeziehen.

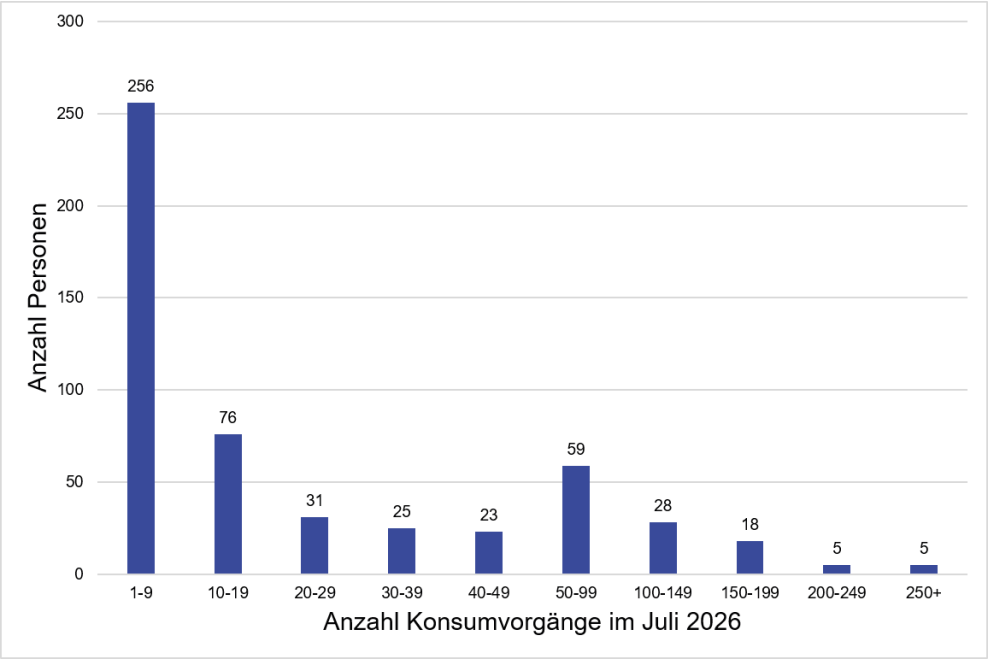


Abb. 4: Anzahl Personen nach Konsumhäufigkeit in den Zürcher DKR (Juli 2026)
Quelle: Stadt Zürich (2026b)

Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Daten zeigen, dass sich der europaweit beobachtete Anstieg der Kokainverfügbarkeit auch in der Schweiz und insbesondere in Zürich widerspiegelt. Die kontinuierliche Zunahme des Crackkonsums in den Drogenkonsumräumen sowie die Ausweitung der offenen Drogenszene in Zürich und anderen Städten deuten auf eine anhaltende Verschärfung der Situation hin. Besorgniserregend ist insbesondere die zunehmende Präsenz junger Menschen mit erheblichen biopsychosozialen Belastungen. Es ist daher davon auszugehen, dass Crack die Drogenszene auch künftig prägen wird.

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Schweizer Suchthilfesystem auf diese Entwicklung nur teilweise vorbereitet ist. Insbesondere bestehen regionale Unterschiede beim Ausbau schadensmindernder Angebote. Die aktuellen Herausforderungen betreffen alle vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik und erfordern eine koordinierte Weiterentwicklung.

Im Bereich der Prävention erscheint eine stärkere Ausrichtung auf verhältnispräventive Massnahmen angezeigt. Neben individuellen Schutzfaktoren sollten insbesondere soziale und strukturelle Bedingungen berücksichtigt werden, welche problematischen Substanzkonsum begünstigen.

Für die Schadensminderung sprechen die Daten für einen bedarfsgerechten Ausbau evidenzbasierter Angebote, insbesondere von Drogenkonsumräumen und Drug Checking. Gleichzeitig sollten die Angebote konsequent an den Bedürfnissen der Ziel-

gruppen ausgerichtet und mit ordnungspolitischen Massnahmen abgestimmt werden. Polizeiliche Interventionen sollten den Zugang vulnerabler Personen zu Unterstützungsangeboten nicht erschweren. Die Duldung des Kleinhandels im Umfeld von Drogenkonsumräumen trägt zudem zur Verlagerung von Konsum und Handel aus dem öffentlichen Raum bei.

Besonderer Entwicklungsbedarf besteht bei medizinischen Interventionen. Im Gegensatz zur Opioidabhängigkeit existieren für Crack- und Kokainabhängigkeit bislang keine etablierten Behandlungen. Entsprechend gewinnen die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation innovativer Versorgungsmodelle sowie die Umsetzung pragmatischer Pilotprojekte zunehmend an Bedeutung (EKSN, 2024). Aufgrund der langen Forschungszeiträume sollten entsprechende Projekte dringend initiiert und international abgestimmt werden (Bundesdrogenbeauftragter, 2026). Künftige Forschung sollte neben medizinischen auch psychosozialen Auswirkungen berücksichtigen. Insbesondere der Zusammenhang zwischen Beschaffungsdruck, hochfrequentem Konsum und sozialer Destabilisierung sowie die erhöhte Vulnerabilität bestimmter Gruppen, etwa junger Frauen, bedürfen weiterer Untersuchung.

Schliesslich verdeutlichen die Entwicklungen der letzten Jahre den erheblichen Einfluss organisierter Kriminalität auf die Verfügbarkeit psychoaktiver Substanzen und die Entwicklung von Konsummustern. Auch vor diesem Hintergrund erscheint eine wissenschaftliche Evaluation alternativer Regulierungs- und Versorgungsmodelle notwendig.

Literatur

Baumgartner, F. (2026). *Kommentar und Analyse der NZZ*. Eingesehen unter: Zürich in der grössten Drogenkrise seit 30 Jahren: Crack-Problem eskaliert

Bundesdrogenbeauftragter (2026). Deutschland und Frankreich starten europäische Initiative gegen Kokain- und Crackabhängigkeit. Eingesehen unter: Deutschland und Frankreich starten europäische Initiative gegen Kokain- und Crackabhängigkeit - Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen

EAWAG, UNIL & BAG (2026). *Abwasseranalytik. Dashboard*. Eingesehen unter: Dashboard DroMedArio

Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EKSN, 2026). *Konsum von Crack, Freebase und anderen Drogen im öffentlichen Raum: Aufruf der EKSN*. Eingesehen unter: https://www.bag.admin.ch/de/stellungnahmen-und-publikationen-der-eksn-kokain-und-crack

European Union Drug Agency (EUDA, 2026). *Europäischer Drogenbericht 2026: Trends und Entwicklungen*. Eingesehen unter: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026_de

Hirschfeld, T., Martens, J., Abd Al Majeed et al. (2026). *Abschlussbericht 2026. Crack-Studie. Szenestrukturen, Konsummuster und Versorgungslage in Berlin*. Berlin: Berliner Stadtverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege.

Keystone-SDA (2026). *Die Stadt Zürich hat eine Sogwirkung - auch auf Crack-Süchtige. Die*

Stadt kritisiert nun andere Gemeinden und Kantone, die selber keine oder kaum Angebote für Drogenabhängige haben. Eingesehen unter: Stadt Zürich kritisiert andere Gemeinden wegen Crack-Szene - SWI swissinfo.ch

Meyer, F. (2025). *Crackkonsum als Herausforderung für die Drogenhilfe: Pragmatismus als Schlüssel für Massnahmen. Wie Zürich offene Drogenszenen verhindert. In Suchttherapie. 2025, 26, 142-151*. Stuttgart: Thieme-Verlag.

SSAM (2023). *Therapieformen bei Crack und Kokainkonsum*. Eingesehen unter: Therapieformen_bei_Crack_und_Kokainkonsum_Bericht_SSAM_240115.pdf

Stadt Zürich (2024). *Massnahmenplan Synthetische Opioide*. Eingesehen unter: Massnahmenplan synthetische Opioide | Stadt Zürich

Stadt Zürich (2026a). *Verstärkte Massnahmen gegen Drogenkonsum im öffentlichen Raum*. Eingesehen unter: Verstärkte Massnahmen gegen Drogenkonsum im öffentlichen Raum | Stadt Zürich

Stadt Zürich (2026b). *Konsummonitoring Kontakt- und Anlaufstellen Zürich*. Internes Dokument.

Stadt Zürich (2026c). Transkripte qualitativer Interviews mit Nutzenden der Zürcher Drogenkonsumräume. Zwischenergebnisse des Dissertationsprojekts von F. Meyer: Bedürfnisse und Ressourcen von Nutzenden der Zürcher Drogenkonsumräume. Nicht veröffentlicht.

Nach der Heroinverschreibung die Kokainverschreibung? Das Genfer Projekt

Daniele Zullino, Louise Penzenstadler

Seit einigen Jahren hat sich die Kokainlandschaft in Genf deutlich verändert. Neben dem Konsum von Kokainpulver hat insbesondere der inhalative Konsum von Crack an Bedeutung gewonnen. Seit etwa 2021 ist eine offene Crack-Szene entstanden. Besonders betroffen sind Konsumenten in prekären Lebenssituationen, darunter Personen ohne stabile Unterkunft, Menschen mit schweren psychiatrischen Komorbiditäten sowie sozial stark marginalisierte Konsumierende.

Genf hat darauf zunächst mit einem Ausbau niedrigschwelliger Angebote reagiert. Unter anderem wurde ein spezialisiertes Streetwork-Team aufgebaut, das täglich aufsuchend arbeitet und inzwischen mehrere hundert Personen erreicht hat (1). Damit gelang es, Menschen wieder mit medizinischer Versorgung, Suchthilfe, Infektionsscreening und sozialen Angeboten zu verbinden.

Der verbesserte Zugang zu den Betroffenen machte zugleich die Grenzen des bestehenden Behandlungsangebots sichtbar: Für schwere Kokainkonsumstörungen fehlen weiterhin etablierte pharmakologische Therapieoptionen (2). Das bestehende Suchthilfesystem stösst bei einem Teil dieser Population an Grenzen. Während für die Opioidabhängigkeit mit Opioidagonistentherapien und der heroingestützten Behandlung (HAT) hochwirksame pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, existiert für die Kokainabhängigkeit bis heute keine vergleichbare etablierte medikamentöse Therapie.

Psychosoziale und verhaltenstherapeutische Interventionen bleiben deshalb die Grundlage der Behandlung. Sie erreichen jedoch gerade jene Patientinnen und Patienten nur begrenzt, die sehr häufig konsumieren und deren Alltag weitgehend durch Beschaffung, Konsum und die Bewältigung der unmittelbaren Folgen des Konsums strukturiert ist.

Vor diesem Hintergrund bereitet der Service d'Addictologie der Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in Zusammenarbeit mit dem Genfer Kantonsarzt, ein wissenschaftlich begleitetes Versorgungsangebot zur ärztlich kontrollierten Kokainverschreibung vor.

Vom etablierten Behandlungsprinzip zur Kokainverschreibung

Die Verschreibung einer Substanz aus derselben Wirkstoffklasse wie die primär konsumierte Droge ist in der Suchtmedizin ein etabliertes Prinzip. Opioidagonistentherapie und heroingestützte Behandlung (HAT) zeigen, dass therapeutische Effekte nicht zwingend einen Wechsel der Substanz voraussetzen. Entscheidend ist vielmehr der Übergang von einem unkontrollierten Konsum unter den Bedingungen des illegalen Marktes zu einem planbaren, medizinisch begleiteten Zugang.

Eine Kokainverschreibung folgt derselben Logik. Wirkstoffqualität und Dosis werden definiert, der Zugang wird vorhersehbar und in einen therapeutischen Rahmen eingebettet. Damit verändert sich vor allem die Entscheidungsarchitektur des Konsums: Beschaffungsdruck, Verfügbarkeit, zeitliche Kontingenzen und Exposition gegenüber dem illegalen Markt werden neu strukturiert.

Die zentrale Frage ist daher weniger, ob Kokain durch Kokain „substituiert" werden kann, sondern was eigentlich substituiert werden soll: die Substanz – oder die Konsumumwelt? Ein medizinisch strukturierter Zugang könnte eine vom illegalen Markt geprägte Konsumumwelt durch eine therapeutische ersetzen und damit die Bedingungen verändern, unter denen Kokain das Verhalten organisiert.

Nicht „Safer Supply", sondern Behandlung

Eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung war die Klärung des rechtlichen Rahmens. Dabei ist zwischen einer allgemeinen Bereitstellung von Kokain im Sinne eines „Safer Supply" und einer ärztlichen Verschreibung im Rahmen einer individuellen Behandlung zu unterscheiden. Während für eine allgemeine Abgabe von Kokain in der Schweiz keine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht, ist eine ärztliche Verschreibung grundsätzlich möglich (3).

Voraussetzung ist eine individuelle medizinische Indikation sowie eine Bewilligung durch den zuständigen Kantonsarzt. Die Kokainverschreibung erfolgt damit nicht im Rahmen eines allgemeinen Abgabeprogramms, sondern als ärztlich verantwortete Behandlung, die für jede Patientin und jeden Patienten einzeln beantragt und bewilligt werden muss. Der Kanton hat inzwischen grünes Licht für die weitere Vorbereitung gegeben. Damit können derzeit die konkreten Behandlungsabläufe und insbesondere die wissenschaftliche Begleitung organisiert werden. Der Beginn der ersten Behandlungen ist für Ende 2026 beziehungsweise Anfang 2027 vorgesehen.

Das Genfer Konzept ist also ausdrücklich als medizinische Behandlung konzipiert. Es handelt sich weder um eine freie Abgabe von Kokain noch um eine allgemeine Regulierung des Kokainmarktes.

Voraussetzung ist eine diagnostizierte Kokainkonsumstörung mit erheblicher gesundheitlicher oder sozialer Beeinträchtigung und eine individuelle ärztliche Indikationsstellung. Das Angebot richtet sich an Crack-Konsumenten mit schwerem, anhaltendem Konsum, bei denen bestehende therapeutische Angebote keine ausreichende Stabilisierung erreichen konnten.

Die Verschreibung ist in eine umfassende suchtmedizinische Betreuung eingebettet. Somatische und psychiatrische Diagnostik, psychosoziale Unterstützung und die Behandlung von Komorbiditäten bleiben zentrale Bestandteile.

Die Kokainverschreibung soll diese Interventionen nicht ersetzen, sondern bei besonders schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten überhaupt erst einen stabilen therapeutischen Rahmen ermöglichen.

Von der Substanz zur geeigneten Darreichungsform

Eine weitere Voraussetzung für die Umsetzung ist die Bereitstellung von Kokain in pharmazeutischer Qualität und einer für die Zielgruppe geeigneten Darreichungs-

form. Ausgangspunkt ist pharmazeutisches Kokainhydrochlorid, das über spezialisierte Schweizer Partner bezogen und zu einer standardisierten Kokainbase für die inhalative Anwendung weiterverarbeitet wird.

Die Wahl der Applikationsform ist dabei therapeutisch relevant. Bei Menschen mit ausgeprägtem Crackkonsum dürfte eine Darreichungsform mit deutlich langsamerem Wirkungseintritt nur begrenzt geeignet sein, den Konsum des illegalen Produkts zu ersetzen. Die medizinisch bereitgestellte Substanz muss daher eine hinreichend vergleichbare Pharmakokinetik und subjektive Wirkung aufweisen, um für die Patientinnen und Patienten eine tatsächlich wählbare Alternative darzustellen.

Vorgesehen ist deshalb die kontrollierte Vaporisation von pharmazeutischer Kokainbase. Sie ermöglicht einen raschen Wirkungseintritt, zugleich aber eine standardisierte Verabreichung mit definierter Wirkstoffmenge und ohne die beim Rauchen von Strassencrack auftretenden Unsicherheiten hinsichtlich Reinheit, Zubereitung und Erhitzung.

Damit folgt die Wahl der Darreichungsform einem grundlegenden Prinzip agonistischer Behandlungen: Eine therapeutische Alternative kann den illegalen Konsum nur dann relevant ersetzen, wenn sie für die Patientinnen und Patienten auch tatsächlich eine attraktive Alternative darstellt.

Was wissen wir aus der humanexperimentellen Forschung?

Die kontrollierte Verabreichung von Kokain beim Menschen ist keineswegs experimentelles Neuland. Seit mehr als drei Jahrzehnten wird Kokain unter kontrollierten Bedingungen verabreicht, insbesondere in Humanlabor-Paradigmen zur Pharmakokinetik, zu kardiovaskulären Effekten und zum Verstärkungs- und Wahlverhalten (4–7).

Dabei wurden nicht nur Einzeldosen untersucht. In kontrollierten Binge-Paradigmen wurden bis zu zehn aufeinanderfolgende Dosen verabreicht (6); beschrieben sind kumulative Mengen bis 316 mg innerhalb von 90 Minuten (7). Die Studien zeigen reproduzierbare pharmakokinetische Verläufe (7, 8) und eine ausreichende kardiovaskuläre Erholung zwischen den Einzelgaben unter kontrollierten Bedingungen (6, 9).

Für das therapeutische Konzept besonders relevant sind die Self-Administration- und Choice-Experimente. Sie zeigen, dass Kokainkonsum nicht allein von der pharmakologischen Wirkung bestimmt wird, sondern systematisch auf Dosis, Verfügbarkeit, Alternativen und die Bedingungen der Verabreichung reagiert (10, 11). Selbst die Kontingenz der Verabreichung ist relevant: Bei vergleichbarer Kokainexposition wurden nach nicht selbstbestimmter Verabreichung stärkere kardiovaskuläre Reaktionen beobachtet als bei Selbstadministration (12). Damit lässt sich selbst bei unveränderter Substanz das Konsumverhalten durch Veränderungen der Entscheidungsumgebung beeinflussen. Diese Literatur liefert somit eine breite experimentelle Grundlage für die Erprobung der Kokain-gestützten Behandlung.

Sie zeigt, dass Kokain unter definierten Bedingungen kontrolliert und wiederholt verabreicht werden kann und dass sich Dosis, zeitliche Abstände sowie physiologische und subjektive Effekte zuverlässig erfassen lassen.

Genau hier liegt die translationale Relevanz für eine kokainassistierte Behandlung. Der Übergang vom Strassenkonsum in ein therapeutisches Setting verändert nicht nur Reinheit und Dosis der Substanz, sondern zugleich Verfügbarkeit, Aufwand, zeitliche

Struktur, Alternativen und Kontrolle über den Konsum. Diese Befunde zeigen, dass eine gezielte Gestaltung dieser Bedingungen die pharmakologische Verstärkerwirkung von Kokain zwar nicht verändert, sehr wohl aber beeinflussen kann, ob und wie sie sich in repetitives Konsum- und Beschaffungsverhalten übersetzt. Ob diese im Humanlabor gut belegte Kontextsensitivität des Kokainkonsums langfristig therapeutisch nutzbar gemacht werden kann, ist eine der zentralen Fragen des Genfer Projekts.

Was soll untersucht werden?

Bei der Kokainverschreibung handelt es sich zunächst nicht um eine klinische Studie, sondern um ein klinisches Behandlungsprojekt. Die Indikation wird individuell gestellt, und die Behandlung muss für jede Patientin und jeden Patienten durch den Kantonsarzt bewilligt werden. Das Versorgungsprojekt wird jedoch von Beginn an durch eine systematische Begleitforschung umrahmt, um Erfahrungen mit diesem bislang kaum erprobten Behandlungsansatz möglichst umfassend zu erfassen.

Im Vordergrund stehen zunächst Machbarkeit und Sicherheit: Lässt sich die kontrollierte inhalative Verabreichung von pharmazeutischem Kokain in den klinischen Alltag integrieren? Welche Dosierungen erweisen sich als ausreichend und verträglich? Wie entwickelt sich die Inanspruchnahme über den Tagesverlauf, und gelingt es, eine Patientengruppe längerfristig in Behandlung zu halten, die mit bestehenden Angeboten häufig nur schwer erreicht wird?

Ein zweiter Schwerpunkt betrifft die Veränderung des Konsumverhaltens. Dabei ist nicht allein die Menge des verschriebenen Kokains relevant. Entscheidend ist, ob Konsumepisoden mit illegalem Kokain beziehungsweise Crack, die Zeit für Beschaffung und die Exposition gegenüber dem illegalen Markt zurückgehen. Ergänzend sollen Veränderungen der somatischen und psychiatrischen Gesundheit, Notfallkontakte, Risikoverhalten, soziale Situation und Lebensqualität untersucht werden.

Sicherheit bleibt eine zentrale Frage

Kokain ist kein harmloses Medikament. Akute kardiovaskuläre Komplikationen, Hypertonie, Arrhythmien, neurologische Ereignisse und psychiatrische Reaktionen gehören zu den möglichen Risiken. Eine medizinische Verschreibung beseitigt diese pharmakologischen Risiken nicht. Sie verändert jedoch deren Kontext. Dosis und Reinheit sind bekannt, relevante Vorerkrankungen können berücksichtigt werden, und der Konsum findet innerhalb eines medizinischen Systems statt. Gleichzeitig kann die Exposition gegenüber unbekannt zusammengesetzten Produkten des illegalen Marktes reduziert werden.

Die entscheidende Sicherheitsfrage lautet deshalb nicht, ob verschriebenes Kokain risikofrei ist. Der klinisch relevante Vergleich ist vielmehr zwischen den Risiken einer kontrollierten Verschreibung und den Risiken des Konsums, der ohne diese Intervention ohnehin stattfinden würde.

Ein Angebot, kein Zwang

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Konzepts ist die Autonomie der Patientinnen und Patienten. Regeln zu Dosis, Konsumzeiten und Rahmenbedingungen sollen soweit medizinisch vertretbar gemeinsam vereinbart werden. Ziel ist nicht, über die Verschreibung zusätzliche Kontrolle über die Betroffenen auszuüben.

Im Gegenteil: Der illegale Markt kontrolliert bereits heute wesentliche Aspekte ihres Verhaltens. Er bestimmt Verfügbarkeit, Preis, Produktqualität und häufig auch den Tagesrhythmus. Ein therapeutisches Angebot kann versuchen, einen Teil dieser Kontrolle an die Patientinnen und Patienten zurückzugeben.

Von der Heroinverschreibung lernen – ohne sie einfach zu kopieren

Die Geschichte der heroingestützten Behandlung zeigt, dass Interventionen, die zunächst als unvereinbar mit klassischer Suchttherapie erscheinen, später zu etablierten Behandlungsformen werden können. Sie zeigt aber auch, dass politische Kontroversen nicht durch theoretische Argumente entschieden werden sollten, sondern durch überprüfbare klinische Ergebnisse.

Die Kokainverschreibung kann deshalb nicht einfach mit dem Hinweis legitimiert werden, dass die Heroinverschreibung erfolgreich war. Kokain und Opioide unterscheiden sich pharmakologisch erheblich, und die Konsummuster sind nicht identisch.

Die Schweizer Erfahrung liefert jedoch eine methodische Lektion: Bei einer schwer erreichbaren Population und hoher Morbidität kann es sinnvoll sein, eine zunächst kontraintuitive Intervention unter klar definierten medizinischen Bedingungen zu erproben und ihre Ergebnisse systematisch zu evaluieren.

Der relevante Vergleich ist der illegale Markt

Die Kokainverschreibung wird zwangsläufig kontrovers diskutiert. Gegenwind besteht bereits in der Vorbereitungsphase. Als zentrales Argument werden dabei immer wieder die bekannten somatischen und psychiatrischen Risiken des Kokainkonsums angeführt. Diese Risiken sind unbestritten und erfordern eine sorgfältige Indikationsstellung, Patientenselektion und medizinische Überwachung. Sie sind jedoch kein Argument gegen die Behandlung an sich, solange nicht berücksichtigt wird, mit welcher realistischen Alternative sie verglichen wird.

Für die vorgesehene Zielgruppe besteht diese Alternative nicht in Abstinenz, sondern in einem fortgesetzten, hochfrequenten Konsum von illegalem Crack.

Der klinisch relevante Vergleich ist daher nicht jener zwischen pharmazeutischem Kokain und keinem Kokain, sondern zwischen unterschiedlichen Bedingungen des Kokainkonsums: einem weitgehend unkontrollierten, durch den illegalen Markt strukturierten Konsum und einem medizinisch kontrollierten, vorhersehbaren und therapeutisch eingebetteten Zugang. Die entscheidende Frage lautet somit nicht, ob Kokain Risiken birgt, sondern ob diese Risiken unter kontrollierten Bedingungen geringer und besser beherrschbar sind als unter den Bedingungen, unter denen die Betroffenen ohnehin konsumieren.

Ob sich durch diesen Wechsel gesundheitliche und soziale Risiken reduzieren, Konsummuster stabilisieren und längerfristig weitergehende therapeutische Veränderungen ermöglichen lassen, ist bislang offen. Genau diese Fragen sollen im Rahmen der Begleitforschung untersucht werden.

Die Kokainverschreibung ist damit kein bereits etabliertes Behandlungsmodell, sondern ein klinisch begründeter und systematisch zu evaluierender Ansatz für eine Patientengruppe, für die bislang nur begrenzte therapeutische Optionen zur Verfügung stehen.

Literatur

Robet T. Crise du crack : une approche par la médecine de rue. Revue Médicale Suisse. 2024;20:1512.

Zullino D PL, Robet T, Strasser H. Grenzen der aktuellen Crack-Therapien. Suchtmedizin. 2024;26:243-255.

Eidgenössische KFFZSUPNK. Gesellschaftlicher Umgang mit Crack: Analyse der gesetzlichen Grundlagen und Gesetzeslücken. 2026

Haney M. Self-administration of cocaine, cannabis and heroin in the human laboratory: benefits and pitfalls. Addict Biol. 2009;14:9-21.

Haney M, Spealman R. Controversies in translational research: drug self-administration. Psychopharmacology (Berl). 2008;199:403-419.

Hatsukami D, Keenan R, Halikas J, Pentel PR, Brauer LH. Effects of carbamazepine on acute responses to smoked cocaine-base in human cocaine users. Psychopharmacology. 1991;104:120-124.

Isenschmid DS, Fischman MW, Foltin RW, Caplan YH. Concentration of cocaine and metabolites in plasma of humans following intravenous administration and smoking of cocaine. Journal of analytical toxicology. 1992;16:311-314.

Hatsukami D, Keenan R, Carroll M et al. A method for delivery of precise doses of smoked cocaine-base to humans. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 1990;36:1-7.

Foltin RW, Fischman MW, Levin FR. Cardiovascular effects of cocaine in humans: laboratory studies. Drug Alcohol Depend. 1995;37:193-210.

Donny EC, Bigelow GE, Walsh SL. Choosing to take cocaine in the human laboratory: effects of cocaine dose, inter-choice interval, and magnitude of alternative reinforcement. Drug and alcohol dependence. 2003;69:289-301.

Stoops WW, Strickland JC, Alcorn JL et al. Influence of phendimetrazine maintenance on the reinforcing, subjective, performance, and physiological effects of intranasal cocaine. Psychopharmacology (Berl). 2019;236:2569-2577.

Donny EC, Bigelow GE, Walsh SL. Comparing the physiological and subjective effects of self-administered vs yoked cocaine in humans. Psychopharmacology (Berl). 2006;186:544-552.

TEIL II

SUBSTANZBEZOGENE DROGENPOLITIK

3 Alkoholpolitik

Grüner Antrag im Bundestag: Alkoholprävention in Deutschland wirksam stärken

Linda Heitmann

Der lange Weg bis zur Drucksachennummer 21/6016

„Deutschland ist in Bezug auf Alkohol ein Hochkonsumland!" Nicht nur in Fachkreisen der Suchthilfe ist diese Erkenntnis omnipräsent, sondern auch in der Presse wird über den vergleichsweise hohen Konsum hierzulande in regelmäßigen Abständen berichtet.

Zuletzt erregte der AOK Health Index Anfang des Jahres Aufmerksamkeit und stieß in der deutschen Presse eine lebhafte Diskussion über die Konsumgewohnheiten der Deutschen und mangelhafte Präventionsbemühungen an. Erkenntnisse und Experten-Ratschläge sind dabei seit Jahren fast identisch:

> **Erkenntnis 1:** Im europäischen sowie internationalen Vergleich belegt Deutschland trotz leicht sinkenden Konsums in den letzten Jahren weiterhin einen Spitzenplatz beim Alkoholkonsum. Nach OECD-Daten werden in Deutschland pro Person ab 15 Jahren durchschnittlich jährlich rund 10,6 Liter reiner Alkohol konsumiert.
>
> **Erkenntnis 2:** Wirksame Präventionsmaßnahmen sind insbesondere solche, die „verhältnispräventiv" wirken. Das heißt, regulative Maßnahmen, die Werbung, Verfügbarkeit und Preis in den Blick nehmen. Sie sorgen gleichzeitig für den effektivsten Jugendschutz. Gleichzeitig ist Deutschland bei genau diesen Regeln im weltweiten Vergleich sehr lasch.

Mit diesen beiden Erkenntnissen im Kopf, die in der Fachwelt seit vielen Jahrzehnten Binsenweisheiten sind, zog ich 2021 voller Elan als grüne Abgeordnete neu in den Deutschen Bundestag ein und war optimistisch, hier zügig strukturell etwas zu bewegen – schließlich sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse, was getan werden müsste, erdrückend eindeutig. Zudem enthielt der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung 2021 den vielversprechenden Satz: „Wir verschärfen die Regeln für Marketing und Sponsoring von Alkohol, Nikotin und Cannabis. Wir messen Regelungen immer wieder an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und richten danach Maßnahmen zum Gesundheitsschutz aus" (S.87). Und auch das grüne Wahlprogramm, die Grundlage unserer Verhandlungen zum Mitregieren, erklärte 2021 unter anderem unmissverständlich, nach einem Absatz, der Alkohol und Tabak explizit einschließt: „Für Drogen soll nicht geworben werden dürfen" (S.129).

Doch ich gebe zu, dass ich unterschätzt hatte, wie groß Widerstände in der Politik sein können, wenn es darum geht, derartige Aufträge in konkrete Gesetze oder Verordnungen zu übersetzen.

Hindernis 1: Was mir von Beginn an immer wieder begegnete, wenn ich parlamentarisch etwas in Sachen Verhältnis-Prävention vorantreiben wollte, war die Zuständigkeitsfrage: ich war und bin Mitglied im Gesundheitsausschuss und obwohl Tabak wie Alkohol eindeutig gesundheitsschädliche Güter sind, liegt die Zuständigkeit für einige Gesetze und auch die Umsetzung europäischer Verordnungen im Landwirtschaftsministerium. Denn Tabak ist ganz klar ein landwirtschaftliches Erzeugnis, weshalb sämtliche Gesetze und Verordnungen in diesem Bereich durch das entsprechende Ministerium verantwortet werden. Bei Alkohol ist die Zuständigkeit nicht ganz so klar – auch Weinanbau gehört in die Landwirtschaft, für Bierherstellung ist Hopfen unerlässlich. Trotzdem werden hier mindestens Teil-Zuständigkeiten auch im Gesundheitsministerium gesehen. Wenn es gleichzeitig um Jugendschutz und entsprechende Regeln im Jugendschutzgesetz geht, muss allerdings natürlich auch das Ministerium für Kinder, Jugend und Familie stets entsprechend mit eingebunden werden.

Hindernis 2: Ein weiterer Punkt, den ich unterschätzt hatte, war die Gegenargumentation insbesondere durch den Koalitionspartner FDP im Sinne der „Bewahrung persönlicher Freiheiten". In meinem Verständnis stellt es eindeutig keine Einschränkung von Freiheiten dar, wenn ein alkoholisches Getränk durch Steuererhöhungen einige Cent teurer wird. Und auch in möglichen Beschränkungen der Außenwerbung sehe ich keine Freiheitseinschränkung für die Hersteller potentiell stark gesundheitsschädlicher Getränke. Ebenso wenig empfinde ich es als Einschränkung persönlicher Freiheiten, wenn hochprozentige alkoholische Getränke zum Beispiel nicht mehr nach 20 Uhr an Tankstellen oder nicht mehr frei zugänglich im Kassenbereich von Supermärkten erhältlich wären. Viele Abgeordneten-Kolleg*innen – insbesondere aus der FDP – argumentierten damit allerdings leider sehr leidenschaftlich gegen zahlreiche verhältnisprävente Maßnahmen. Und nicht selten hatte und hat man dann das Gefühl, direkt die Worte entsprechender Lobbyverbände in einigen Formulierungen wiederzuerkennen.

So blieb es in der Ampel-Regierung leider dabei, dass keinerlei Maßnahmen für eine echte Alkohol-Verhältnisprävention auf den Weg gebracht werden konnten. Es wurde aber auf jeden Fall klar: um hier künftig wirklich etwas bewegen zu können, braucht es bei einem Ministerium auf jeden Fall eine klare Zuständigkeit. Als ich mich direkt mit Beginn der neuen Legislatur gemeinsam mit meinem Team – jetzt aus der Oppositionsrolle heraus – an die Arbeit machte, einen Antrag zu erarbeiten, der die Bundesregierung auffordert, sich der Verhältnisprävention bei Alkohol endlich zu widmen, stand die zentrale Forderung sofort fest**:**

es braucht ein Alkoholpräventionsgesetz!

Denn ich bin inzwischen überzeugt: nur wenn tatsächlich ein Ministerium bereit ist, die Federführung zu nehmen und die unterschiedlichen Maßnahmen gebündelt im Rahmen eines Gesetzesvorhabens zusammenzutragen, dann haben wir in Deutschland endlich die Chance, bei der Verhältnisprävention von Alkohol einen echten Schritt nach vorn zu machen.

Und das ist, wie schon mehrfach erwähnt, dringend nötig! Denn der bereits erwähnte hohe Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in Deutschland ist in vielerlei Hinsicht problematisch: er geht einher damit, dass das Alter des Erstkonsums von Alkohol bei etwa 15 Jahren liegt. Eine verbesserte Prävention bedeutet deshalb vor allem auch

einen besseren Jugendschutz. Und dieser wiederum kann hoffentlich auch die Zahl der Abhängigkeitserkrankungen langfristig senken. In Deutschland sind derzeit nach aktuellen Schätzungen etwa 1,6 Millionen Menschen abhängig von Alkohol, mindestens ebenso viele pflegen ein hoch riskantes Konsumverhalten.

Das hat auf uns als Gesellschaft insgesamt gravierende Auswirkungen:

Problematischer Alkoholkonsum verursacht nach Schätzungen jährliche volkswirtschaftliche Folgekosten von rund 60 Milliarden Euro und ist mit rund 40.000 vorzeitigen Todesfällen pro Jahr verbunden. Diese Kosten tragen wir in unserem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem alle. Hinzu kommen viele weitere negative gesellschaftliche Auswirkungen des hohen Alkoholkonsums: Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft konsumieren, können mit dem Krankheitsbild FASD zur Welt kommen, was lebenslange erhebliche Beeinträchtigungen mit sich bringt. Zudem wissen wir seit Langem: Kinder, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen, haben ein vielfach erhöhtes Risiko, als Erwachsene selbst eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Starker Alkoholkonsum senkt Toleranzschwellen und kann die Aggressivität stark erhöhen. Und auch im öffentlichen Raum sowie in der Arbeitswelt beeinflusst er Dritte: durch die erhöhte Gefahr von Arbeits- oder Verkehrsunfällen.

Dass das Ziel eines sinkenden Alkoholkonsums in Deutschland somit eines ist, was uns allen ein Anliegen sein muss, erscheint somit eindeutig!

Und trotzdem sind die Widerstände gegen nachgewiesenermaßen wirksame Präventionsmaßnahmen groß: nicht nur von Seiten der Weinbauern und der Spirituosen-Industrie, die Umsatzeinbußen befürchten. Auch Sportvereine bangen um Sponsoring-Einnahmen, viele Einzelpersonen sehen ihre Gewohnheiten bedroht, wenn in Frage gestellt wird, ob Alkohol tatsächlich rund um die Uhr überall verfügbar sein muss.

Mit viel Zu-Arbeit und Anmerkungen aus verschiedensten Fachressorts der Grünen Bundestagsfraktion ist es nun Ende Mai 2026 tatsächlich aber gelungen, rechtzeitig und passend zum Start der „Aktionswoche Alkohol“ geschlossen einen Antrag zu verabschieden, der in den Bundestag kommt und in den Gremien entsprechend beraten wird. Er hat die Drucksachennummer 21/6016 und fordert im ersten Punkt direkt das Wichtigste:

„Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein umfassendes, wissenschaftlich fundiertes und abgestimmtes Maßnahmenpaket bestehend aus einer langfristigen Alkoholpräventionsstrategie sowie einem Alkoholpräventionsgesetz vorzulegen.“

In den weiteren Punkten folgen dann konkrete Vorschläge dafür, was solch ein Maßnahmenpaket und vor allem ein Gesetz adressieren sollte:

- Die **Abschaffung des sogenannten „begleiteten Trinkens“ ab 14 Jahren** ist von der Bundesregierung aktuell tatsächlich erfreulicherweise in Planung und soll im Zuge der Novellierung des Jugendhilfegesetzes voraussichtlich im Herbst 2026 im Bundestag beschlossen werden. Wir als Grüne fordern, dies auch wirklich durchzuziehen und dann in Hinblick auf den Jugendschutz nach 2 Jahren in seiner Wirkung zu evaluieren.
- Die **Präsenz und der Ausschank alkoholischer Getränke bei Veranstaltungen, die sich vorrangig an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren richten**, sollten so ausgestaltet sein, dass ein wirksamer Schutz von Kindern und Jugendlichen sichergestellt ist.

- **Werbung für alkoholhaltige Getränke** in auf jugendliche Nutzer*innen ausgerichteten Apps, Online-Plattformen und Internetangeboten sowie in jugendorientierten Printmedien und in der Außenwerbung sollte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen untersagt werden;
- Die **Einhaltung der konsequenten Alterskontrolle** beim Verkauf von Alkohol sollte in Zusammenarbeit mit Ländern und Kommunen wirksam gestärkt werden.
- Die **Verfügbarkeit alkoholischer Getränke außerhalb der Gastronomie** sollte – auch unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen – so weiterentwickelt werden, dass impulsgetriebene Käufe reduziert und der Zugang für Kinder und Jugendliche wirksam begrenzt wird. Dabei ist insbesondere zu prüfen, alkoholische Getränke im Kassenbereich nicht mehr frei zugänglich anzubieten.
- **Konsumfördernde Verpackungs- und Verkaufsformen** alkoholischer Getränke sollten reguliert werden können und entsprechend hin zu weniger verkaufsförderndem Design hin angepasst werden.
- Die **Alkoholsteuer** soll dahingehend reformiert werden, dass sie alle alkoholischen Getränke umfasst und stärker am Alkoholgehalt ausgerichtet wird.
- **Präventions- und Suchthilfeangebote sollten finanziell besser ausgestattet werden** - auch unter Einbeziehung zusätzlicher Spielräume, die sich aus einer Weiterentwicklung der Alkoholbesteuerung ergeben können.
- Wir wollen, dass geprüft wird, wie durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden kann, dass **alkoholfreie Getränke in der Gastronomie flächendeckend verfügbar, attraktiv gestaltet** und preislich gegenüber alkoholhaltigen Getränken begünstigt werden können.
- Außerdem gefordert: ein **Forschungs- und Förderprogramm zur Stärkung des Marktsegments alkoholfreier Getränke** mit dem Ziel, innovative und qualitativ hochwertige Alternativen zu alkoholischen Getränken zu schaffen.
- **Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen** und -angebote für Jugendliche, Eltern und Fachkräfte sollten ausgebaut werden.
- **In Freizeit-, Sport- und Kulturangebote für Jugendliche** sowie in die offene Kinder- und Jugendarbeit soll als attraktive Alternative zum Alkoholkonsum verstärkt investiert werden.

Nun heißt es: darauf drängen, dass die aktuelle Bundesregierung möglichst viel aus diesem Maßnahmenkatalog aufgreift. Denn auch, wenn zu erwarten ist, dass der Antrag – weil er von uns aus Reihen der Opposition kommt – erstmal abgelehnt wird: eine kluge Bundesregierung ist gut beraten, vernünftige Vorschläge mit ein bisschen Verzögerung trotzdem aufzugreifen und sich zu eigen zu machen. Damit das passiert, braucht es jetzt öffentlichen Druck – aus Parlament und Gesellschaft. Machen wir ihn gemeinsam!

Im Katerland

Georg Schomerus

Einleitung

Warum ist die Alkoholpolitik in Deutschland so rückständig? Maßnahmen der Verhältnisprävention wie höhere Steuern, Werbeverbote, Kennzeichnungspflichten und Verkaufsbeschränkungen werden in unserem Land im Vergleich zu anderen Ländern und im Vergleich zu den Empfehlungen der WHO kaum ergriffen. Stattdessen kreist die Alkoholpolitik um „Aufklärung", also Maßnahmen der Verhaltensprävention. Das ist ein politisches Ärgernis und hat enorme Gesundheitsfolgen für sehr viele Menschen. Die Schwierigkeit, eine rationale, ausgewogene und am Gemeinwohl orientierte Alkoholpolitik in Deutschland durchzusetzen, hat viele Gründe. In meinem Buch „Katerland" beschreibe ich, wie die besondere Art des Stigmas der Alkoholabhängigkeit auf verschiedenen Ebenen nicht nur eine wirksame Alkoholpolitik verhindert, sondern auch Früherkennung und Behandlung erschwert und nicht zuletzt das Leben von Menschen mit Alkoholabhängigkeit und von ihren Familien beschädigt. Im Folgenden möchte ich die Grundthesen des Buches zusammenfassen. Ausführliche Quellenangaben und eine differenzierte Auseinandersetzung mit Gegenpositionen finden sich im Buch.

1. Das Stigma der Alkoholabhängigkeit wertet die Betroffenen ab und gibt ihnen eine moralische Schuld an ihrer Krankheit. Sie werden nicht als Leidtragende in einer alkoholpermissiven Gesellschaft gesehen, sondern als Menschen, die ihre Krankheit selbst verschuldet haben. Beschämung und Ausgrenzung treffen auch die Angehörigen von Menschen mit Alkoholproblemen. Das Stigma der Alkoholabhängigkeit isoliert Menschen, die eigentlich Unterstützung brauchen.
2. Das Stigma der Alkoholabhängigkeit ist Ausdruck einer Doppelmoral: Während die Alkoholabhängigkeit massiv stigmatisiert ist, ist der Alkoholkonsum selbst nicht stigmatisiert, im Gegenteil. Alkoholkonsum ist ein kulturell tief verankertes Verhalten, das Gemeinschaft herstellen soll. Deutschland gehört nach wie vor zur Gruppe der Länder mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum weltweit. Ausgrenzung findet häufig erst dann statt, wenn Menschen ihr Trinkverhalten ändern und keinen Alkohol mehr trinken.
3. Menschen mit Alkoholabhängigkeit sind, auch wenn sie ihre Krankheit überwunden haben, in einer besonders ungünstigen Position, sich gegen die Stigmatisierung zur Wehr zu setzen: Um überhaupt sichtbar zu werden, müssen sie die mit dem Stigma verbundene Scham überwinden. Die Stigmatisierung führt auch dazu, dass wirksame Alkoholpolitik politisch kaum durchzusetzen ist: Sie wird als das Anliegen einer umschriebenen, stigmatisierten Gruppe verstanden. Da mit der Gruppe auch ihre Anliegen abgewertet werden, haben sie im politischen Diskurs noch weniger Gewicht. Wer sich politisch für Menschen mit Alkoholproblemen einsetzt, darf keinen Applaus erwarten.

4. Die scheinbar klare Grenze zwischen „unproblematischem“ und „problematischem“ Alkoholkonsum ist tatsächlich fiktiv, schon weil es keine unschädlichen Mengen Alkohol gibt. Die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums nehmen mit der Menge des konsumierten Alkohols zu. Eine kategoriale Unterscheidung in unproblematisches und problematisches Trinkverhalten führt aber dazu, dass Alkoholprobleme erst spät adressiert werden können, nämlich erst dann, wenn eine imaginäre Schwelle überschritten ist.
5. Die Stigmatisierung von Menschen mit Alkoholproblemen vertieft den wahrgenommenen Unterschied zum „normalen“ Konsum und erhöht damit die Schwelle, eigene Alkoholprobleme als solche zu erkennen. Je mehr Alkohol konsumiert wird, desto wichtiger ist es, einen klaren Unterschied zu Menschen mit Alkoholproblemen zu konstruieren. Die Stigmatisierung der „anderen“ dient also auch dazu, den eigenen Konsum als unproblematisch einordnen zu können. Gleichzeitig wird es durch das Stigma immer schwerer, ein eigenes Alkoholproblem anzuerkennen – die drohende Selbststigmatisierung verhindert eine realistische Einschätzung eigener Alkoholprobleme.
6. Die Alkoholindustrie nutzt das moralische Stigma der Alkoholabhängigkeit aus, um für sie nachteilige alkoholpolitische Maßnahmen zu verhindern. Sie kommuniziert bewusst einen klaren Unterschied zwischen erwünschtem, ungefährlichem Konsum und „Missbrauch“ von Alkohol. Sie argumentiert, dass der ungefährliche, verantwortungsvolle und risikobewusste Konsum nicht staatlich eingeschränkt werden darf. Indem sie dabei die Eigenverantwortung und Risikokompetenz der Mehrheit der Konsumierenden betont, definiert sie Alkoholprobleme implizit als Folge von Verantwortungslosigkeit und fehlender Kompetenz, bedient also das Stigma der Alkoholabhängigkeit. Sie lehnt Einschränkungen für die Mehrheit ab und stellt die Anliegen der „Minderheit“, also aller Menschen mit aktuellen oder zukünftigen Alkoholproblemen, die von verhältnispräventiven Maßnahmen profitieren würden, als unverhältnismäßig dar – die Mehrheit soll auf Kosten der stigmatisierten Minderheit vor staatlichen Eingriffen geschützt werden.
7. Dabei verdient die Industrie besonders am gesundheitsschädlichen Konsum, sie macht etwa die Hälfte ihres Umsatzes mit Menschen, die regelmäßig mehr als die früher empfohlenen „risikoarmen“ Alkoholmengen konsumieren. Indem sie die Gruppe der Menschen mit Alkoholproblemen ausgrenzt, ihren Schutz durch das politische Verhindern effektiver Präventionsmaßnahmen unterläuft und gleichzeitig mit dieser Gruppe einen erheblichen Teil ihres Umsatzes erwirtschaftet, agiert die Alkoholindustrie zynisch, auf Kosten der Gesundheit der Betroffenen und ohne Rücksicht auf die negativen sozialen Folgen des Alkoholkonsums. Sie profitiert von der Stigmatisierung derjenigen, mit denen sie das meiste Geld verdient, und leistet dieser Stigmatisierung auch noch bewusst Vorschub.
8. Wir brauchen einen klaren Blick auf die gemeinsame Verantwortung für den gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol, um stigmafrei und ohne implizite Schuldvorwürfe über Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme zu sprechen. Die Entstigmatisierung von Alkoholproblemen ist notwendig, damit

> Betroffene aus der Unsichtbarkeit heraus treten und für ihre Belange einstehen können. Initiativen wie der „Recovery Walk“ des Vereins Recovery Deutschland e.V. weisen hier den richtigen Weg.

Die Erfahrung von Beschämung und Abwertung, die Menschen mit Alkoholproblemen und ihre Angehörigen erfahren, ist deshalb kein individuelles Problem. Sie ist Teil eines zweifelhaften gesellschaftlichen Umgangs mit Alkohol, der mit enormen menschlichen und ökonomischen Kosten verbunden ist.

Georg Schomerus: Katerland. Wie wir den Alkohol feiern, aber Menschen mit Abhängigkeit ausgrenzen und wirksame Alkoholpolitik verschlafen. 208 Seiten, Beltz 2026

4 Tabak-/Nikotinpolitik

Tabakkontrolle und -prävention in Deutschland verbessern

Heino Stöver

Einleitung

Rauchen gilt neben Adipositas als mit Abstand größtes vermeidbares Gesundheitsrisiko in Deutschland! Mit gesamtwirtschaftlichen Kosten von mehr als 97 Milliarden Euro jährlich in Deutschland belastet es das Gesundheitssystem enorm (Effertz, 2020).

Nach aktuellen Ergebnissen der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA-Studie 2026) beträgt der Anteil der rauchenden Erwachsenen am 07.08.2026 insgesamt 33,1 %. Nach zuletzt stagnierenden Raucherquoten unter Jugendlichen seit Anfang der 2000er Jahre zeigt sich seit 2021 wieder ein Anstieg. Laut der Drogenaffinitätsstudie (Orth/Nitzsche 2026) rauchte 2025 fast jeder Zehnte der 12- bis 17-Jährigen (9,6 Prozent). 2021 waren es noch 6,1 Prozent. Besonders auffällig: Vor allem Mädchen rauchen deutlich mehr als noch vor fünf Jahren. Der Anteil stieg von 6,4 Prozent in 2023 auf 9,3 Prozent in 2025. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen entwickelte sich der Trend dagegen rückläufig: Hier sank der Anteil Rauchender im selben Zeitraum von 29,8 % auf 26,3 %. Tabak- und nikotinhaltige Produkte, die Jugendliche und junge Erwachsene bevorzugen, ändern sich. Während der Konsum von Wasserpfeifen zurückgeht, ist der Konsum von Mehrweg-E-Zigaretten (zu 90 Prozent oder mehr nikotinhaltige Liquids) in allen Gruppen deutlich angestiegen, bei Jugendlichen und jungen Frauen insbesondere zwischen 2023 und 2025.

Rauchen und Passivrauchbelastung sind nach wie vor in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am häufigsten verbreitet (Starker et al. 2026).

Die Ergebnisse der DEBRA-Studie zeigen, dass sich die Rauchprävalenz in Deutschland insgesamt in den letzten 10 Jahren kaum verändert hat und das Tabakrauchen damit nach wie vor - verglichen mit den Nachbarländern - auf einem sehr hohen Niveau verbreitet ist. Die Studie zeigt auch, dass die Zahl der Rauchstoppversuche in den letzten 10 Jahren drastisch zurückgegangen ist: Lediglich 8,6 % der befragten Raucher:innen gaben an, mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen zu haben.

Die Daten der „Global Burden of Disease (GBD) – Studie“ belegen, dass Tabakrauchen in Deutschland der Risikofaktor ist, der über die letzten Jahre stabil mit der größten Zahl an Sterbefällen assoziiert ist. Die Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) bestätigen diese Erkenntnis: Danach liegt die Zahl der tabakattributablen Todesfälle für Deutschland bei ca. 131.000 Todesfällen (Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe, 2025). Auch die Morbiditätszahlen zeigen die gesundheitspolitische Dramatik: 19 % aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland waren zum Stand 2018 auf Tabakkonsum zurückzuführen (Mons et al., 2018), bei Lungenkrebs sind es 90 %.

Evidenzbasierte Präventionsstrategien kaum umgesetzt

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Präventionsstrategien sind in Deutschland nur unzureichend umgesetzt: Im Jahr 2025 lag Deutschland im internationalen Vergleich auf Rang 25 (von 37 Ländern) und ist seit dem Jahr 2005 von Rang 22 (von 30 Ländern) stetig zurückgefallen (Joossens et al., 2026). Damit ist Deutschland zwar ‚aufgestiegen' – von Platz 34 (2019) auf Platz 25 – allerdings nur, weil andere Länder stärker gefallen sind, als Deutschland im Ranking aufgestiegen ist.

Irland, Spitzenreiter in Europa, hat die höchsten Zigarettenpreise der untersuchten Länder. Preiserhöhungen sind eine der wirksamsten Einzelmaßnahmen gegen Tabakkonsum. Allerdings wäre es ratsam, einen Teil der steuerlichen Mehreinnahmen in die Präventionsarbeit zurückzuführen, statt ausschließlich Haushaltslöcher damit zu stopfen.

Die Tabakkontrollskala zeigt auch, dass Deutschland mit 46 von 100 Punkten nur minimale Fortschritte in den letzten Jahren erzielt hat und in zentralen Bereichen deutlich hinter den Empfehlungen der WHO zurückbleibt. Die Tabaksteuer liegt unter dem von der WHO empfohlenen Niveau, Werbung ist am Verkaufsort weiterhin erlaubt und in vielen Bundesländern bestehen Ausnahmen beim Nichtraucherschutz. Selbst in den wenigen Feldern, in denen es Fortschritte gab – etwa bei rauchfreien Umgebungen – erreicht Deutschland nur etwa die Hälfte der möglichen Punktzahl (AOK 2026).

Der OECD-Bericht zur ökonomischen Bedeutung der Prävention chronischer Erkrankungen (OECD 2026) benennt das Ausmaß des Problems: 44 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle (vor 75 Jahren) sind der OECD zufolge auf nur vier chronische Erkrankungen zurückzuführen: Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und COPD. Ohne Veränderungen der Gesundheitsstrategie dürften die jährlichen Gesundheitsausgaben für chronische Krankheiten bis 2050 um 47 Prozent steigen. Wenn Deutschland hingegen Gegenmaßnahmen ergreift und bei den wichtigsten Risikofaktoren (Luftverschmutzung, Alkoholkonsum, Adipositas, Bewegungsmangel, Rauchen, ungesunde Ernährung) zu den besten 25 Prozent der EU-Länder aufschließt – würden - bezogen auf den Zeitraum 2026-2050:

… die jährlichen vorzeitigen Todesfälle um 9,7 % sinken
… die jährlichen Gesundheitsausgaben um 5,2 % sinken
… Arbeitskraft in Höhe von 271.493 Vollzeit-Äquivalenten gewonnen
… das jährliche BIP läge um 1.0 % höher

Laut OECD würden folgende Risikofaktoren für Deutschland die größten Potenziale bieten, v.a. bezogen auf die vorzeitige Sterblichkeit: schädlicher Alkoholkonsum, Adipositas und Rauchen sind die drei wichtigsten Risikofaktoren. Zusammen können sie 79 % der Wirkung erzielen.

Dies sind gewichtige Argumente, evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen in den Feldern Tabak, Alkohol und Ernährung umzusetzen. Mehr gesunde Lebensjahre nutzen nicht nur den Menschen, die länger gesund leben, sondern senken auch spürbar die Gesundheitskosten, verringern soziale und gesundheitliche Ungleichheit und stärken schließlich auch den Wirtschaftsstandort.

Diese Daten zeigen insgesamt den enormen Handlungsbedarf für die Tabakkontrolle in Deutschland.

Der Public Health Index/PHI (AOK/DKFZ 2025, 21) attestiert Deutschland ein besorgniserregendes Abschneiden in der Präventionspolitik: danach belegt Deutschland den 17. Rang unter den 18 untersuchten Staaten in Nord- und Zentraleuropa: In drei von vier untersuchten Handlungsfeldern – Tabak, Alkohol (von anderen Drogen war dort nicht die Rede), Ernährung – landet Deutschland auf den hinteren Rängen, im Handlungsfeld Bewegung im unteren Mittelfeld. In der Gesamtschau zeigt sich: Deutschland erzielt insbesondere bei strukturellen Maßnahmen (wie beispielsweise der gesundheitsorientierten Besteuerung, Regelungen zu Werbung und Marketing sowie bei der Gestaltung des Angebots und der Verfügbarkeit gesundheitsschädlicher Konsumgüter) geringe Punktzahlen. In diesen Feldern der Verhältnisprävention werden in Deutschland keine oder nur wenig ambitionierte Maßnahmen ergriffen. Verhältnispräventive Maßnahmen versprechen allerdings wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge die größte Wirksamkeit. Der geringe Umsetzungsstand ausgerechnet bei den potenziell besonders wirksamen und hoch gewichteten Maßnahmen trägt wesentlich zum schlechten Abschneiden Deutschlands im PHI bei.

Damit ist Deutschland bei der Präventionspolitik deutlich schlechter aufgestellt als viele andere europäische Länder – und das, obwohl der Druck auf die Gesundheits- und Sozialsysteme weiter wächst. Der Public Health Index legt große ungenutzte Potenziale in den Bereichen Ernährung, Bewegung sowie bei der Eindämmung von Tabak- und Alkoholkonsum offen und bestätigt damit Ergebnisse anderer wissenschaftlicher Analysen. Eine Lancet-Studie macht dafür vor allem mangelnden politischen Willen, starken Lobbyeinfluss und eine zu geringe Nutzung wissenschaftlicher Evidenz verantwortlich – obwohl viele der wirksamsten Maßnahmen in der Bevölkerung breite Unterstützung finden würden. In Deutschland bleiben entschlossene Präventionsstrategien trotz großer Herausforderungen für die Gesundheits- und Sozialsysteme bislang aus. Für eine erfolgreiche Präventionspolitik braucht es daher vor allem ein parteiübergreifendes Bekenntnis für eine umfassende Präventionspolitik entlang der WHO-Empfehlungen. Demnach sollte das gesunde Verhalten durch unterstützende Umgebungen im Alltag leichter gemacht werden: **Making the healthy choice the easy choice!**

Folgende Schritte sind zu gehen:

- Sozialer Gradient: Der Anteil Rauchender war nahezu in allen Altersgruppen bei Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss doppelt so hoch! Präventionsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung müssen deshalb insbesondere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status ansprechen.
- Regulierungsmaßnahmen und Steuer: Deutschland landet bei erlaubten Marketingmaßnahmen für Tabakkonsum im unteren Drittel innerhalb der Europäischen Union und auch der Gesamtsteueranteil des Verkaufspreises fällt vergleichsweise gering aus. Eine weitere Erhöhung des Kaufpreises und weitere Einschränkungen im Tabakmarketing sind dringend geboten.
- Wer beim Rauchstopp Hilfe in Anspruch nimmt, erhöht seine Chance für einen erfolgreichen Ausstieg – dies wird aber wenig genutzt, was zeigt, dass die Menschen nicht zielführend genug angesprochen werden. Die meisten Rauchenden (67 Prozent) versuchen den Rauchstopp ohne Hilfsmittel. Allerdings fangen von denjenigen, die ohne Hilfsmittel aufhören zu rauchen, langfristig über 90 Pro-

zent wieder mit dem Rauchen an - nur etwa drei bis fünf Prozent der Rauchstoppversuche ohne Hilfsmittel sind langfristig erfolgreich (Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe, 2025, S. 154).

- Insgesamt nimmt Deutschland laut Tabakkontrollskala einen Platz im letzten Drittel ein (Joossens et al., 2026). Maßnahmen wie z.B. eine Ausweitung des Rauchverbotes auf öffentlichen Plätzen (wie aktuell in Spanien beschlossen), Abbau der 340.000 Zigarettenautomaten, eine Firewall gegen Tabakindustrieeinfluss, deutliche Tabaksteuererhöhungen, vollständiges Verbot von Werbung, Promotion und Sponsoring – die letzten legalen Werbeflächen schließen, Einheitsverpackung etc.

Das im Mai 2026 veröffentlichte Frühjahrsgutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft beschreibt die große Haushaltslast durch vermeidbare chronische Krankheiten und Versäumnisse in der Präventionspolitik: „Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie beispielsweise Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel und unausgewogene Ernährung, können den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verstärken, weil sie die Entstehung und das Fortschreiten vermeidbarer und zugleich kostenintensiver Erkrankungen begünstigen (…).

Aktuelle Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich der daraus resultierende Ausgabendruck in Deutschland in mehreren Bereichen eher verstärkt als abschwächt."

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) erklärt zum Frühjahrsgutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft: „In Deutschland gehen jedes Jahr rund 15,6 Millionen gesunde Lebensjahre durch nicht-übertragbare Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verloren. Ein Viertel davon ist auf vermeidbare Risikofaktoren zurückzuführen – unter anderem auf ungesunde Ernährung sowie den Konsum von Tabak und Alkohol. Hier liegt ein erhebliches Präventionspotenzial, was politisches Handeln dringend erforderlich macht." (Nationale Präventionskonferenz).

Gleichzeitig macht die NPK aber auch deutlich, dass Prävention mehr ist, als Steuern zu erheben und damit das individuelle Verhalten zu adressieren. „Wir müssen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlicher gestalten und die Grundlagen für Gesundheitskompetenz möglichst frühzeitig legen." (Nationale Präventionskonferenz)

Es braucht neben der weithin geförderten Verhaltensprävention vor allem Maßnahmen in der Verhältnisprävention, die den grundsätzlichen Rahmen bilden für den Umgang mit gesundheitlichem Risikoverhalten.

Der Abteilungsleiter Prävention beim AOK-Bundesverband, Oliver Huizinga, fasste kürzlich auf dem Kongress für Prävention in Berlin zusammen: „Deutschland ist Schlusslicht in Nord- und Westeuropa bei der Lebenserwartung".

Bei der Verhältnisprävention ist es ganz ähnlich". Deutschland habe noch große ungenutzte Potenziale im Bereich der Prävention. Er rief die Bundesregierung dazu auf, es für die Menschen einfacher zu machen, sich gesund zu verhalten. „Es geht darum, die Verhältnisse zu ändern", sagte Huizinga. „Wir müssen die Rahmenbedingungen so gestalten, dass es schwieriger wird, sich ungesund zu verhalten" (Deutsches Ärzteblatt 2025).

Ausgewählte Kernpunkte des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)

Einfluss der Tabaklobby stoppen

Mit dem FCTC hat sich Deutschland nicht nur verpflichtet, den Tabakkonsum und die Passivrauchbelastung durch staatliche Maßnahmen systematisch zu senken. Das FCTC verpflichtet auch dazu, den Einfluss der Tabakindustrie auf die Politik zu begrenzen. Besonders wichtig und in dieser Form einmalig ist Artikel 5.3. und die damit verbundenen Leitlinien. Darin heißt es u.a.: „Es gibt einen fundamentalen und unüberbrückbaren Konflikt zwischen den Interessen der Tabakindustrie und gesundheitspolitischen Interessen. (…) Die Vertragsparteien sollten nur dann und nur so weit mit der Tabakindustrie interagieren, wie dies unbedingt erforderlich ist, um die Tabakindustrie und Tabakerzeugnisse wirksam zu regulieren."

Wer also Produkte herstellt, die bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Leben verkürzen, muss anders behandelt werden als andere Branchen. Viele Länder ziehen aus dem FCTC die Konsequenz, Kontakte mit der Tabakindustrie auf das rechtlich zwingend Erforderliche zu beschränken. Deutschland verfährt bisher anders, wie der Tabaklobby-Index 2025 des DKFZ zeigt (DKFZ 2025): Hier zählt das DKFZ zahlreiche unnötige Treffen und Verbindungen zwischen der Tabakindustrie und politischen Entscheidungsträgern auf.

Die Niederlande zeigen, dass eine echte Firewall gegen den Tabakindustrieeinfluss möglich ist – sie bekommen dafür die Höchstpunktzahl in der Tobacco Control Scale.

Harm Reduction – Strategien beachten

In Artikel 1 des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)[1] heißt es: "tobacco control means a range of supply, demand and harm reduction strategies that aim to improve the health of a population by eliminating or reducing their consumption of tobacco products and exposure to tobacco smoke".

Das bedeutet, dass neben angebots- und nachfrageorientierten Strategien zur Eindämmung des Rauchens auch schadensminimierende – harm reduction - Strategien beachtet werden sollten. Alternative Formen der Nikotinaufnahme zählen zu den zentralen schadensminimierenden Strategien: Nikotin-Pflaster/Kaugummi etc., E-Zigaretten etc.

‚Rauchfreies Deutschland 2040' – wie kann dieses Ziel erreicht werden?

„Deutschland ist europäisches Schlusslicht in der Tabakkontrolle und nimmt in Kauf, dass jedes Jahr 85.000 Menschen als Folge des Rauchens an Krebs erkranken, 131.000

1 Microsoft Word - WHO-FCTC-English-FOR PRINTING_FINAL.doc

Menschen am Tabakkonsum vorzeitig sterben und der Gesellschaft durch tabakbedingte Krankheit und Tod 97 Milliarden Euro an Folgekosten entstehen. Dieses immense menschliche Leid und gesellschaftlichen Folgekosten ließen sich reduzieren, wenn die Regierung konsequent Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens umsetzen würde […]."

Mit diesem alarmierenden Appell wandten sich am Weltnichtrauchertag 2021 insgesamt 52 Gesundheits- und zivilgesellschaftliche Organisationen an die Bundesregierung, um sie zum Handeln zu bewegen. Entsprechend der EU-Zielsetzung sollte es bis 2040 weniger als fünf Prozent Raucher:innen in Deutschland geben – das Land damit offiziell „tabakfrei" werden. Fünf Jahre ist das nun her. Im Oktober 2025 hören sich die Appelle ähnlich an. So zitierte die Rheinische Post vor kurzem beispielsweise den Bundesdrogenbeauftragten Streeck: „In Deutschland sterben laut Streeck jedes Jahr noch immer rund 131.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, die gesellschaftlichen Kosten belaufen sich auf etwa 100 Milliarden Euro, so der CDU-Politiker. Hinter diesen Zahlen stehe unermessliches menschliches Leid und zerstörte Lebenswege. ‚Wir dürfen in unseren Bemühungen, Menschen vom Rauchen und Vapen abzuhalten, nicht nachlassen', fordert Streeck.

Expert*innen schätzen, dass ohne zusätzlichen substantiellen Mitteleinsatz, das Ziel Deutschland 2040 zu einem ‚tabakfreien Land' zu machen, nicht erreicht werden wird (Jazbinsek).

Die bisher eingesetzten Mittel der Tabakkontrolle – Werbeverbote, Schockbilder auf Zigarettenpackungen, regelmäßige Steuererhöhungen – haben zwar punktuell gewirkt, aber nicht annähernd in dem Maße, wie es für eine kontinuierliche Annäherung an die 5-Prozent-Marke nötig wäre.

Ein Kernproblem ist die ‚Alles-oder-nichts-Strategie' in der Tabakprävention, die in Deutschland noch immer vorherrscht: Der vollständige und sofortige Rauchstopp wird als einzig akzeptabler Weg propagiert. Das ist insofern konsequent, als diese Strategie das fachliche Maximum völlig richtig benennt und nicht davon abweicht, aber gesundheitspolitisch insofern fatal, als sie viele Menschen nicht anspricht, die auch nach mehrfachen Versuchen nicht dauerhaft aus ihrer Tabakabhängigkeit aussteigen können. Wer diesen Menschen keine Alternativen für Zwischenschritte anbietet – v.a. bei den reduzierten Versuchen, das Rauchen aufzugeben (8,1 % am 30.3.2026 laut DEBRA-Studie), lässt sie bei der schädlichsten Form des Nikotinkonsums zurück – der Tabakverbrennungszigarette.

Fünf Punkte gilt es deshalb zu beachten:

1. nicht alle Menschen wollen oder können Rauch- oder besser Nikotinfreiheit als Zielsetzung für sich übernehmen,
2. nicht alle Menschen schaffen den sofortigen Rauchstopp und
3. dafür braucht es eine differenzierte Regulierung, die risikoreduzierte Produkte nicht mit herkömmlichen Zigaretten gleichsetzt und so keine Anreize für einen Umstieg schafft.
4. diese Produkte sollten in evidenzbasierte Rauchstopp-Programme integriert werden.
5. der Zugang zu wirksamen Hilfen – ob klassische Entwöhnungstherapie oder Umstiegsoption – muss niedrigschwellig sein und finanziell abgesichert werden. Hier gilt es die entsprechenden Träger mit ausreichend Mitteln zu unterstützen.

Das Ziel eines tabakfreien Deutschlands bis 2040 ist gesundheits- und gesellschaftspolitisch äußerst wichtig – sollte es aber keinen umfassenden bundesweiten Strategiewechsel mit Mittelallokationen, Milestones, Zwischenzielsetzungen, Evaluationen etc. geben, ist es nicht zu erreichen.

Ein Weiter-So mit den bisherigen Mitteln und Maßnahmen wird zu einem Scheitern führen. Wer wirklich Gesundheitsschutz will, muss bereit sein wissenschaftlich fundierte, pragmatische Zwischenschritte zu gehen. Tobacco Harm Reduction ist kein Widerspruch zur Prävention, sondern ihre logische Ergänzung – und könnte tausenden Menschen helfen, den Weg aus der Verbrennungszigarette zu finden!

Hier setzt Tobacco Harm Reduction (THR) an: Es geht dabei um eine pragmatische Schadensminimierung für diejenigen, die den sofortigen Ausstieg nicht schaffen. Nikotinkaugummis und Inhalatoren werden schon heute gern empfohlen, werden aber von zu wenigen Raucher:innen angenommen. Aber auch risikoreduzierte Alternativen wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer oder Nikotinpouches enthalten deutlich weniger Schadstoffe als herkömmliche Zigaretten und können so das Gesundheitsrisiko sofort erheblich senken.

Wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitspolitik ist Schadensminderung, Harm Reduction, ein bedeutender und integraler Bestandteil moderner Gesundheits- und Drogenpolitik (Jeziorska, Martinelli, Kools 2025).

Neuere Studien zur Wirksamkeit der E-Zigarette für die Rauchentwöhnung

Die neueste Aktualisierung des Cochrane Reviews zur E-Zigarette liefert eine der stärksten Evidenzgrundlagen, die wir zur Rauchentwöhnung haben. Ausgewertet wurden 80 randomisierte kontrollierte Studien mit knapp 30.000 Teilnehmer:innen aus 13 Ländern. Das Ergebnis ist belastbar. Mit nikotinhaltigen E-Zigaretten gelingt der Ausstieg aus der Tabakzigarette häufiger als mit klassischen Nikotinersatzprodukten wie Pflastern oder Kaugummis.

Nach sechs bis zwölf Monaten waren etwa zehn von 100 Nutzer*innen von E-Zigaretten rauchfrei, bei klassischen Nikotinersatztherapien waren es etwa sechs von 100. Vier zusätzliche erfolgreiche Rauchstopps pro 100 Behandlungsversuche sind in der Suchtmedizin kein Nebeneffekt. Gerade bei stark abhängigen Raucher*innen, die oftmals bereits mehrere erfolglose Ausstiegsversuche hinter sich haben, ist jeder zusätzliche wirksame Ansatz von großer Bedeutung.

Die Vertrauenswürdigkeit dieser Evidenz bewertet Cochrane als hoch. Das ist wichtig, weil noch immer häufig behauptet wird, E Zigaretten seien für die Rauchentwöhnung kaum oder gar nicht hilfreich. Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zeigt (erneut) etwas anderes. E-Zigaretten helfen nachweislich dabei, Menschen von der Tabakzigarette wegzubringen.

Natürlich ist die E-Zigarette kein Wundermittel. Auch mit ihr schafft die Mehrheit den vollständigen Rauchstopp zunächst nicht. Und selbstverständlich bleibt es das oberste Ziel, langfristig weder zu rauchen noch zu dampfen. Aber Prävention muss auch die Realität von Abhängigkeit berücksichtigen.

Unsere Aufgabe besteht darin, Menschen mit Abhängigkeit mit allen wissenschaftlich belegten Mitteln zu unterstützen und: Schadensminimierung anbieten. Dazu gehören Beratung, Medikamente, Nikotinersatz und eben auch die E-Zigarette.

Auch bei möglichen Nebenwirkungen liefert der Cochrane Review wichtige Erkenntnisse. Im untersuchten Zeitraum zeigten sich keine klaren Unterschiede bei schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen zwischen E-Zigaretten und klassischen Nikotinersatzmitteln. Langfristige Risiken müssen selbstverständlich weiter untersucht werden. Daraus darf aber nicht folgen, den bereits belegten Nutzen für heutige Raucher*innen kleinzureden (Cochrane Deutschland 2026).

Was heißt das nun aus Sicht der Suchtforschung? 10 % Erfolgsquote von E-Zigaretten ist überschaubar, aber nicht nichts. Genutzt werden sollte alles, was hilft. Dabei sollten wir die Aussteiger*innenquote maximieren, indem wir unterschiedliche Maßnahmen wie Verhaltenstherapien und Ersatztherapien kombinieren und noch viel besser aufklären.

Wu et al. (2025) haben die Evidenzlage mit ihrer Meta-Analyse grundlegend neu geordnet. Die Forscher*innen analysierten 14 systematische Übersichtsarbeiten, die wiederum die Ergebnisse von über 100 Primärstudien bündeln. Parallel dazu wurden über drei Jahre hinweg mehr als 2.500 wissenschaftliche Publikationen ausgewertet. Diese enorme Datenbasis erlaubt es, die Wirksamkeit und das relative Risiko der E-Zigarette mit einer Präzision zu bestimmen, die weit über bisherige Behauptungen hinausgeht. Die Ergebnisse zeigen klar, dass u.a. E-Zigaretten ein wirksames Instrument zur Rauchentwöhnung sind und die Erfolgschancen im Vergleich zu klassischen Methoden deutlich erhöhen: „Meta-analyses of electronic cigarettes (EC) for smoking cessation report point estimates favouring higher ≥6-month smoking cessation rates with nicotine EC compared with nicotine replacement therapy, non-nicotine EC/placebo, behavioural or no support and mixed support“.

Die Nutzung von E-Zigaretten

Laut DEBRA-Studie nutzen 2025 3,0 % der Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren aktuell E-Zigaretten und 0,8 % Tabakerhitzer. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ermittelte für 2024 eine 30-Tage-Prävalenz für die Nutzung von E-Zigaretten von 8,3 % und von Tabakerhitzern von 1,9 %. Der Konsum von verwandten und neuartigen Nikotinprodukten nimmt seit 2018 zu, insbesondere bei jungen Erwachsenen.

Ein Großteil der Personen, die konventionelle Tabakprodukte konsumieren, nutzt auch andere Nikotinprodukte, wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer oder Wasserpfeifen (Starker et al. 2026).

Das Verbot der Einweg-E-Zigarette

Das BIÖG hat am 26.5.2026 anlässlich des Weltnichtrauchertages auf den steigenden Konsum von E-Zigaretten unter Jugendlichen hingewiesen. Dieser Trend ist gegenläufig zum lange Zeit sinkenden Konsum von Tabakprodukten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In diesem Trend wird auch deutlich, dass immer mehr Jugendliche in ihrem Umgang mit Einweg-E-Zigaretten eine Affinität zu oder Abhängigkeit von Nikotin entwickeln, die prädestiniert ist für einen Konsum von Verbrennungszigaretten.

Ein angemessener Jugendschutz bedeutet deshalb, den Zugang zu diesen Produkten zu verhindern. Die EU hat bereits entschieden: Einweg-Vapes stehen vor dem Aus. Ab 2027 sollen Einweg-E-Zigaretten in der gesamten EU verboten werden. Bundesumweltminister Carsten Schneider bereitet ein Verbot von Einweg-E-Zigaretten vor. Er wird noch im Jahr 2026 ein entsprechendes Gesetz vorlegen. Die Einweg-Geräte sollen dann in Deutschland nicht mehr verkauft werden dürfen. Bislang setzt die Bundesregierung allerdings nur auf Rücknahmepflichten, Jugendschutz und TPD-Konformität statt auf ein sofortiges Verkaufsverbot.

Der Bundesrat hatte sich in der Vergangenheit bereits für ein Verbot von Einweg-E-Zigaretten ausgesprochen. Die Bundesregierung hatte sich bereiterklärt, ein Verbot auf den Weg zu bringen – Schneider machte jetzt klar, dass es bald kommen soll. Nachfüllbare Geräte sollen von dem Verbot nicht betroffen sein.

Das Verbot von Einweg-E-Zigaretten bedeutet eine weitere wichtige Maßnahme des Jugendschutzes.

Ermutigende Präventionsstrategien anderer Länder zur Reduktion des Rauchens

Es wird deutlich, dass hauptsächlich auf Verhaltensprävention setzende Strategien nicht nachhaltig erfolgreich sein können. Eine nachhaltige Verringerung des Tabak-/Nikotinkonsums und der Passivrauchbelastung lässt sich nur durch eine Kombination aus individueller und zielgruppenspezifischer Unterstützung beim Rauchstopp, Schaffung motivierender/unterstützender Umfelder/Verhältnisse und passgenauen Antworten und v.a. lebensweltnahen Angeboten des Gesundheitssystems erreichen. Dieser Policy-Mix würde zudem auch dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und die Bevölkerung langfristig vor den Folgen des Tabakkonsums (v.a. Passivrauchbelastung) zu schützen.

Irland und das Vereinigte Königreich führen die Tabakkontrollskala seit vielen Jahren an, gefolgt von Frankreich und den Niederlanden. Sie setzen auf umfassenden Kinder- und Jugendschutz durch die Ausweitung rauchfreier Zonen, umfangreiche Beschränkungen der Werbung und auf neutrale Verpackungen – Maßnahmen, die nachweislich zu sinkenden Raucherquoten führen. Deutschland dagegen verzichtet bislang auf viele dieser wirksamen Instrumente. Die Folge: Während die Spitzenländer ihre Präventionspolitik strategisch weiterentwickeln und breite gesellschaftliche Unterstützung mobilisieren, bleibt Deutschland bei der Tabakpolitik unter den Schlusslichtern der verglichenen Länder. Der Public Health Index (PHI) zeigt damit klar, welches Potenzial ungenutzt bleibt und dass politische Entschlossenheit entscheidend dafür ist, Tabakkonsum wirksam zu senken.

Länder wie England und Schweden haben erfolgreich Rauchstopp-Programme implementiert – Schweden z.B. ist bereits jetzt ‚rauchfrei', Großbritannien hat eine beachtenswerte Reduktion der Rauchprävalenz in den letzten Jahren erreicht: Der Anteil der Erwachsenen in Großbritannien, die rauchen, ist auf 10,6 % gesunken - den niedrigsten Stand seit Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 2011. Damit ist die Raucherquote in etwas mehr als einem Jahrzehnt etwa halbiert worden. Entscheidend ist, dass die Zahlen eher auf eine Substitution als auf eine neue Nikotinaufnahme hindeuten. Es gibt einen anhaltenden langfristigen Rückgang des Rauchens in allen

Altersgruppen, wobei der stärkste Rückgang bei jüngeren Erwachsenen zu verzeichnen ist. Bei den 18- bis 24-Jährigen ist der Anteil der Rauchenden drastisch gesunken, von 25,7 % im Jahr 2011 auf 8,1 % im Jahr 2024 (Office for National Statistics/ONS). Allerdings fällt dieser Trend mit einem Anstieg des Dampfens zusammen: In Großbritannien verwenden etwa 5,4 Millionen Erwachsene ab 16 Jahren – 10 Prozent – täglich oder gelegentlich Vapes und haben damit erstmals die geschätzten 4,9 Millionen derzeitigen Raucher (9,1 Prozent) überholt.

Auf dem Weg zu einem rauchfreien Schweden (Folkhälsomyndigheten 2026)

Der tägliche Zigarettenkonsum in Schweden ist seit den 1980er Jahren zurückgegangen. Dieser Rückgang fällt mit den umfassenden Maßnahmen zur Tabakprävention zusammen, die im gleichen Zeitraum umgesetzt wurden.

Schweden hat die Risiken des Tabakkonsums frühzeitig erkannt, und die ersten nationalen Maßnahmen wurden bereits in den 1960er Jahren eingeführt. Die Maßnahmen zur Tabakprävention in Schweden haben:

- die Verfügbarkeit von Tabakprodukten verringert
- die Nachfrage nach Zigaretten und die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens gesenkt
- den Zugang zu Programmen zur Raucherentwöhnung verbessert.

Die Arbeit war zudem langfristig angelegt und erfolgte in Zusammenarbeit mit zahlreichen Akteuren auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene.

Zu den umgesetzten Maßnahmen zur Tabakprävention zählen unter anderem Verbote von Tabakwerbung, steuerliche Regelungen, Altersbeschränkungen sowie die Einführung rauchfreier Zonen sowohl in Innenräumen als auch in bestimmten Außenbereichen.

Der Anteil der Frauen und Männer, die täglich Zigaretten rauchen, ist kontinuierlich zurückgegangen, was mit den im Laufe der Zeit eingeführten Tabakpräventionsmaßnahmen zusammenfällt.

Herausforderungen bei der Tabak- und Nikotinprävention

In Schweden ist der Konsum von Snus im Laufe der Zeit relativ unverändert geblieben. Der Konsum von Nikotinsnus (Nikotinbeutel) und E-Zigaretten hat jedoch in den letzten Jahren unter jungen Menschen deutlich zugenommen. Gleichzeitig steigt der Anteil junger Menschen, die Zigaretten rauchen. Forschungsergebnisse zeigen, dass der Konsum von E-Zigaretten oder Snus das Risiko erhöhen kann, mit dem Rauchen von Zigaretten zu beginnen.

Eine Herausforderung bei der Erreichung des Ziels einer guten und gleichberechtigten Gesundheit der gesamten schwedischen Bevölkerung sind die großen sozioökonomischen Unterschiede beim Rauchen. Der Gesamtkonsum von Tabak und Nikotin ist nach wie vor relativ hoch, obwohl das tägliche Rauchen zurückgegangen ist. Der Anteil der Bevölkerung, der gelegentlich Zigaretten raucht, ist ebenso groß wie der derjenigen, die täglich rauchen.

Maßnahmen zur Tabakprävention müssen deshalb zu Maßnahmen zur Nikotinprävention werden. Um den Konsum jeglicher Tabak- und Nikotinprodukte zu reduzieren, muss daran gearbeitet werden, den Konsum aller Produkte zu verringern. Daher müssen Nikotinprodukte in künftige Maßnahmen zur Tabakprävention einbezogen werden.

Ein wirksames Instrument in der Tabak- und Nikotinprävention sind schützende Vorschriften, und derzeit unterscheiden sich die Vorschriften je nach Produkt.

Eine Regulierung von Tabak- und Nikotinprodukten, die sich stärker an den derzeitigen Schutzvorschriften für Zigaretten orientiert, würde den Schutz von Kindern und Jugendlichen verbessern und bessere Voraussetzungen für eine gute und gleichberechtigte Gesundheit schaffen.

Diese Beispiele zeigen, dass eine konsequente Tabakpolitik wirkt.

Lungenkrebsscreening für definierte Risikogruppen - Sekundärprävention

Rund 58.000 Menschen erkranken in Deutschland jedes Jahr an Lungenkrebs. Bei Frauen sind etwa acht von zehn, bei Männern bis zu neun von zehn Erkrankungen auf aktives Rauchen zurückzuführen. Das Bronchialkarzinom macht sich meist erst im fortgeschrittenen Stadium mit Symptomen bemerkbar. Dadurch erhalten viele Betroffene ihre Diagnose relativ spät; die Prognose ist dann häufig schlecht.

Um Tumore möglichst früh zu entdecken, können sich starke aktive und ehemalige Rauchende als Kassenleistung ab dem 1. April vorsorglich auf Lungenkrebs untersuchen lassen. Eine Niedrigdosis-Computertomografie (Niedrigdosis-CT) soll klären, ob die Betroffenen bereits ein symptomloses Bronchialkarzinom haben.

Die Auswahl der Menschen, die Anspruch auf das Screening haben, trifft ein Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin oder Innere Medizin (vgl. Dt. Ärzteblatt 31.3.2026).

Nach den aktuell gültigen Kriterien haben starke Raucherinnen und Raucher zwischen 50 und einschließlich 75 Jahren Anspruch auf die Früherkennungsleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Voraussetzung ist, dass sie über 25 Jahre lang geraucht und dabei 15 Packungsjahre erreicht haben.

Auch nach einem Rauchstopp besteht Anspruch, sofern der Konsum nicht länger als zehn Jahre zurückliegt. Mit den derzeitigen Einschlusskriterien würden in etwa 60 Prozent aller Lungenkrebsfälle erfasst, sagte Jens Vogel-Claussen, Direktor der Klinik für Radiologie an der Berliner Charité, bei einem Pressebriefing.

Vor der Untersuchung ist ein Erstgespräch verpflichtend. Ein Facharzt für Allgemein-, Arbeits- oder Innere Medizin soll den Anspruchsberechtigten Nutzen und Risiken der Niedrigdosis-CT erläutern. Für die Durchführung und Abrechnung wird eine spezielle Fortbildung benötigt (siehe unten).

Unterstützend gibt es eine Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Bei dem Gespräch soll auch auf Möglichkeiten der Tabakentwöhnung aufmerksam gemacht werden. Sind alle Voraussetzungen für das Screening erfüllt, kann die betroffene Person an einen Facharzt oder eine Fachärztin für Radiologie überwiesen werden.

Menschen, die die Kriterien nicht erfüllen, können nicht am Screening teilnehmen, auch nicht auf eigene Kosten. Das teilte ein Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Anfrage mit.

Für Rauchende, die beispielsweise weniger als die vorgeschriebenen Packungsjahre geraucht haben, sei das Nutzen-Risiko-Verhältnis des Screenings nicht mehr angemessen, sagte Stefan Sauerland, Leiter des Ressorts Nichtmedikamentöse Verfahren am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das Screening könnten zudem nur Zigarettenrauchende wahrnehmen, nicht aber Pfeifen-, Zigarren- oder E-Zigaretten-Rauchende.

Etwa sechs Millionen Menschen hätten Anspruch auf die Untersuchung. „Krankenkassen haben die Information über den Raucherstatus der Versicherten nicht und können gar nicht gezielt einladen“, erläuterte Vogel-Claussen. Einladungen sind aus seiner Sicht nötig, um höhere Teilnahmequoten zu erreichen.

Literatur

AOK/DKFZ (2026): Public Health Index. Public Health Index | Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich Public Health Index 2025 (Zugriff: 30.09.2026)

Cochrane Deutschland (2026): Pressemitteilung zum aktualisierten Cochrane Review: Wie gut helfen E-Zigaretten beim Rauchstopp? Pressemitteilung zum aktualisierten Cochrane Review: Wie gut helfen E-Zigaretten beim Rauchstopp? | Cochrane Deutschland (Zugriff: 30.09.2026)

DEBRA-Studie (2026): Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. DEBRA study – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten | German Study on Tobacco Use (Zugriff: 30.09.2026)

Deutsches Ärzteblatt (14.07.2025): AOK-Bundesverband sieht Präventionspotenziale ungenutzt AOK-Bundesverband sieht Präventionpotenziale ungenutzt – News – Deutsches Ärzteblatt (Zugriff: 30.09.2026)

Deutsches Ärzteblatt (31.3.2026): Die wichtigsten Antworten zum Start des Lungenkrebsscreenings – News – Deutsches Ärzteblatt

Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe (2025): Tabakatlas Deutschland 2025. Pabst Science Publishers, Lengerich, DOI: 10.2440/0010

Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe (25.11.2025): Neuer Tabaklobby-Index belegt: Einfluss der Tabakindustrie in Deutschland bleibt hoch (Zugriff: 30.09.2026)

Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst. 225–234.

FCTC: WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Microsoft Word - WHO-FCTC-English-FOR PRINTING_FINAL.doc (Zugriff: 30.09.2026)

Folkhälsomyndigheten – Public Health Agency of Sweden (2026): Towards a smoke-free Sweden - The Public Health Agency of Sweden

Jeziorska, I., Martinelli, T.F. & Kools, JP. 50 years of harm reduction in Europe: high time for transformation. Harm Reduct J 22, 94 (2025). https://doi.org/10.1186/s12954-025-01200-450 years of harm reduction in Europe: high time for transformation | Harm Reduction Journal | Springer Nature Link

Joossens L., Abbink H., Roman E., The Tobacco Control Scale 2025 in Europe. Brussels: Smoke

Free Partnership, 2026. Available from: http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2025

Mons, U. et al. (2018): Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. Dt. Ärzteblatt International, 115(35-36), 571–577.

OECD (2026): The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases (EN)

Office for National Statistics (04.11.2025): Adult smoking habits in the UK. Adult smoking habits in the UK - Office for National Statistics (Zugriff: 30.09.2026)

Orth, B. & Nitzsche, A. (2026). Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025. Teilband Illegale Drogen. BIÖG-Forschungsbericht. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q3-DAS25-DRO-DE-1.0

Nationale Präventionskonferenz (NPK) zum Frühjahrsgutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft: Durch stärkere Prävention Ausgaben langfristig dämpfen

Anne Starker, Stephanie Klosterhalfen, Sally Olderbak, Daniel Kotz, Boris Orth (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht, S. 61ff

Wu AD, Conde M, Butler AR, Knight E, Lindson N, Livingstone-Banks J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: An overview of systematic reviews and evidence and gap map. Addiction. 2026. https://doi.org/10.1111/add.70388, https://lnkd.in/eA-tM-Zu

Tobacco Harm Reduction für Menschen in prekären Lebenslagen

Philip Bruggmann

Zusammenfassung

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und/oder Substanzgebrauchsstörungen rauchen häufiger, intensiver und schaffen den Rauchstopp seltener als die Allgemeinbevölkerung. Abstinenzorientierte Angebote allein greifen in dieser Gruppe zu kurz. Eine aktuelle Sekundäranalyse der Schweizer ESTxENDS-Studie zeigt, dass E-Zigaretten in Kombination mit Standardberatung die Abstinenzchancen bei Menschen mit psychiatrischen Problemen und bei Menschen mit problematischem Substanzgebrauch deutlich erhöhen – teils stärker als in der Gesamtstichprobe.

Der Beitrag ordnet diese Befunde ein und leitet daraus ab, dass Schadensminderung ein fester, niedrigschwelliger Bestandteil der Rauchstopp-Beratung in der Drogen- und Suchthilfe werden muss.

Einleitung

Tabakrauchen ist die vermeidbare Todesursache Nummer eins – und trifft Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Suchtproblemen besonders hart. Sie rauchen häufiger, konsumieren mehr Zigaretten pro Tag, sind stärker nikotinabhängig und haben bei Abstinenzversuchen geringere Erfolgsaussichten als die Allgemeinbevölkerung. Während die Raucherquote in der Gesamtbevölkerung westlicher Länder seit Jahren sinkt, verläuft dieser Rückgang in dieser Gruppe deutlich langsamer.

Das ist gesundheitspolitisch relevant, denn Rauchen ist ein entscheidender, veränderbarer Faktor für die erhöhte Sterblichkeit bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen.

Ein Grund für die schleppende Entwicklung: Betroffene glauben häufiger, Rauchen lindere psychische Symptome oder erleichtere soziale Kontakte, stufen einen Rauchstopp im Vergleich zu anderen gesundheitlichen Anliegen als nachrangig ein und begegnen Angeboten der Rauchstopp-Beratung mit Skepsis (Baggio et al. 2025). Gleichzeitig richten sich klassische, abstinenzorientierte Programme eher an Menschen, die sich in den Angeboten des Gesundheitswesens gut zurechtfinden und bereit sind, einen Eigenanteil zu tragen (Wiedemann 2025). Menschen mit multiplen Problemlagen – psychiatrische Komorbidität, Substanzabhängigkeit, prekäre soziale Situation – werden dadurch strukturell schlechter erreicht, obwohl sie den größten Bedarf haben.

Im Folgenden wird eine Studie vorgestellt, welche sich der Frage widmet, ob und wie gut schadensmindernde Massnahmen in der Rauchstopptherapie bei Menschen mit psychiatrischen und Suchtkomorbiditäten wirken. Es handelt sich um eine 2025 publizierte Sekundäranalyse der Schweizer ESTxENDS-Studie, die genau diese Frage mit prospektiv erhobenen kontrollierten Studiendaten untersucht hat (Baggio et al. 2025).

Warum Abstinenz als alleiniges Ziel hier besonders anspruchsvoll ist

Nikotinabhängigkeit ist bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Substanzgebrauchsstörungen in der Regel stärker ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung (Grischott et al. 2019) und der Rauchstopp muss oft neben einer laufenden Behandlung der Grunderkrankung oder einer Opioidagonistentherapie gelingen. Hinzu kommen soziale Belastungsfaktoren, ein oft geringeres verfügbares Einkommen und wiederholte frustrierende Abstinenzversuche. Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, dass Fachpersonen aus der Suchthilfe zunehmend für eine „zieloffene" Haltung plädieren (Körkel 2024): Nicht jede Person kann oder will sofort vollständig abstinent werden – aber jede Person hat Anspruch auf ein Angebot, das ihrem tatsächlichen Veränderungsstand entspricht.

Warum das Aufhören so schwerfällt, lässt sich auch neurobiologisch gut erklären.

Ein Informationsposter der Arud Zentren für Suchtmedizin (Arud 2026) beschreibt anschaulich, wie sich Nikotinabhängigkeit im Alltag festsetzt: Bereits wenige Stunden ohne Nikotin lösen Unruhe und starkes Verlangen aus, die beim erneuten Konsum abklingen – dadurch entsteht die Illusion, Rauchen wirke entspannend, obwohl es im Grunde nur einen Minientzug beendet. Durch die ständige Wiederholung verankern sich Griff und Wirkung tief im Gehirn, Rauchen wird zur automatisierten Gewohnheit, und alltägliche Situationen wie Kaffeepausen, Stress oder das Essen werden zu Auslösern. Weil die Alltags- und Leistungsfähigkeit dabei meist lange erhalten bleibt, werden die langfristigen gesundheitlichen Folgen zugleich systematisch unterschätzt. Dieser Mechanismus erklärt, warum Willenskraft allein selten ausreicht und mehrere Aufhörversuche und Rückfälle der Normalfall sind – bei Menschen mit zusätzlichen psychiatrischen oder Suchtproblemen umso mehr. Das Poster liegt diesem Beitrag als Beilage bei und eignet sich auch als niedrigschwelliges Aufklärungsmaterial für die direkte Arbeit mit Klient*innen.

Für den Substanzgebrauch generell ist dieses Prinzip in der Schadensminimierung längst etabliert (Körkel 2024; Steimle/Stöver 2024): Opioidagonistentherapie, Nadel-Spritzen-Programme und Konsumräume stehen gleichberechtigt neben abstinenzorientierten Therapien. Bei Tabak fehlt diese Differenzierung in der Breite noch weitgehend. Nikotinersatztherapien werden zwar empfohlen, sind aber in ihrer Wirkung und Akzeptanz begrenzt; ein strukturiertes, niedrigschwelliges Angebot zum Umstieg auf weniger schädliche Nikotinprodukte ist in Deutschland bislang die Ausnahme (Wiedemann 2025).

Neue Evidenz: die ESTxENDS-Sekundäranalyse

ESTxENDS („Efficacy, Safety, and Toxicology of Electronic Nicotine Delivery Systems") ist eine offene, multizentrische Schweizer randomisiert, kontrolliert Studie mit 1246 Rauchenden, die innerhalb von drei Monaten aufhören wollten (Auer et al. 2024).

Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich zur Standardberatung (kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung) sechs Monate lang kostenlose E-Zigaretten samt nikotinhaltigen E-Liquids; die Kontrollgruppe erhielt Standardberatung

plus einen Gutschein über 50 Schweizer Franken, die für den Erwerb von Nikotinersatzprodukten eingesetzt werden konnten. Primärer Endpunkt war die biochemisch validierte, durchgehende Abstinenz nach sechs Monaten.

Baggio und Kolleg:innen werteten zwei vulnerable Teilstichproben gesondert aus (Baggio et al. 2025): Personen mit psychiatrischen Problemen (n=239), sowie Personen mit problematischem oder mehrfachem Substanzgebrauch (n=818). Die Ergebnisse fielen deutlich aus. In der Teilstichprobe mit psychiatrischen Problemen erreichten 30,8 % der Interventionsgruppe eine validierte durchgehende Abstinenz nach sechs Monaten, gegenüber 14,8 % in der Kontrollgruppe. In der Teilstichprobe mit problematischem Substanzgebrauch lag die validierte Abstinenz bei 29,0 % versus 18,9 %. Bei den sekundären Endpunkten – etwa selbstberichteter 7-Tage-Abstinenz – fielen die Effekte in der psychiatrischen Teilstichprobe teilweise noch größer aus und lagen damit über dem in der Gesamtstichprobe der Hauptstudie berichteten Effekt.

Bemerkenswert ist, dass beide Effekte trotz der zusätzlichen Belastungsfaktoren dieser Gruppen mindestens ebenso groß waren wie in der Gesamtstichprobe – in der psychiatrischen Teilgruppe sogar deutlich größer. Die Autor*innen weisen allerdings darauf hin, dass die Teilnehmenden dadurch zwar seltener Tabak rauchten, aber nicht zwangsläufig nikotinfrei wurden. Dies entspricht genau dem Prinzip der Schadensminderung: nicht die sofortige vollständige Freiheit von Nikotin, sondern die Vermeidung der besonders schädlichen Verbrennungsprodukte des Tabakrauchens – ein Effekt, der auch im Cochrane-Review zur allgemeinen Wirksamkeit von E-Zigaretten als Rauchstopp-Hilfe bestätigt wird (Lindson et al. 2024).

Einordnung und Grenzen der Evidenz

Die Studie hat Grenzen, die bei der Übertragung in die Praxis zu beachten sind.

Die Teilstichproben waren nicht a priori für diese Analyse gepowert, die Konfidenzintervalle sind entsprechend breit, insbesondere bei den psychiatrischen Teilnehmenden. Die psychiatrische Problematik wurde über die Medikamenteneinnahme definiert, ohne Diagnose, Schweregrad oder Behandlungsdauer zu erfassen; Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen dürften zudem in klinischen Studien wie dieser unterrepräsentiert sein. Die Stichprobe stammt zudem ausschließlich aus einem schweizerischen Versorgungskontext, was die Übertragbarkeit auf andere Gesundheitssysteme – auch auf das deutsche – einschränkt. Schließlich fehlen Daten zur längerfristigen Wirkung über die sechsmonatige kostenlose Produktabgabe hinaus.

Diese Einschränkungen relativieren die Größe der beobachteten Effekte nicht grundsätzlich, mahnen aber zur Vorsicht bei pauschalen Schlussfolgerungen und unterstreichen den Bedarf an größeren, gezielt auf diese Zielgruppen ausgerichteten Studien – auch außerhalb Europas und mit längerem Follow-up. Ein 5-Jahres-Follow-up der ESTxENDS-Studie ist zurzeit in Auswertung.

Konsequenzen für die Beratungspraxis in der Drogen- und Suchthilfe

Für die Praxis ergeben sich daraus mehrere Konsequenzen. Die Erhebung des Zigarettenkonsums in der Suchtmedizin muss analog zum Schadenspotenzial denselben Stellenwert erhalten wie die anderer Substanzen – noch immer wird Tabakrauchen in

vielen Einrichtungen kaum systematisch thematisiert, obwohl die Rauchprävalenz bei Menschen mit weiteren Abhängigkeitserkrankungen sehr hoch ist (Grischott et al., 2019). Angebote zum Umstieg auf E-Zigaretten oder andere risikoärmere Nikotinprodukte müssen Teil der Rauchstopptherapieangebote sein, insbesondere wenn abstinenzorientierte Therapiemodi nicht funktioniert haben oder nicht in Frage kommen. Es ist essenziell, dass solche umfassenden Rauchstopp-Behandlungsangebote in die bestehenden suchtmedizinischen und Suchthilfe-Institutionen integriert werden, damit der Zugang niederschwellig bleibt.

Weiter braucht es eine zieloffene Grundhaltung der Fachkräfte (Körkel 2024, Wiedemann 2025): Wer aktuell nicht abstinent werden kann oder will, hat dennoch Anspruch auf Unterstützung, die das Risiko seines Tabakkonsums reduziert. Das schließt die Möglichkeit ein, im Verlauf der Begleitung zwischen Reduktion, Schadensminderung und Abstinenz zu wechseln, ohne dafür die Therapiefachkraft oder gar die Einrichtung wechseln zu müssen. Verständliches Aufklärungsmaterial zum Suchtmechanismus – etwa das beigefügte Poster der Arud – kann dabei helfen, Klient*innen die Dynamik ihrer Abhängigkeit ohne Schuldzuweisung zu vermitteln und so den Boden für eine zieloffene Beratung zu bereiten. Nicht zuletzt braucht es Kostenträger für solche Angebote. Umfassende Rauchstopp-Angebote müssen – unabhängig von der gewählten Option – kostenfrei zugänglich sein; nur so wird die Voraussetzung geschaffen, dass sie in der Suchthilfe in relevanter Zahl genutzt werden.

Fazit

Die ESTxENDS-Sekundäranalyse aus der Schweiz liefert erstmals kontrollierte Evidenz dafür, dass E-Zigaretten auch bei Menschen mit psychiatrischen und Suchtkomorbiditäten wirksame Rauchstopp-Hilfen sind – mit Effekten, die denen der Gesamtbevölkerung entsprechen oder sie übertreffen. Für eine Zielgruppe, der vollständige Nikotinabstinenz aus nachvollziehbaren Gründen besonders schwerfällt, ist das ein starkes Argument, Tobacco Harm Reduction nicht länger als Randnotiz, sondern als integralen, niedrigschwelligen Baustein der Rauchstopp-Beratung in der Drogen- und Suchthilfe zu verankern.

Literatur

Arud Zentren für Suchtmedizin (2026): Warum ist ein Rauchstopp so schwierig? Informationsposter, Illustration: Benjamin Hermann. Online verfügbar unter: arud.ch/rauchenverstehen; letzter Zugriff: 15.07.2026.

Auer, R./Schoeni, A./Humair, J.-P. et al. (2024): Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation, in: New England Journal of Medicine, 390(7): 601–610. DOI: 10.1056/NEJMoa2308815.

Baggio, S./Bruggmann, P./Schoeni, A. et al. (2025): Efficacy of e-cigarettes for smoking cessation in populations with psychiatric and/or substance use problems: A secondary analysis of a randomized controlled trial, in: Tobacco Prevention & Cessation, 11(February): 11. DOI: 10.18332/tpc/199473.

Grischott, T./Falcato, L./Senn, O./Puhan, M. A./Bruggmann, P. (2019): Chronic obstructive

pulmonary disease (COPD) among opioid-dependent patients in agonist treatment. A diagnostic study, in: Addiction, 114(5): 868–876. DOI: 10.1111/add.14559.

Körkel, J. (2024): Zieloffene Suchtarbeit, in: Hößelbarth, S./Stöver, H. (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht. Idstein: Fachhochschulverlag, 303–314.

Lindson, N./Butler, A. R./McRobbie, H. et al. (2024): Electronic cigarettes for smoking cessation, in: Cochrane Database of Systematic Reviews, 1: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub8.

Steimle, L./Stöver, H. (2024): Rauchen und Soziale Arbeit – Bestandsaufnahmen und Schlussfolgerungen, in: Stöver, H. (Hrsg.): Tabakkontrolle und Tobacco Harm Reduction. Idstein: Fachhochschulverlag, 175–184.

Wiedemann, S. (2025): Tobacco Harm Reduction, Kontrolliertes Rauchen und Rauchfrei-Programm als sich ergänzende Bausteine in der Sucht- und Drogenhilfe, in: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES (Hrsg.): 12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025. Nienburg: Pabst, 35–41.

5 Cannabis

Cannabispolitik nach 2 Jahren CanG

Auf halbem Weg stehen geblieben

Georg Wurth

Der Koalitionsvertrag der Ampelregierung von 2021 sah eine echte Legalisierung von Cannabis mit „lizenzierten Geschäften“ vor. Nach langen Diskussionen gab es 2024 das Cannabisgesetz (CanG) mit einer weitgehenden Entkriminalisierung der Konsumenten. Die angekündigte Legalisierung, also regulierter Handel inklusive Cannabis-Shops, blieb allerdings ebenso aus wie die angekündigte „Säule 2“ mit entsprechenden Modellprojekten. Die seit Anfang 2025 amtierende schwarz-rote Regierung ist im Rückwärtsgang unterwegs.

Entkriminalisierung ist ein großer Fortschritt für Konsumenten

Unabhängig von allen auch hier noch folgenden Kritikpunkten sei zunächst einmal festgehalten, dass das am 01.04.2026 in Kraft getretene CanG einen riesigen Fortschritt mit sich gebracht hat.

Deutschland hat sich damit von einem der repressivsten Staaten Europas zur Speerspitze der weltweiten Reformbewegung katapultiert.

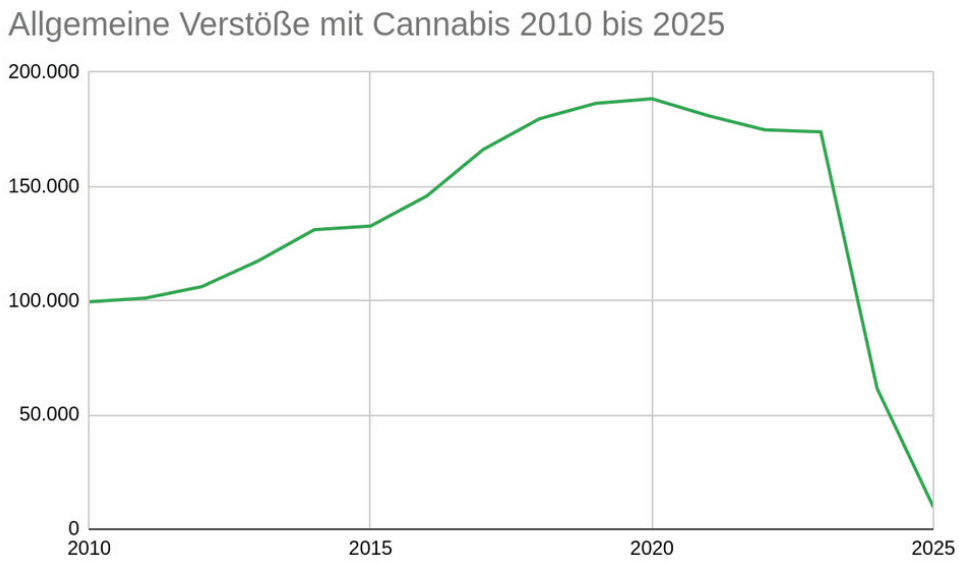
Bis dahin waren Rechtslage und Rechtsprechung in Deutschland vergleichsweise repressiv, nicht nur beim Strafrecht, sondern auch z.B. im Führerscheinrecht.

In Kombination mit einem hohen Verfolgungsdruck durch die Polizei hat das zu einer Massenverfolgung einfacher Cannabiskonsumenten geführt. Der Peak lag im Jahr vor dem Start der Ampelregierung. Für 2020 wies die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 227.958 Cannabisdelikte aus.[1] Davon entfielen 188.453 (83 %) auf „Allgemeine Verstöße mit Cannabis und Zubereitungen“, also konsumnahe Taten wie Besitz kleiner Mengen – ohne Handel. Im Laufe der Jahre wurden Millionen harmlose Konsumenten zu Straftätern abgestempelt. Die Verfahren wurden zwar zum Teil ohne Strafe eingestellt, aber sie hatten trotzdem oft negative Konsequenzen bis hin zum Jobverlust.

Tausende Cannabiskonsumenten verloren ihre Führerscheine und damit oft auch ihre Jobs, obwohl sie nüchtern gefahren waren, weil der THC-Grenzwert für die Definition einer „Drogenfahrt“ zu niedrig lag.

Durch das CanG, genauer gesagt durch das darin enthaltene Konsumcannabisgesetz (KCanG), hat sich die Situation für die meisten Cannabiskonsumenten nun drastisch verbessert. Die PKS 2025 war die erste, die ein vollständiges Jahr mit neuer Rechtslage statistisch sauber erfasste[2]. Darin wurden gerade einmal noch 9.757 „Allgemeine Verstöße“ laut § 34 KCanG gemeldet:

1 https://hanfverband.de/pks-2020-verfolgungsdruck-auch-in-coronazeiten-gestiegen
2 https://hanfverband.de/pks-2025-entkriminalisierung-wirkt



Die Zahl der Strafverfahren gegen Cannabiskonsumenten ist also drastisch gesunken.

An dieser grundsätzlichen Aussage ändert es auch nichts, dass zu dieser Zahl noch weitere Strafverfahren gegen einfache Konsumenten hinzuzuzählen wären wie etwa Verfahren wegen Anbau von mehr als drei Pflanzen. Außerdem sind durch das KCanG zusätzliche Ordnungswidrigkeiten hinzugekommen, die in der PKS grundsätzlich nicht erfasst werden. So werden zum Teil hohe Bußgelder fällig für den Konsum an der falschen Stelle in der Öffentlichkeit, zum Beispiel in 99 Metern Entfernung von einem Spielplatz oder einer Schule, wenn diese in Sichtweite sind. Diese OWIs werden regional sehr unterschiedlich intensiv verfolgt, dürften aber deutschlandweit kaum die 10.000 Fälle überschreiten.

Auch die mit dem CanG im Sommer 2024 einhergehende Anhebung des THC-Grenzwerts für den Straßenverkehr von 1 auf 3,5ng THC/ml Blutserum war ein Schritt in die richtige Richtung. Zwar gibt es immer noch Konsumenten, die den Wert überschreiten, obwohl sie ausreichend Abstand zwischen Konsum und Fahren einhalten und in keiner Weise beeinträchtigt sind. Aber die Zahl derjenigen, denen der Grenzwert trotz Nüchternheit eine „Drogenfahrt“ zuschreibt, ist erheblich gesunken. Außerdem wurden auch die Voraussetzungen für MPU-Anordnung und Führerscheinentzug denen bei Alkohol zumindest teilweise angeglichen.

Unter dem Strich kann man jedenfalls sagen, dass das KCanG die massenhafte Verfolgung einfacher Cannabiskonsumenten effektiv beendet hat.

Und das ist nicht nur eine statistische Aussage. Das CanG hat das Lebensgefühl vieler Konsumenten erheblich verbessert. Es ist eine ungeheure Erleichterung für Menschen, die sich selbst als produktiver Teil der Gesellschaft, Steuerzahler und ehrbare Bürger betrachten, wenn sie wegen ihres bevorzugten Genussmittels keine Angst vor der Polizei mehr haben müssen. Diese Erleichterung bekommen wir beim DHV viel-

fach in Kommentaren und persönlichen Begegnungen gespiegelt. Das wirkt sich auch positiv aus auf das Verhältnis der Leute zu Staat und Demokratie.

Internationale Einordnung

Ganz vorne dabei ist Deutschland aber nun nicht nur, was die Reduzierung des Verfolgungsdrucks angeht. Es gibt mehrere europäische Länder, die auf die eine oder andere Weise Cannabiskonsumenten entkriminalisiert haben, wo also der Besitz geringer Mengen Cannabis nicht bestraft wird. Das gilt auch für den Eigenanbau und auch für Cannabis Social Clubs (CSCs), die besonders in Spanien weit verbreitet sind. In den Niederlanden gibt es sogar die Coffeeshops, in denen Erwachsene ihr Cannabis kaufen können. Das fühlt sich eigentlich am meisten nach Legalisierung an, obwohl der Schwarzmarkt mit Anbau, Import und Großhandel an der Hintertür der Coffeeshops beginnt.

All diesen Beispielen ist aber gemein, dass sie nicht formal legal sind, sondern lediglich trotz Illegalität geduldet werden.

Das ist in Deutschland anders. Hier ist jetzt der Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis in der Öffentlichkeit tatsächlich vollkommen legal. Man kann einer Polizistin sein Gras zeigen, sie daran schnuppern lassen und unbehelligt damit weiterziehen. Hier wird nicht geduldet, hier wird nicht weggeguckt, hier ist es einfach legal. Das Gleiche gilt für den Anbau von bis zu drei Pflanzen und für die Anbauvereine. Deutschland ist hier seinem Ruf gerecht geworden, immer alles sehr bürokratisch und korrekt zu machen. Das hat Nachteile, gibt aber auch eine gewisse Sicherheit, während z.B. der Betrieb eines CSC in Spanien im Prinzip jederzeit von den Behörden beendet werden kann. Diese im Grundsatz sehr konsequente Umsetzung ist in Europa neu. Allerdings hat Deutschland das nicht erfunden. Das kleine Malta hat es vorgemacht: vollkommen legaler Besitz, Eigenanbau und Anbauvereine. Allerdings sind die deutschen Regeln in manchen Details ein wenig liberaler als die in Malta. Mittlerweile ist auch Tschechien dieser konsequenten Entkriminalisierung gefolgt, allerdings ohne die Anbauvereine.

Insgesamt gehört Deutschland seit dem CanG zu den liberalsten Ländern der Welt.

Nur zwei Nationalstaaten sind bisher noch weitergegangen und haben den Handel mit nichtmedizinischem Cannabis gesetzlich reguliert, also den Verkauf in Apotheken bzw. in Fachgeschäften zugelassen, nämlich Uruguay und Kanada. Darüber hinaus wohnt mittlerweile mehr als die Hälfte der US-Bevölkerung in Staaten, die ebenfalls den Verkauf in Fachgeschäften reguliert haben. Formal weniger klar geregelt ist der Verkauf von Cannabis in Shops in den Niederlanden und zum Beispiel in Thailand, wo zumindest theoretisch nur medizinisches Cannabis legal verkäuflich ist. Hinter diesen Beispielen folgen dann in der Rangliste der Länder mit einer liberalen Cannabispolitik schon die Länder mit einer weitgehenden Entkriminalisierung der Konsumenten – wie in Deutschland. Natürlich gibt es neben Thailand noch weitere Beispiele für einen recht einfachen Zugang zu medizinischem Cannabis. Aber auch in dieser Hinsicht ist Deutschland Vorreiter in Europa.

Viele unsinnige Regelungen im Detail

Auch wenn das CanG grundsätzlich ein riesiger Schritt nach vorne war, gibt es sehr viele Kritikpunkte im Detail. Das Gesetz ist ein typisch deutsches Bürokratiemonster und es enthält eine Vielzahl von unsinnigen und dysfunktionalen Details sowie diverse Unklarheiten, die für Konsumenten, Polizei und Gerichte gleichermaßen ärgerlich sind. Alle Verbesserungsvorschläge des DHV[3] aufzuzählen, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Deshalb seien hier beispielhaft nur drei Punkte genannt:

Die *Besitzobergrenze* für zu Hause i.H.v. 50 Gramm ist unsinnig und insbesondere in Kombination mit dem legalen Eigenanbau von 3 Pflanzen nicht praktikabel. Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie weit wir noch von einer Gleichstellung mit Alkohol entfernt sind. Zumindest sollte die Obergrenze auf 600 Gramm festgelegt werden, so dass die Jahresernte der Höchstmenge entspricht, die Mitglieder in Anbauvereinigungen jährlich bekommen können (12x50g). In Kanada und den Legalize-Staaten der USA gibt es zum Teil gar keine Obergrenze für die eigenen vier Wände.

Die *Abstandsregelungen* sowohl für den Konsum von Cannabis als auch für Standorte von Anbauvereinigungen haben keinen präventiven Wert. Sie sind reine Symbolpolitik. Im Fall der Anbauvereinigungen macht das Gebot von 200 Metern Abstand zu Schulen, Kitas etc. die Standortsuche in manchen Ballungsgebieten unmöglich, obwohl die Anbau- und Abgabestandorte von außen gar nicht als solche erkennbar sein dürfen. Im Fall des Konsumverbots in Sichtweite dieser Einrichtungen sind Durchsetzbarkeit und Verständlichkeit der Regel kaum gegeben. Außerdem ist dies eine nicht medizinisch zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zum Tabakkonsum.

Das *Verbot des Cannabiskonsums in Anbauvereinigungen* ist eine unsinnige Schikane gegen Cannabiskonsumenten. Man stelle sich ein Konsumverbot für Bier in den Räumlichkeiten eines Vereins von Hobbybrauern vor! Zudem ist das Konsumverbot gesundheitspolitisch fragwürdig. Anbauvereinigungen sind Orte, in denen sich ausschließlich Erwachsene aufhalten dürfen. Der Kinder- und Jugendschutz ist hier immer zu 100 % gegeben. Zudem verfügt jede Anbauvereinigung über einen Präventionsbeauftragten, dessen Potenzial verpufft, wenn der soziale Konsum vor Ort verboten ist. Der Konsum wird ins Private verdrängt, wo mitunter soziale Auffangmechanismen fehlen.

Gesundheitliche Auswirkungen des CanG/ Evaluation

Das CanG hat also die Konsumenten weitgehend entkriminalisiert. Aber welche Folgen hatte es sonst bisher? Um das herauszufinden, läuft ein Forschungsprojekt mit dem Namen EKOCAN[4] im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Diese Evaluation ist sogar im KCanG vorgeschrieben und wird durchgeführt vom ZIS in Hamburg sowie den Universitäten Tübingen und Düsseldorf. Mittlerweile liegt der zweite Zwischenbericht[5] vor:

3 https://hanfverband.de/die-politischen-forderungen-des-dhv
4 https://www.uke.de/landingpage/ekocan/
5 https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/18530

„Kinder- und Jugendschutz

Nach den verfügbaren Informationen ist die Konsumprävalenz von Cannabis unter Jugendlichen nach der Teillegalisierung stabil oder sogar leicht rückläufig. Weiterhin ist es infolge der Teillegalisierung bislang nicht zu einem Rückgang der Risikowahrnehmung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen gekommen – tendenziell ist das Gegenteil der Fall. Ein sprunghafter Anstieg cannabisbezogener Konsumprobleme ist bisher ebenfalls nicht zu beobachten."

„Gesundheitsschutz

Unter Erwachsenen ist seit etwa 15 Jahren eine zunehmende Verbreitung von Cannabis zu beobachten. Parallel zu dieser Entwicklung nahm auch die Häufigkeit gesundheitlicher Probleme durch den Konsum zu. Diese Entwicklung scheint sich auch nach der Teillegalisierung fortzusetzen, wobei ein maßgeblicher, kurzfristiger Einfluss des KCanG auf Basis der bis jetzt zur Verfügung stehenden Daten nicht beobachtet werden konnte."

Besonders konservative Politiker haben immer wieder davor gewarnt, welch große Gefahr das CanG für Jugendliche sei und wie groß die gesundheitlichen Gefahren. Bis jetzt ist allerdings kein Konsumanstieg bei Jugendlichen messbar. Bei jungen Erwachsenen setzt sich lediglich der Trend fort, ohne sichtbaren Einfluss durch das CanG.

Es scheint mehr Krankenhausaufenthalte nach Cannabiskonsum zu geben. Ob das ein durch das CanG verursachtes Problem ist, bleibt allerdings noch unklar. Es gibt diverse Erklärungsansätze dafür, z.B. Änderungen bei der statistischen Einstufung durch Ärzte, eine aufgrund der wegfallenden Repression höhere Bereitschaft von Konsumenten, sich Hilfe zu holen, falsche Einstufung von Problemen, die durch synthetische Cannabinoide entstehen u.a. Im Vergleich zu Krankenhauseinweisungen wegen Alkohol bewegen sich die Zahlen ohnehin auf sehr niedrigem Niveau.

Das heißt natürlich nicht, dass Cannabis keine Probleme verursachen kann. Die Frage ist nur, inwiefern die Entkriminalisierung durch das CanG einen negativen Einfluss darauf hat. Und in dieser Hinsicht gibt es bisher wenig Evidenz.

Polizei & Kriminalität, Weiß-, Grau & Schwarzmarkt

Viele Vertreter von Polizei und Justiz sowie konservative Politiker und Innenminister waren immer gegen die Cannabisreform und haben vor mehr Arbeit für sie sowie vor steigender Kriminalität und wachsendem Schwarzmarkt gewarnt. Auch nach Inkrafttreten des CanG behaupten das immer noch viele von ihnen.

Nun ist es der Job von Polizeigewerkschaften, über zu viel Arbeit zu klagen, um z.B. mehr Stellen und bessere Bezahlung zu verlangen.

Angesichts des drastischen Rückgangs der zu bearbeitenden Fälle (s.o.) werden die herangezogenen Argumente für angebliche Mehrarbeit durch das CanG aber dünn[6].

Die Polizei müsse jetzt immer eine Waage dabeihaben, um zu schauen, ob Verdächtige vielleicht mehr als 25 Gramm dabei haben. Als ob sie früher das Cannabis nicht gewogen hätten, wenn sie eine Anzeige aufgenommen haben – was sie sich heute in 95 % der Fälle sparen können. Die Polizei müsse neuerdings die Abstandsregeln für den Konsum überwachen. Auch das stimmt nicht. Die Polizei ist nicht automatisch für die Ahndung von Ordnungswidrigkeiten zuständig. In einigen Bundesländern wird offenbar ohnehin kaum Bedarf gesehen, diese Regeln besonders streng durchzusetzen. In Sachsen-Anhalt wurden zum Beispiel von August 2024 bis März 2026 nur 18 Bußgeldbescheide verschickt.[7]

Insbesondere Landesinnenminister der CDU behaupten immer noch, der Schwarzmarkt wachse nach Inkrafttreten des CanG und die Organisierte Kriminalität profitiere davon. Das wird in den Medien oft unkritisch wiedergegeben, obwohl die Minister außer der Autorität ihres Amtes keinen Nachweis für diese Behauptung bringen können.

Sie behaupten einfach[8], der Bedarf sei gestiegen und könne durch das legale Angebot nicht gedeckt werden, wobei sie sich auf die langsam vorankommenden Anbauvereine beziehen und sowohl den boomenden Eigenanbau als auch die massiven Importe von medizinischem Cannabis ignorieren. Ebenso dass es laut EKOCAN gar keinen wesentlichen Konsumanstieg gibt.

Das einzige Argument, das auf den ersten Blick für einen wachsenden Schwarzmarkt spricht, ist die Zunahme von Beschlagnahmungen insbesondere an Häfen und Flughäfen. Das dürfte aber vor allem daran liegen, dass sich die Handelswege verändern. Es kommt weniger Cannabis aus Marokko, das, wenn überhaupt, eher in Spanien abgefangen wird, aber nicht im LKW an der Grenze. Dafür kommt mehr Cannabis aus den USA und Thailand, was zum Import über Häfen und Flughäfen führt und ein größeres Entdeckungsrisiko mit sich bringt. Unklar ist auch, wie viel von dem beschlagnahmten Cannabis überhaupt für den deutschen Markt bestimmt war.

Letztlich sind Nachfrage und legales Angebot entscheidend für die Größe des verbleibenden Schwarzmarktes, egal wie viel Cannabis die Polizei irgendwo findet.

Da die Nachfrage nicht wesentlich gestiegen ist (s.o.), reduziert jedes legale Gramm aus Eigenanbau, den Anbauvereinen und aus der Apotheke logischerweise den Schwarzmarkt. Es gibt viele Hinweise darauf, dass seit dem CanG viel mehr Cannabis im Eigenanbau produziert wird[9], aber das lässt sich schwer in Zahlen fassen. Die Anbauvereine kommen langsam in Gang. Mittlerweile gibt es ca. 450 genehmigte CSCs[10], die allerdings nicht alle tatsächlich anbauen. Bayern z.B. verhindert den Anbau selbst bei grundsätzlich

6 https://www.zeit.de/news/2025-05/18/weniger-delikte-mehr-arbeit-polizei-gegen-cannabis-gesetz
7 https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/cannabis-verstoss-bussgeld-100.html
8 https://www.tagesspiegel.de/berlin/nach-cannabis-legalisierung-minister-kritisiert-cannabis-reform-schwarzmarkt-profitiert-15409462.html
9 https://www.frankfurt-university.de/de/news/n-pressemitteilungen/cannabis-aus-dem-eigenen-anbau-statt-ueber-dealerinnen/
10 https://anbauverband.de/antrags-und-genehmigungszahlen/

genehmigten Vereinen über baurechtliche Tricks. Und im Vergleich zu Online-Apotheken haben CSCs immer noch viele Nachteile, die ihnen den Start erschweren.

Beim medizinischen Cannabis dagegen ist die Datenlage gut. Da das CanG nicht nur per KCanG die Konsumenten und den Eigenanbau entkriminalisiert, sondern per MedCanG auch die Verschreibung von medizinischem Cannabis vereinfacht hat, boomt dieser Bereich. Das betrifft nicht so sehr Verschreibungen auf Kassen-Rezept, sondern vor allem Privatrezepte, bei denen die Patienten ihr Cannabis selbst bezahlen. Viele Patienten, die sich das leisten können und jahrelang Probleme hatten, eine Ärztin zu finden, die ihnen Cannabis verschreibt, profitieren davon. Aber es sind sicherlich mangels Alternative auch normale Konsumenten unter denjenigen, die das Angebot der Telemedizin-Plattformen in Anspruch nehmen.

So kommt es, dass in 2025 ca. 200 Tonnen medizinisches Cannabis legal importiert wurden[11]. Vor dem CanG, also 2023, waren es nur 32 Tonnen[12]. Der Import von medizinischem Cannabis ist also seit Inkrafttreten des CanG um ca. 170 Tonnen pro Jahr gestiegen. Außerdem wird seit dem CanG auch in Deutschland mehr medizinisches Cannabis angebaut.

Im ersten EKOCAN-Zwischenbericht[13] hat sich das Forscherteam ausführlich mit der Frage auseinandergesetzt, wie groß der Markt für Cannabis in Deutschland ist, also die gemeinsame Nachfrage von Genusskonsumenten und Patienten, die sich ja bisher ebenfalls zu einem erheblichen Teil auf dem Schwarzmarkt bedienen mussten. Ergebnis: 670 bis 823 Tonnen.

Allein die um 170 Tonnen gestiegenen legalen und versteuerten Importe von medizinischem Cannabis decken also neuerdings 20 bis 25 Prozent des bisherigen Schwarzmarktes. Dazu kommt eine nicht genau bezifferbare legale Produktion durch Eigenanbau und Anbauvereine.

Es ist also offensichtlich, dass der Schwarzmarkt durch das CanG kleiner geworden ist. Die Behauptung, das Gesetz sei ein Konjunkturprogramm für Kriminelle ist absurd[14].

Im zweiten EKOCAN-Zwischenbericht[15] heißt es dazu:

"Diese Befunde sprechen dafür, dass das in Deutschland konsumierte Cannabis in zunehmendem Maße aus grundsätzlich legalen Quellen stammt."

Allerdings kann man natürlich darüber streiten, ob Apotheken der richtige Ort sind, um Cannabis als Genussmittel zu verkaufen.

Klar ist jedenfalls, dass ohne Fachgeschäfte, in denen Erwachsene Cannabis kaufen können, die Reduzierung des Schwarzmarktes nur begrenzt voranschreiten kann. Es stimmt, dass der Schwarzmarkt kleiner geworden ist, aber es stimmt genauso, dass ein großer Teil übrig bleibt für diejenigen, die nicht selbst anbauen wollen oder können,

11 https://krautinvest.de/cannabis-importe-belaufen-sich-2025-auf-2011-tonnen/
12 https://www.aerzteblatt.de/news/massiver-anstieg-bei-import-von-medizinischem-cannabis-61db79f5-3ae6-4d15-b21d-9f56c893222c j
13 https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/17993
14 https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/ist-cannabis-legalisierung-ein-konjunkturprogramm-fuer-organisierte-kriminalitaet-19884826.html
15 https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/18530

die keinem Verein beitreten wollen oder können und für diejenigen, die Hemmungen haben, sich ein Rezept zu besorgen.

Legalisierung gescheitert

Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung von 2021[16] hieß es:

„Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein."

Vereinbart war also nicht nur die Entkriminalisierung der Konsumenten, sondern auch eine umfassende Regulierung des Handels inklusive lizenzierten Geschäften. Das ist, was Fachleute unter „Legalisierung" verstehen. Für den existierenden Markt einen legalen Rahmen zu schaffen, den Verkauf von Cannabis unter bestimmten Bedingungen zu ermöglichen.

Keine Legalisierung wegen EU-Recht

Nach langem Hin und Her, nach monatelangen Diskussionen zwischen Gesundheitsministerium und EU-Kommission, die laut dem damaligen Gesundheitsminister Lauterbach angeblich positiv verliefen, hieß es plötzlich Ende März 2023, diese umfassende Regulierung des Marktes sei nicht vereinbar mit EU-Recht[17].

Das BMG stelle neue Eckpunkte[18] vor, die nun ein Zwei-Säulen-Modell vorsahen. Säule 1 wurde mit dem CanG umgesetzt, die umfassende Entkriminalisierung der Konsumenten durch legalen Besitz, Eigenanbau und gemeinsamen Eigenanbau in Clubs. Säule 1 beinhaltet damit aber keinerlei Elemente einer Legalisierung im Sinne eines regulierten Verkaufs. Auch die Anbauvereine sind ausdrücklich so angelegt, dass sie kein Cannabis an Dritte verkaufen, sondern dass dort gemeinsam angebaut und die Ernte untereinander aufgeteilt werden soll. Jedes Mitglied muss in irgendeiner Weise mit Hand anlegen. Das von Lauterbach erfundene Wording „Teil-Legalisierung" ist also eine PR-Mogelpackung. Es gab keine Legalisierung, auch nicht teilweise.

Säule 2 – Wo bleiben die Fachgeschäfte?

Immerhin einen testweisen Einstieg in den regulierten Verkauf hatte Lauterbach mit seinen neuen Eckpunkten angekündigt. Denn eine vollständige Marktregulierung ist zwar auch nach Ansicht der meisten Juristen tatsächlich derzeit nicht mit EU-Recht vereinbar, wohl aber wissenschaftlich begleitete, regional und zeitlich begrenzte Modellprojekte, bei denen verschiedene Modelle des Verkaufs von Cannabis erprobt werden. Die Schweiz macht gerade sehr schön vor, wie das funktionieren kann. In diversen Schweizer Städten werden unterschiedliche Modelle ausprobiert, um herauszufinden,

16 https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
17 https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/cannabis-legalisierung-gesetzentwurf-lauterbach-europarecht-wegge-spd-beschluss
18 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Cannabis/Eckpunkte_2-Saeulenmodell_Cannabis.pdf

welche Regeln für eine spätere Legalisierung am besten geeignet sind[19]. Dass so etwas auch in der EU nicht nur theoretisch möglich ist, zeigt derzeit ein Modellversuch in den Niederlanden[20], die derzeit in mehreren Städten die Produktion von Cannabis für die Coffeeshops durch lizenzierte Unternehmen erproben. In den teilnehmenden Städten ist auf diese Weise tatsächlich jeweils ein regional und zeitlich begrenzter legaler Markt für Cannabis entstanden.

Für die Rahmenbedingungen, unter denen solche kommunalen Modellprojekte in Deutschland ermöglicht werden sollten, hat Lauterbach ein eigenes Gesetz angekündigt und dafür den Begriff „Säule 2" verwendet. Anders als heute viele glauben, geht es bei „Säule 2" also nicht um eine vollständige Regulierung des Marktes in Deutschland mit Fachgeschäften für Cannabis, eben eine echte Legalisierung, sondern ausschließlich um die Ermöglichung solcher begrenzten EU-konformen Modellprojekte.

Für diese Modellprojekte hat Lauterbach vielfach einen eigenen Gesetzentwurf angekündigt. Zum Beispiel in der Tagesschau vom 12.04.2023 kündigte er einen solchen Gesetzentwurf für „nach der Sommerpause" an[21]. Zurückgenommen hat Lauterbach diese Ankündigung eines „Säule-2-Gesetzes" nie, aber auch nicht geliefert. Er hat das Thema einfach sang- und klanglos versanden lassen.

Allerdings gibt es in § 2 (4) KCanG[22] eine sogenannte Forschungsklausel, die auch ohne ein spezielles weiteres Gesetz Modellprojekte zur Cannabisabgabe ermöglicht:

„(4) **Wer** Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken besitzen, anbauen, herstellen, einführen, ausführen, erwerben, entgegennehmen, abgeben, weitergeben, Cannabinoide aus der Cannabispflanze extrahieren oder **mit Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken Handel treiben will, bedarf einer Erlaubnis.** [...] Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft legt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die für die Erteilung der Erlaubnis nach Satz 1 [...] zuständige Bundesbehörde fest."

Der damals zuständige Landwirtschaftsminister Cem Özdemir (Grüne) hat sich leider sehr viel Zeit für die Bestimmung dieser Behörde gelassen und erst kurz vor dem Zusammenbruch der Ampel-Regierung im Dezember 2024 die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) zur zuständigen Behörde für entsprechende Forschungsanträge erklärt[23]. Daraufhin wurden sofort mehrere große, ernst zu nehmende Anträge auf kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe eingereicht, unter anderem von Frankfurt[24], Wiesbaden, Hannover und einigen Berliner Bezirken[25].

Kurz danach übernahm die schwarz-rote Koalition und Özdemir wurde als oberster Dienstherr der BLE durch Landwirtschaftsminister Alois Rainer (CSU) ersetzt. Seitdem wurden viele Anträge auf kommunale Modellprojekte abgelehnt und kein einziger genehmigt. Mittlerweile befinden sich mehrere Projekte im Widerspruchsverfahren

19 https://www.infodrog.ch/de/aktivitaeten/cannabis.html#pilotversuche-mit-cannabis-in-den-kantonen
20 https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/controlled-cannabis-supply-chain-experiment/background-information-and-experiment-design
21 https://www.tagesschau.de/multimedia/video/video-1180865.html ab min 4:53
22 https://www.gesetze-im-internet.de/kcang/__2.html
23 https://www.bmleh.de/SharedDocs/Archiv/Pressemitteilungen/2024/142-vo-cannabis-forschung.html
24 https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-wartet-auf-genehmigung-des-cannbisprojekts-93506570.html
25 https://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/aktuelles/pressemitteilungen/2024/pressemitteilung.1512276.php

gegen die Ablehnungen. Offensichtlich sind die Modellprojekte nicht gewollt. Kein Wunder: die Union hat im Wahlkampf viel Wert darauf gelegt, das CanG komplett zurücknehmen zu wollen. Insbesondere die CSU hat sich mit einer extrem cannabisfeindlichen Kampagne hervorgetan. Als Argument für die Ablehnungen der Anträge verweist die BLE auf Lauterbachs alte Aussagen, dass es für solche Modellprojekte ein gesondertes Gesetz brauche. Meine Anfrage, was denn wohl mit dem real existierenden Gesetzestext bezüglich des grundsätzlich erlaubnisfähigen „Handels mit Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken" laut § 2 (4) KCanG gemeint sein soll, wenn nicht die kommunalen Modellprojekte, ließ die BLE unbeantwortet.

Die Chance, dass es noch in dieser Legislaturperiode zur Genehmigung kommunaler Modellprojekte kommt, ist also nicht besonders hoch. Aber es ist auch nicht unmöglich. Einerseits könnten die Antragsteller eine Genehmigung möglicherweise vor Gericht durchsetzen, da die Formulierung der Forschungsklausel die grundsätzliche Genehmigungsfähigkeit beinhaltet. Ob das letztendlich die Richter auch so sehen, bleibt aber unsicher. Vor allem können darüber aber viele Jahre vergehen, so dass die unionsgeführte Regierung solche Prozesse eventuell einfach aussitzen und das Ergebnis in die nächste Legislaturperiode verschieben will. Andererseits gibt es aber auch innerhalb der Union mittlerweile Diskussionen darüber, wie es in Sachen Cannabispolitik weitergehen soll. Anders als die CSU scheint die CDU, mal abgesehen von diversen Innenministern, insgesamt nicht mehr zurückkehren zu wollen zum totalen Krieg gegen die Konsumenten und der alten Massenverfolgung. Gleichzeitig keimt hier und da die Einsicht auf, dass die Ware irgendwo herkommen muss, wenn man den Konsum als nicht moralisch verwerflich und nicht als strafbar akzeptiert. So hat sich z.B. der Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Hendrik Streeck (CDU), mittlerweile mehrfach dafür ausgesprochen, Modellprojekte zur Cannabisabgabe zuzulassen[26]. Auch seine Vorgängerin als drogenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion Simone Borchardt, hat sich bereits offen gezeigt für „kontrollierte Abgabemodelle"[27]. Ob diese ersten Ansätze einer möglichen Positionsänderung noch in dieser Legislatur so weit tragen, dass sie einen CSU-Minister dazu bringen, Modellprojekte auf den Weg zu bringen, darf bezweifelt werden. Wie in den letzten Jahrzehnten dürften weitere Fortschritte in der Cannabispolitik eher eine langwierige Angelegenheit werden. Rückschritte erscheinen im Moment wahrscheinlicher.

Rückschritte zu erwarten?

Im Wahlkampf vor der Bundestagswahl Anfang 2025 hatten CDU und insbesondere CSU die vollständige Rücknahme des CanG zu einer hohen Priorität gemacht. Auch in den anschließenden Koalitionsverhandlungen war das Thema lange als strittig gekennzeichnet. Doch die SPD hat standgehalten. Die Sozialdemokraten haben es geschafft, konkrete Rückschritte beim CanG im Koalitionsvertrag[28] zu vermeiden. Es wurde lediglich vereinbart, „Im Herbst 2025 führen wir eine ergebnisoffene Evaluierung des Gesetzes zur Legalisierung von Cannabis durch."

26 https://www.rnd.de/politik/drogenbeauftragter-streeck-offen-fuer-modellversuche-zum-legalen-verkauf-von-cannabis-NQDMK2IATBEODOBVZHMDJVKGZ4.html

27 https://www.abgeordnetenwatch.de/profile/simone-borchardt/fragen-antworten/wie-wird-die-cdu-diesen-willen-der-buerger-rechnung-tragen

28 https://www.cdu.de/app/uploads/2025/04/KoaV-2025-Gesamt-final-0424.pdf

Damit hat die Union kein zwingendes Druckmittel mehr, innerhalb dieser Legislaturperiode Rückschritte beim CanG gegenüber der SPD durchzusetzen – solange die SPD nicht freiwillig mitmacht bzw. auf dem politischen Basar Rückschritte bei Cannabis gegen irgendein anderes Thema eintauscht. Bis vor Kurzem hat die SPD auch tatsächlich zu 100 % standgehalten gegen alle rückwärtsgewandten Forderungen der Union.

Diese versuchte von Anfang an, insbesondere gegen den massiven Boom bei medizinischem Cannabis vorzugehen, auch weil die bis vor Kurzem amtierende Gesundheitsministerin Warken bei dem Thema offenbar besonders motiviert war. Ihr Gesetzentwurf zur Abschaffung von Cannabis-Rezepten per Telemedizin und das Verbot von Cannabis-Online-Apotheken sind im Nirvana gelandet. Lediglich eine Verpflichtung dazu, bei der Erstverschreibung einen persönlichen Arztkontakt vorzuschreiben, der auch online möglich wäre, also die Abschaffung reiner „Klickrezepte", wäre bei allen Fraktionen im Bundestag Konsens und schnell umsetzbar gewesen. Da die Union auf ihre viel radikaleren Forderungen offenbar nicht verzichten will, ist der gesamte Gesetzentwurf bisher im Gesundheitsausschuss nicht weiter verfolgt worden. Die SPD hat damit verhindert, dass hunderte Tonnen Cannabis mit bis zu einer Milliarde Euro Umsatz wieder auf den Schwarzmarkt zurückgedrängt werden.

Dammbruch GKV & medizinisches Cannabis?

Allerdings gab es dann zuletzt doch einen ersten großen Rückschritt im Umgang mit Cannabis in Deutschland. Und das betrifft ausgerechnet schwer kranke Patienten, denen keine andere Medikation zur Verfügung steht. Im Rahmen des kurz vor der Sommerpause verabschiedeten sehr umfangreichen GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) wurde auch die Erstattung von medizinischem Cannabis durch die Gesetzlichen Krankenkassen massiv eingeschränkt. Insbesondere Cannabisblüten sind gar nicht mehr erstattungsfähig. Zumindest Neupatienten müssen nun zwingend zuerst einen Therapieversuch mit Fertigarzneimitteln durchführen, bevor sie auf die große Bandbreite der zur Verfügung stehenden Extrakte zugreifen können, die davon abgesehen weiterhin erstattungsfähig bleiben. Durch den Wegfall der Blüten kann nun kein inhalierbares Cannabispräparat mit entsprechend schnellem Wirkungseintritt mehr von der GKV erstattet werden.

Das trifft nicht etwa „Spaßkiffer", die sich per Rezept versorgen. Denn die GKV-Erstattung ist an viel strengere Voraussetzungen gebunden als Privatrezepte, bei denen die Patienten das Cannabis selbst bezahlen. Für die GKV-Erstattung muss es sich um schwere Erkrankungen handeln und andere Medikamente müssen vorher ausprobiert werden. Viele Ärzte lassen sich auf diesen umfangreichen Prozess gar nicht erst ein und die Krankenkassen gehen damit äußerst restriktiv um. Viele Patienten mussten sich die Erstattung vor den Sozialgerichten erkämpfen. Oft sind die Betroffenen gar nicht arbeitsfähig und haben kein ausreichendes Einkommen für Privatrezepte. Je nach Erkrankung sind sie aber auf das schnelle Anfluten der Wirkung durch Inhalation von Blüten angewiesen. Es handelt sich also um einen besonders unsozialen Rückschritt, den die Union hier durchgesetzt hat. Dass die SPD ausgerechnet an der Stelle nachgegeben hat, ist insofern unverständlich.

Ob mit dieser Änderung tatsächlich eine Einsparung erreicht werden kann, was ja Sinn des GKV-BStabG ist, darf bezweifelt werden. Denn bezogen auf den jeweiligen

THC-Gehalt sind Extrakte und Fertigarzneimittel teurer als Blüten. Wenn nun ein großer Teil derjenigen, die bisher Blüten erstattet bekommen, bei gleichem THC-Gehalt auf Extrakte und Fertigarzneimittel umsteigen, dürfte das zu erheblichen Mehrausgaben führen.

Monopol für Parteispenden?

Der GKV-Beschluss zieht außerdem dadurch Kritik auf sich, dass davon ein Unternehmer massiv profitiert, der vor der Bundestagswahl fast eine halbe Million Euro an mehrere Parteien gespendet hatte. Der Milliardär Clemens Fischer hatte unter anderem 200.000 Euro an die CSU, 100.000 Euro an die SPD und 90.000 Euro an die CDU gespendet[29], also die Parteien der Regierungskoalition, die ihm nun mit dem GKV-Beschluss ein Beinahe-Monopol beschert haben.

Ursprünglich war nur die Streichung der Blüten aus der Erstattung geplant. Kurzfristig beschloss der Gesundheitsausschuss dann aber mit den Stimmen von CDU, CSU und SPD die zusätzliche Klausel, dass zunächst ein Therapieversuch mit einem zugelassenen Fertigarzneimittel erfolgen muss. Derzeit ist nur ein THC-haltiges Fertigarzneimittel auf dem Markt[30], nämlich das Mundspray Sativex, das bisher nur einen überschaubaren Marktanteil hat und u.a. wegen des enthaltenen Alkohols nicht von allen Patienten gut vertragen wird. Kurz vor dem GKV-Beschluss von Schwarz-Rot ist allerdings ein zweites THC-haltiges Fertigarzneimittel zugelassen worden, nämlich Exilby von der Firma Vertanical[31], die wiederum dem Milliardär Clemens Fischer gehört. Dieses Präparat ist noch gar nicht auf dem Markt erhältlich und zumindest für die Einführungsphase kann Fischer den Preis selbst festlegen. Fischers Firma wird also bald einen Großteil der Cannabispatienten mit seinem Fertigarzneimittel beliefern – vermutlich zu Mondpreisen und mit erheblichen Mehrkosten für die GKV.

Wie weiter?

Dass sich die Union nach 1,5 Jahren „großer" Koalition mit dem GKV-Beschluss zum ersten Mal gegenüber der SPD mit einem erheblichen Rückschritt durchgesetzt hat, macht vielen in der Community Sorgen, dass das erst der Anfang gewesen sein könnte, auch wenn es dafür bisher keine konkreten Anhaltspunkte gibt. Die SPD-Fraktion hat jedenfalls mit dem Koalitionsvertrag im Rücken die Möglichkeit, weitere Rückschritte zu verhindern. Allerdings hat die SPD gleichzeitig auch keinerlei Druckmittel, gegenüber der Union weitere Fortschritte durchzusetzen.

Weitgehender Stillstand und der Erhalt der Errungenschaften des CanG scheinen unter einer CDU-geführten Regierung das Beste zu sein, was erreicht und erwartet werden kann.

29 https://www.businessinsider.de/politik/clemens-fischer-darum-spendete-ich-vor-der-wahl-560-000-euro-an-parteien/

30 Es gibt noch ein Fertigarzneimittel, das nur CBD, aber kein THC enthält, und eins mit Nabilon, einem THC-ähnlichen synthetischen Wirkstoff.

31 https://www.apotheke-adhoc.de/rubriken/detail/medizinisches-cannabis/zulassung-fuer-exilby-cannabis-fertigarzneimittel-ab-september/

6 Opioide

Menschen stärken, Barrieren abbauen – Ergebnisse der Wi:Nu:K - Studie

Rita Hansjürgens, Rebekka Streck

Die Lebenssituation von Menschen, die Opioide konsumieren, in Wohnungslosigkeit und ohne Krankenversicherungsschutz leben, kennzeichnet sich durch Prekarität. Diese zeigt sich in sehr begrenzten Spielräumen, ein Leben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu gestalten sowie in Unsicherheit, Instabilität, Strafverfolgung und sozialen Abhängigkeiten von Versorgungssystemen der Kommune und des Gesundheitswesens. Von Mai bis November 2025 wurde in Berlin auf Initiative der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege die Wi:Nu:K Studie[1] (Hansjürgens et al. 2026) mit dem Ziel durchgeführt, die Lebenssituation dieser Menschen und deren Versorgungslage in Berlin zu untersuchen sowie Vorschläge zur Verbesserung zu entwickeln. Das multimodale Studiendesign bestand aus einer ethnografischen Felderkundung in niedrigschwelligen Versorgungseinrichtungen, Interviews mit Menschen ohne Krankenversicherung, Interviews mit Fachkräften aus der Versorgung und der partizipativen Entwicklung eines Wirkmodells der Versorgungssituation. Die Ergebnisse sowie Verbesserungsvorschläge werden hier wiedergegeben und diskutiert.

Ergebnisse der Befragung von Nutzenden der bisherigen Angebote

Im Rahmen ethnografischer Erkundungen an vier Standorten niedrigschwelliger Drogenarbeit konnten insgesamt problemzentrierte Interviews mit 14 Personen 12 unterschiedlicher Staatsbürgerschaften in den Sprachen Deutsch, Englisch, Russisch und Polnisch geführt werden. Die Auswertung der Daten erfolgte nach der Reflexive Thematic Analysis (Braun/Clarke 2022). Dabei zeigte sich, dass ein Leben ohne Wohnraum und in absoluter Armut nicht nur besondere Anstrengungen abverlangt, sondern auch ein gezieltes Nutzen des niedrigschwelligen Hilfesystems zur Bewältigung des Alltags erfordert.

Der Tagesablauf der Befragten wird maßgeblich durch den regelmäßigen Konsum von Opioiden strukturiert, den sie selbst als „Gesund-Machen" bezeichnen, da dieser schmerzhafte Entzugserscheinungen lindert. Eng damit verknüpft ist das „Geld-Machen", also die Organisation finanzieller Mittel für den Konsum. Die Finanzierung erfolgt sowohl durch legale Tätigkeiten wie Pfandsammeln, das Tür aufhalten, bspw. bei Banken oder niedrigschwellige Verdienstmöglichkeiten bei der örtlichen Drogenhilfe als auch durch illegale Aktivitäten wie Diebstahl oder Kleinsthandel. Keine der befragten Personen verfügte über ein regelmäßiges, verlässliches Einkommen. Illegale Einkommensquellen ermöglichen zwar schnellen Zugang zu Geld, erhöhen aber gleichzeitig den alltäglichen Stress durch Konfrontationen mit Polizei und Sicherheitsdiensten. Die Dynamik zwischen „Gesund-Machen" und „Geld-Machen" ist dabei eng miteinander verwoben: So wird etwa der Konsum reduziert, um weniger Geld

1 Der Abschlussbericht der Studie sowie das bearbeitbare Wirkmodell sind open acces zugänglich unter https://doi.org/10.58123/aliceopen-806

organisieren zu müssen, oder die Einnahmeform wird geändert, um strafrechtliche Verfolgung zu vermeiden, was wiederum die Konsumgewohnheiten beeinflusst. Der Opioidkonsum erfüllt in diesem Kontext eine doppelte Funktion – er erleichtert die unterschiedlichen Formen „Geld-zu-machen", erfordert aber gleichzeitig Organisation und hohe finanzielle Ressourcen.

Hinsichtlich der Schlafplätze wurde deutlich, dass Personen, die sich häufig gemeinsam mit anderen einen festen Schlafplatz organisieren konnten, eine deutlich stabilere Alltagsstruktur aufwiesen. Dabei spielten Absprachen mit dem Ordnungsamt sowie Unterstützungsnetzwerke in der Nachbarschaft eine zentrale Rolle. Räumungen von Schlafplätzen zerstören diese sozialen Netzwerke, die für den Alltag unerlässlich sind – etwa um gemeinsam auf den Schlafplatz zu achten, sich bei knapper Kasse zu unterstützen oder soziale Anerkennung durch wiederkehrende Kontakte zu erfahren. Gleichzeitig können einige soziale Kontakte auch eine Veränderung von Konsum- oder Finanzierungsgewohnheiten erschweren.

Einige der Befragten befanden sich bereits in einer über die Berliner Clearingstelle finanzierten Substitutionsbehandlung. Doch während für manche die Substitution eine deutliche Verbesserung ihrer Lebenssituation bedeutete, fiel es anderen schwer, den Ansprüchen an Verbindlichkeit und Kontinuität gerecht zu werden. Gründe für den Abbruch der Behandlung waren etwa Scham über Beikonsum, Unzufriedenheit mit der Menge des Substituts oder der zusätzliche Aufwand in der Tagesorganisation, den die regelmäßigen, eng terminierten Arztbesuche mit sich bringen. Einige, die nicht in Substitutionsbehandlung waren, betonten, dass sie sich ohne verlässlichen Wohnraum keine regelmäßigen Arzttermine vorstellen könnten. Andere hoben hervor, dass die Abhängigkeit von Methadon sie zusätzlich einschränken würde. Im Gegensatz dazu wurden die niedrigschwelligen Angebote in Berlin durchweg gelobt und als überlebensnotwendig hervorgehoben.

Drei zentrale Aspekte erschweren den Befragten die Veränderung ihrer Lebenssituation: Erstens befindet sich die Mehrheit in einer sozial- und aufenthaltsrechtlich oft unklaren oder perspektivlosen Situation. Komplizierte oder fehlende Zugänge zu sozialen Sicherheitssystemen, unklare Staatsbürgerschaft, Meldepflichten im Kontext von Asylverfahren in anderen Bundesländern oder offene Strafverfahren in Deutschland oder anderen europäischen Ländern erschweren es erheblich, die aktuelle Lebenssituation zu verbessern. Selbst begleitende Sozialarbeitende stoßen angesichts dieser bürokratischen Hürden und Unklarheiten an ihre Grenzen.

Zweitens erleben die Befragten in Ämtern, im Gesundheitssystem, bei Arbeitgebern oder auch im Straßenraum Stigmatisierung und Diskriminierung, die Gefühle von Scham verstärken und demotivierend wirken. Drittens erfordert die Organisation des Alltags in Bezug auf Konsum, finanzielle Mittel und Schlafplätze so viel Kraft, dass wenig Raum bleibt, um sich über die Zukunft Gedanken zu machen oder die sozialrechtliche Situation maßgeblich zu verbessern.

Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass die Gesprächspartner*innen bereits viele Krisen bewältigt haben und sehr flexibel ihre Lebenssituation gestalten. 13 der 14 Befragten haben eine Migrationsgeschichte, die sie teilweise in mehrere Länder geführt hat. Sie berichten von Phasen, in denen sie wenig oder gar nicht konsumiert haben, und von Anpassungen ihrer Lohnarbeitssituation sowie ihrer Konsumstruktur – sowohl in Bezug auf Menge als auch Applikationsform und Substanz. Dieses Wissen und die Erfahrung, in prekären Lebenssituationen autonom handeln zu müssen, spiegeln sich

auch in ihren Plänen wider, die sowohl kurzfristige Veränderungen als auch langfristige Ziele umfassen. Das Berliner Hilfesystem heben sie dabei als motivierend hervor, selbst wenn sie auch von negativen Erfahrungen berichten. Besonders gewürdigt wird die Möglichkeit der Finanzierung einer Substitution über die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen. Sowohl medizinische als auch soziale niedrigschwellige Unterstützung werden mit Dankbarkeit als nützlich hervorgehoben.

Insgesamt zeigen die Interviews, dass sich die Befragten mit viel Engagement um die Verbesserung ihrer Lebenssituation in der Prekarität fortwährend bemühen. Bürokratische Hürden, Strafverfolgung sowie eine wenig flexible Substitutionsbehandlung erschweren Veränderungen jedoch genauso wie Stigmatisierungserfahrungen und die Anstrengungen, die ein Leben ohne festen Wohnsitz mit sich bringt.

Ergebnisse der Fachkräftebefragung

Ziel der Fachkräftebefragung war es für die Versorgung zentrale Akteure (Keyinformed Persons) zu identifizieren, die mit der Zielgruppe arbeiten. Diese konnten vor allem im Bereich der niedrigschwelligen Sozialen Arbeit sowie der Clearingstelle gefunden werden, die eine Mittlerstellung zwischen niedrigschwelliger Suchthilfe und Gesundheitsversorgung insb. OST einnimmt.

Personen aus der direkten Versorgung mit OST konnten nicht interviewt werden. Insgesamt wurden 14 leitfadengestützte Interviews durchgeführt und ausgewertet (Kuckartz/Rädiker 2024). Im Ergebnis bestätigten die Fachkräfte viele Aspekte der durch die Nutzer*innenbefragung erhobenen Herausforderungen. Zugleich wurden die Themen Verständigung, Mobilität, Brüche durch Haftaufenthalte sowie Schwierigkeiten bei der Vermittlung in OST als strukturelle Herausforderung aus der Perspektive der Fachkräfte vertiefend beschrieben. Die Problematik einer unzureichenden Verständigung zeigt sich nicht nur bezogen auf unterschiedliche sprachliche Kompetenzen, sondern auch bei der Herstellung von Passung zwischen lebensweltlichem Wissen und bürokratischen Logiken. Zumeist muss erst durch die Fachkräfte entschlüsselt werden, welche Herausforderungen bestehen. Das fragmentierte und über Berlin verteilte Hilfesystem erfordert zudem eine hohe Mobilität der Adressat*innen, die häufig aufgrund von Armut, körperlichen Einschränkungen und einem durch Drogenkonsum und -beschaffung charakterisierten Alltag nicht möglich ist. Insofern sind die verstärkte Kooperation und die Frage der Verkürzung von Wegen sowohl bürokratisch als auch räumlich zentral. Schließlich fiel auf, dass es kein oder unzureichendes Übergangsmanagement aus Haft bei den Kurzstrafen in Berlin gibt. Das führt dazu, dass Menschen für wenige Wochen oder mehrere Monate in Haft kommen und im Anschluss genau in dieselbe Lebenssituation entlassen werden, die letztlich zu ihren Straftaten geführt hat. Schließlich bestätigen die Fachkräfte die Schwierigkeiten bei der Vermittlung in Substitution, die schon von den Nutzer*innen berichtet wurden. Hierbei hoben sie vor allem die Schwierigkeit hervor, dass einige Ärzt*innen Bedingungen an die Aufnahme in die Praxis stellen, wie bspw. Sprachkenntnisse oder ein gepflegtes Äußeres. Solche Einschränkungen erschweren die ohnehin herausfordernde Suche nach einem freien Substitutionsplatz in sozialräumlicher Nähe.

Ergebnisse Wirkmodell

In einem weiteren Schritt wurde auf der Basis der in der Fachkräftebefragung ermittelten Keyinformed Persons ein Wirkmodell (Ottmann/König 2023) der Versorgungssituation in Berlin erstellt. Hierzu gehören auch Personen der Zielgruppe selbst. Da diese für eine Teilnahme an den Workshops nicht zur Verfügung standen, nahmen stattdessen die Forschungspersonen teil, die die Interviews mit Adressat*innen geführt hatten. Das so erstellte Wirkmodell zeigt, wie Hilfemaßnahmen ineinandergreifen und über Aktivitäten insbesondere der niedrigschwelligen Drogenhilfe durch Sozialarbeitende Outcomes auf der Ebene der Zielgruppe entstehen (können), wenn auch nicht für alle Personen gleichermaßen. Insbesondere die Zielsetzungen der Stabilisierung der Lebenssituation und der nachhaltigen Teilhabe am Gesundheitssystem konnten als handlungsleitende Outcomes für das Versorgungssystem herausgearbeitet werden. Auf Grundlage des Wirkmodells zeigt sich, dass Versorgungsangebote insbesondere dann ihre Wirkung entfalten können, wenn sie niedrigschwellig, beziehungsorientiert und flexibel gestaltet sind. Eine Basisversorgung, aufsuchende Arbeit, psychosoziale Begleitung, sichere Konsumorte und kontinuierliche Präsenz der Fachkräfte ermöglichen verlässliche Erstkontakte und eine Stabilisierung des Alltags. Diese Maßnahmen werden von der Zielgruppe gut angenommen und dienen häufig als Ausgangspunkte für den Zugang zu medizinischen Hilfen. Substitution wird zwar als wirksam für die Stabilisierung identifiziert, ist für die Personengruppe jedoch nur schwer erreichbar aufgrund von mangelnden Plätzen, hohen Anforderungen an Mobilität und Verlässlichkeit, die die Personen aufgrund ihrer Situation nur schwer erfüllen können. Eine weitere Herausforderung ist die Gestaltung von Übergängen zwischen Organisationen, Zuständigkeiten, Personen und Orten, auch außerhalb des Organisierens von Substitution. Dieses ist jedoch bedeutsam um Kontaktabbrüche, sowie sich wiederholende bürokratische Neuanfänge zu vermeiden und Begleitung im möglichen Rahmen aufrechtzuerhalten. Hier gehen sonst viele Menschen „verloren“. Insofern weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit hin, sozialräumlich integrierte und mobile Angebote auszubauen. Einschränkungen bezüglich Mobilität, Orientierung und Zeitmanagement führen sonst weiterhin dazu, dass Menschen Angebote nicht erreichen oder abbrechen. Ergänzend sind Sprachmittlung, direkte Begleitung und offene bzw. leicht zugängliche Sprechstunden in direkter Nähe urbaner Treffpunkte wichtig. Die im Wirkmodell dokumentierten Outputs zeigen, dass auf der Organisationsebene produktive Kooperationen entstehen können, diese jedoch häufig von individuellen Initiativen oder günstigen Rahmenbedingungen abhängen. Systemisch gesicherte Kooperationen fehlen in der Fläche und zwischen einzelnen administrativen Einheiten (z. B. Sozial- und Gesundheitswesen, Justiz- und Sozialwesen usw.), sodass die Wirkung bestehender Angebote begrenzt bleibt. Dennoch kann konstatiert werden, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen über erhebliche Wirkpotenziale verfügen, jedoch nicht den gesamten Bedarf der Zielgruppe decken. Die Zielgruppe wird vor allem dort gut erreicht, wo Angebote niedrigschwellig, mobil und dezentral gestaltet sind. Die Analyse deutet darauf hin, dass die größten Versorgungslücken jene Menschen betreffen, die am wenigsten Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Hilfen haben, darunter Personen mit Migrationsbiografien, ohne Krankenversicherung, Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Personen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen und instabilen Lebensverhältnissen.

Impulse zur Weiterentwicklung des Unterstützungssystems

Die Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung, der Fachkräftebefragung sowie der Erstellung des Wirkmodells ergeben, dass niedrigschwellige Angebote auf der Fallebene schon wesentlich zum Erreichen der im Wirkmodell erarbeiteten Outcomes beitragen und damit prinzipielle Zugänge zu einer gesundheitlichen Versorgung, die wiederum Teilhabe mit ermöglicht, geschaffen sind. Dennoch sind diese Optionen aufgrund ihrer Finanzierung durch freiwillige kommunale Leistungen noch nicht strukturell abgesichert (Hansjürgens/Arnold 2025). Insbesondere schlagen wir auf der Basis unserer Daten vor, folgende Eckpunkte für eine Stabilisierung einer kommunalen Unterstützungsstruktur zu fokussieren:

Nutzende im Alltag kontinuierlich stabilisieren

Niedrigschwellige Suchtarbeit ist häufig eher sozialräumlich ausgerichtet, in dem sie z. B. Streetwork anbietet oder Kontaktcafés betreibt. Beziehungsarbeit im Sinne eines konkreten Bezugssystems von Adressat*innen untereinander oder zwischen Adressat*innen und Sozialarbeitenden werden demgegenüber eher nachrangig behandelt oder „mitgemacht“ ohne sie jedoch konzeptionell explizit voranzutreiben. Wir plädieren dafür, um Nutzende noch besser stabilisieren zu können, diese Arbeit zukünftig noch mehr beziehungsorientiert zu denken und dies in Konzepten niedrigschwelliger Drogenarbeit explizit zu berücksichtigen. Wir gehen davon aus, dass dies die Basis für individuelle Recoveryprozesse ist. Zur Stabilisierung von Adressat*innen tragen zudem diverse auf verschiedene Bedürfnisse abgestimmte sichere und verlässliche Ruheorte am Tag und in der Nacht bei, die zurzeit nur eingeschränkt gegeben sind. Diese sollten eher dezentral als zentral gelegen aber dennoch gut erreichbar sein, um die Menge der Menschen an einem Ort geringer zu halten. Dazu gehören auch Ordnungs- und Sicherheitsdienste für die Bedeutung stabiler Orts- und Beziehungsbezüge zu sensibilisieren und ggf. Peer-Strukturen aufzubauen, die dabei unterstützen können Orte ruhig, sicher und sauber zu halten. Optimal wäre es, wenn dies durch fair bezahlte Arbeitsgelegenheiten geschehen könnte, die insbesondere körperliche Tätigkeiten ermöglichen. Schließlich können dezentrale, szenenahe, flexibel und bedarfsorientiert gestaltete Substitutionsangebote Menschen in ihrer Alltagsgestaltung entlasten.

Barrieren abbauen

Um die vor allem in der Fachkräftebefragung deutlich gewordenen Verständigungsbarrieren abzubauen, schlagen wir vor, visuell zugängliche Materialien zur Erklärung des Hilfesystems (hier in Berlin) zu entwickeln und zugänglich zu machen. Denkbar wären hierfür Apps zu entwickeln, die mehrsprachig erläutern, wo man wie Unterstützung erhalten kann. Dazu gehört auch darauf zu achten Sozialarbeitende mit verschiedenen Sprachkenntnissen einzustellen. Für Berlin würden wir insbesondere Polnisch, Russisch, Georgisch, Arabisch sowie Farsi empfehlen. Denkbar wäre auch Sprachmittler*innen, die im Bereich bereits tätig sind, bezogen auf Gesprächsführung, Beziehungsarbeit und Grundlagen niedrigschwelliger Sozialer Arbeit fortzubilden und genauso andersherum Fachkräfte für die gemeinsame Arbeit mit Sprachmittler*innen

weiterzubilden und / oder Plattformen zu schaffen, um zu sehen an welcher Stelle, welche Sprachkompetenz zur Verfügung steht. Auch dies spricht eher für eine dezentrale Verortung von Angeboten. Weiter empfehlen wir Übergangsmanagement nach Haft (und Krankenhaus) auszubauen oder Strukturen zu entwickeln, damit Personen der Zielgruppe nach einem solchen Aufenthalt an bereits erarbeitetes anknüpfen können.

Kommunikation und Kooperation verbessern

Zum Barrieren abbauen und Erkennen und Nutzen von Spielräumen in der täglichen sozialräumlichen Fallarbeit trägt auch bei, dass sich zentrale Akteur*innen kennenlernen, vernetzen und bezogen auf konkrete Anliegen Kooperationen entwickeln und vertiefen. Dies geschieht schon an vielen Stellen kann aber im Abgleich mit den erarbeiteten Outputs des Wirkmodells noch systematisiert werden, um die Outcomes noch gezielter ansteuern zu können. Ein zentraler inhaltlicher Punkt dabei ist gemeinsam (Leistungsträger und Leistungserbringer) Wege zu finden, wie Casemanagement für ein vertieftes und geteiltes Fallverstehen sowie zur Bearbeitung bürokratischer Blockaden auf der Fallebene implementiert werden kann. Des Weiteren schlagen wir vor, ein Monitoring- und Dokumentationssystem für erlebte Stigmatisierungen und wiederkehrender Problematiken aber auch funktionierende Praktiken im Hilfesystem zu entwickeln, um gezielter Schulungen anbieten zu können und Betroffenen zu signalisieren, dass sie mit ihrem Erleben gehört werden. Dies trägt dazu bei, ein Sicherheitsgefühl bei Personen der Zielgruppe vor allem aber nicht nur im Umgang mit Behörden und im Gesundheitswesen zu erhöhen und damit Schwellen zu senken. Gleichzeitig empfehlen wir Antistigmaarbeit voranzutreiben, die die Möglichkeit gemeinsamer sozialer Erfahrungen bzw. kontaktbasierter Interventionen integriert.

Den Blick weiten – Versorgung weiterdenken

Aufgrund der höchst mobilen Adressat*innengruppe, die teilweise schon in verschiedenen Ländern Europas aber auch darüberhinaus gelebt hat, schlagen wir den Ausbau transnationaler Netzwerke Sozialer Arbeit vor. Kenntnisse über die drogenpolitische Situation in anderen Ländern ermöglicht fachliche Beratung zu Möglichkeiten und Hindernissen des Zurückgehens und unterstützt so bei der Entscheidungsfindung. Zudem empfehlen wir die Prüfung der Umsetzung einer Berliner Gesundheitskarte, die insbesondere die bürokratischen Anforderungen bezüglich der Kooperation zwischen Clearingstelle, niedrigschwelliger Drogenhilfe und Ärzt*innen maßgeblich verringern würde. Schließlich sollte geprüft werden, wie die sogenannte Versäulung des Hilfesystems abgebaut werden kann. Eine Fallzuständigkeit einerseits und andererseits eine fachliche Kooperation im Hintergrund würde die gezielte und beziehungsorientierte psychosoziale Begleitung von Menschen in prekären Lebenslagen deutlich verbessern. Die Einrichtung bezirklicher Zentren der Teilhabe und Gesundheit könnten der Komplexität der Bedarfe an fallbezogener sowie fallübergreifender Zusammenarbeit gerecht werden.

Fazit

Die Wi:Nu:K-Studie, zeigt, dass opioidkonsumierende Menschen in Wohnungslosigkeit und ohne Krankenversicherung in Berlin einerseits in extremer Prekarität leben. Andererseits bemühen sich die Betroffenen in ihrer jeweiligen Eigensinnigkeit aber mit Engagement um die Verbesserung ihrer Lebenssituation. Niedrigschwellige, beziehungsorientierte Angebote entfalten zwar Wirkung, scheitern jedoch an strukturellen Barrieren wie Bürokratie, Stigmatisierung und mangelnder interinstitutioneller Kooperation. Um nachhaltige Teilhabe und Stabilisierung zu ermöglichen, bedarf es flexiblerer Versorgungsmodelle, den Abbaus von Zugangshemmnissen sowie einer dauerhaften kommunalen Absicherung der Angebote. Erst so kann gesundheitliche Chancengerechtigkeit für diese besonders benachteiligte Gruppe verwirklicht werden.

Vor diesem Hintergrund muss mit Blick auf aktuelle Entwicklungen in Frage gestellt werden, ob die Einrichtung von großen Suchthilfezentren, wie sie gerade vielerorts diskutiert und geplant werden, die gewünschte Wirkung der Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Lebensmittelpunkt auf der Straße leisten können. Oder ob es nicht sinnvoller wäre, verschiedene kleinere dezentrale sichere Orte für die Nutzenden zu schaffen, wo sie sich beheimaten können, um der Vielfalt und Diversität der Bedarfe Raum zu geben und die Wege kürzer zu gestalten. Menschen in prekären Lebenslagen haben sehr unterschiedliche Bedarfe und Vorlieben, insbesondere in urbanen Ballungsräumen könnten diese durch verschiedene Angebote, die autonom kombiniert werden können oder an die sich Personen stärker binden, gerecht werden. Große „Versorgungszentren“ können – wie sich in der Kritik an großen Notunterkünften schon lange zeigt – nicht den Bedürfnissen nach Sicherheit, Zugehörigkeit und Anerkennung gerecht werden.

Literatur

Braun, Virgina/Clarke, Victoria (2022): Thematic analysis: a practical guide. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.

Hansjürgens, Rita/Arnold, Thomas (2025): Kommunale Suchthilfe und Suchtberatung. In: Brettschneider, Antonio/Grohs, Stephan/Jehles, Nora (Hrsg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–19.

Hansjürgens, Rita/Streck, Rebekka/Kron, Stefanie/Akerboom, Melanie/Eder, Magdalena/Kintscher, Sandra/Ottmann, Sebastian/Peukert, Doreen (2026): Wirkungs- und Nutzungsforschung zur Versorgung Opioide konsumierender Personen mit unklarem Krankenversicherungsstatus (Wi:Nu:K). Berlin: Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/winuk/.

Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan (2024): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. 6. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.

Ottmann, Sebastian/König, Joachim (2023): Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung Für Studium und Praxis. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Bedarfe statt Zuständigkeiten- Kooperation zwischen Suchthilfe und Obdachlosenhilfe

Bianca Wrana, Raphael Schubert

Einleitung

Laut Angaben der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung waren im Jahr 2024 in Berlin rund 56.000 Menschen wohnungslos. Parallel dazu verändern sich insbesondere in urbanen Räumen die Konsummuster illegalisierter Substanzen.

Vor allem der zunehmende Crack-Konsum führt zu neuen Herausforderungen für die Suchthilfe, die Wohnungslosenhilfe sowie das Gesundheitswesen. Gleichzeitig nimmt die Zahl wohnungsloser Menschen mit komplexen sozialen, gesundheitlichen und psychischen Mehrfachbelastungen kontinuierlich zu. Die Kumulation dieser Problemlagen führt zu einem steigenden Unterstützungsbedarf, dem die bestehenden Hilfesysteme zunehmend nicht mehr ausreichend gerecht werden.

Strukturelle Faktoren wie der angespannte Wohnungsmarkt, unzureichender Zugang zu medizinischer Versorgung sowie sozialrechtliche Versorgungslücken verschärfen diese Entwicklung zusätzlich. Wohnungslosigkeit und Suchterkrankungen stehen dabei häufig in einer wechselseitigen Beziehung und können sich gegenseitig verstärken (vgl. Charité 2026, S. 71 f.).

Besonders deutlich werden diese Entwicklungen in niedrigschwelligen Angeboten der Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe sowie in der aufsuchenden Straßensozialarbeit. Hier treffen komplexe Unterstützungsbedarfe auf Hilfesysteme, die unterschiedlichen fachlichen, rechtlichen und finanziellen Logiken folgen. Unterschiedliche Zuständigkeiten, Förderstrukturen und institutionelle Aufträge erschweren häufig eine bedarfsgerechte Versorgung an den Schnittstellen beider Hilfesysteme und tragen dazu bei, dass Versorgungslücken entstehen oder fortbestehen (vgl. akzept e. V. 2023, S. 2).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe ihre jeweiligen Kompetenzen stärker miteinander verbinden können, um den komplexen Lebenslagen wohnungsloser drogenkonsumierender Menschen besser gerecht zu werden.

Anhand einer Kooperation in Berlin-Kreuzberg zwischen Johanniter-Unfall-Hilfe und Fixpunkt gGmbH werden die Potentiale institutionsübergreifender Zusammenarbeit zwischen Wohnungslosenhilfe und Suchthilfe, aber auch die Herausforderungen an den Schnittstellen exemplarisch aufgeführt.

Komplexe Lebenslagen an den Schnittstellen von Wohnungslosigkeit und Sucht

Viele konsumierende wohnungslose Menschen erleben Verdrängung, Stigmatisierung und fortschreitende soziale Exklusion. Sie leiden unter mangelnden Hygienemöglich-

keiten, eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung, Gewalterfahrungen sowie erheblichen psychischen Belastungen, die durch das Leben auf der Straße zusätzlich verstärkt werden können.

Hinzu kommen häufig chronische körperliche Erkrankungen, Infektionsrisiken, Traumafolgen sowie prekäre sozialrechtliche Situationen, die den Zugang zu bestehenden Hilfesystemen zusätzlich erschweren (vgl. BMWSB 2024 S. 19 ff.).

Wohnungslosigkeit und Suchterkrankungen stehen häufig in einer wechselseitigen Beziehung. Wohnungslosigkeit kann sowohl die Ursache, als auch die Folge von problematischem Substanzkonsum sein. Gleichzeitig können Suchterkrankungen die Stabilisierung der Wohnungssituation erschweren (vgl. GISS/Verian 2024, S. 39).

Insbesondere der zunehmende Crack-Konsum verändert die Unterstützungsbedarfe vieler Betroffener. Der häufigere Konsum, kürzere Konsumabstände sowie die ausgeprägte psychische und körperliche Belastung führen zu einem deutlich höheren Bedarf an niedrigschwelligen Aufenthalts-, Ruhe-, Hygiene- und Beratungsangeboten (vgl. akzept e.V. 2023, S. 5-8).

Diese Überschneidung von Wohnungslosigkeit, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen wird insbesondere in niedrigschwelligen Kontaktstellen, Notschlafangeboten und der aufsuchenden Straßensozialarbeit sichtbar.

Berliner Entwicklungen und politische Rahmenbedingungen

Der Görlitzer Park in Berlin-Kreuzberg zählt zu den bekanntesten Orten Deutschlands, wenn es um offene Drogenszenen und Wohnungslosigkeit geht.

In den vergangenen Jahren ist dort insbesondere ein deutlicher Anstieg des Crack-Konsums zu beobachten. Damit verändern sich nicht nur die Konsummuster, sondern auch die Unterstützungsbedarfe der betroffenen Menschen. Städte und Kommunen reagieren auf diese Entwicklung mit neu entwickelten Strategien, Maßnahmenpaketen und Forschungsprojekten.

Mit dem Maßnahmenpapier des sogenannten *Berliner Sicherheitsgipfels* beschloss das Land Berlin im Jahr 2023 verschiedene Maßnahmen, um die Sicherheit im öffentlichen Raum zu erhöhen. Hierzu gehören die personelle und finanzielle Stärkung von Polizei und Justiz, städtebauliche Veränderungen sowie ordnungspolitische Maßnahmen. Dazu zählen unter anderem die nächtliche Schließung von Parkanlagen sowie die Einzäunung des Görlitzer Parks (vgl. Senatskanzlei 2023, S. 4-6). Diese Maßnahmen werden fachlich jedoch auch unter dem Aspekt möglicher Verdrängungseffekte diskutiert, da sie bestehende Problemlagen häufig räumlich verlagern ohne deren Ursachen zu beseitigen.

Gesundheitliche und soziale Präventionsangebote werden ebenfalls finanziell gestärkt, um auf die repressiven Maßnahmen und die Verdrängung aus dem öffentlichen Raum reagieren zu können. Der Zugang zu Substitutionsplätzen, Notunterunterkünften und Drogenkonsumräumen soll erleichtert werden. Aufsuchende Sozialarbeit soll verstärkt werden, um Betroffene besser erreichen zu können und um besser für Anwohner*innen ansprechbar zu sein (vgl. Senatskanzlei 2023, S. 3-5).

Repressive und gesundheitsorientierte Maßnahmen stehen dabei in einem Spannungsverhältnis: Während ordnungspolitische Maßnahmen auf die Regulierung des öffentlichen Raums abzielen, verfolgen niedrigschwellige Hilfsangebote das Ziel, Zugänge zur Zielgruppe zu erhalten und gesundheitliche Schäden zu minimieren. Für eine nachhaltige Verbesserung der Situation bedarf es einer ausgewogenen Verzahnung beider Ansätze (vgl. akzept e.V. 2023, S.16f.).

Gleichzeitig zeigt sich, dass zeitlich befristete Projekte allein nicht ausreichen, um auf die wachsenden Herausforderungen nachhaltig zu reagieren. Niedrigschwellige Angebote benötigen langfristige Finanzierungssicherheit, qualifiziertes Personal und geeignete räumliche Infrastruktur.

Neben einer verlässlichen Finanzierung stellt auch die angespannte Immobilienlage in Berlin soziale Träger vor erhebliche Herausforderungen. Geeignete und bezahlbare Räumlichkeiten für niedrigschwellige Angebote sind zunehmend schwer zu finden. Auslaufende Mietverträge, steigende Gewerbemieten sowie Konkurrenz um innerstädtische Flächen erschweren nicht nur den Erhalt bestehender Einrichtungen, sondern auch den notwendigen Ausbau bedarfsgerechter Angebote. Gerade dort, wo Unterstützungsangebote aufgrund hoher Bedarfe besonders erforderlich wären, fehlen häufig geeignete Immobilien, oder langfristige Nutzungsperspektiven.

Der zunehmende Crack-Konsum verändert die Anforderungen an niedrigschwellige Hilfen erheblich. Im Vergleich zu anderen Substanzen führt Crack häufig zu kürzeren Konsumintervallen, ausgeprägten psychischen Krisen, erhöhtem Ruhe- und Schutzbedarf sowie einer intensiveren Nutzung niedrigschwelliger Angebote. Dadurch steigen sowohl die Zahl der Kontakte als auch die Anforderungen an Personal, Öffnungszeiten und räumliche Infrastruktur.

Vor diesem Hintergrund gewinnen institutionsübergreifende Kooperationen zunehmend an Bedeutung. Die gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen, Räumlichkeiten und fachlicher Kompetenzen eröffnet Möglichkeiten, Versorgungslücken trotz begrenzter struktureller Rahmenbedingungen zumindest teilweise zu schließen.

Kooperation als Praxisbeispiel bedarfsgerechte Versorgung

Die Kooperation zwischen der Johanniter-Unfall-Hilfe und der Fixpunkt gGmbH verdeutlicht exemplarisch, wie bestehende Versorgungsstrukturen durch institutionsübergreifende Zusammenarbeit bedarfsgerecht weiterentwickelt werden können. Beide Einrichtungen arbeiten mit derselben Zielgruppe, verfolgen jedoch unterschiedliche fachliche Aufträge und sind in verschiedene Hilfesysteme eingebunden. Während die Notschlafstelle der Johanniter die nächtliche Unterbringung wohnungsloser Männer sicherstellt, bietet der Drogenkonsumraum von Fixpunkt tagsüber niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe an.

Aus der gemeinsamen Arbeit wurde deutlich, dass sich die Unterstützungsbedarfe der Nutzer*innen nur bedingt an den strukturellen Grenzen der jeweiligen Einrichtungen orientieren. Benötigt werden insbesondere durchgängige Schutz- und Aufenthaltsmöglichkeiten, Hygieneangebote, Ruheplätze sowie kurze Zugänge zwischen den Hilfesystemen.

Vor diesem Hintergrund entwickelten beide Träger gemeinsam niedrigschwellige Angebote, die auf einer gemeinsamen Nutzung vorhandener Ressourcen basierten.

Hierzu gehörten unter anderem verlängerte Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums mit abgestimmten Übergängen in die Notschlafstelle, vereinfachte Vermittlungswege sowie die zeitweise Nutzung freier Räumlichkeiten der Notschlafstelle als Tagesruheangebot.

Die Umsetzung machte deutlich, dass institutionsübergreifende Kooperation vorhandene Ressourcen effizient nutzen und Versorgungslücken kurzfristig schließen kann. Gleichzeitig zeigte sich, dass neue Angebote kontinuierlich anhand der Rückmeldungen der Nutzer*innen weiterentwickelt werden müssen. Die Evaluation zeigte jedoch auch, dass das Angebot nur begrenzt angenommen wurde. Rückmeldungen der Nutzer*innen machten deutlich, dass Ruheangebote möglichst unmittelbar an bestehende Kontakt- und Konsumangebote angebunden sein sollten. Diese Erkenntnisse fließen inzwischen in die Weiterentwicklung anderer niedrigschwelliger Angebote ein.

Die Kooperation beschränkt sich inzwischen nicht mehr auf einzelne Projekte. Mit der Nutzung bestehender Räumlichkeiten für das Nachtcafé am Kottbusser Tor wurde ein weiteres gemeinsames Angebot geschaffen, das insbesondere Menschen ohne Zugang zu einer Notunterkunft einen geschützten Aufenthaltsort in der Nacht bietet, während die Einrichtung seit mehreren Jahren am Tag als Kontaktstelle mit Drogenkonsumraum genutzt wird. Das Beispiel verdeutlicht, dass Kooperation nicht nur Versorgungslücken schließen kann, sondern auch Innovationsprozesse zwischen unterschiedlichen Hilfesystemen anstößt.

Das Praxisbeispiel zeigt exemplarisch, dass bedarfsgerechte Versorgung dort gelingt, wo Hilfesysteme ihre institutionellen Grenzen zugunsten der Bedarfe der Zielgruppe überwinden.

Erkenntnisse aus der Kooperation und Fachpolitische Schlussfolgerungen

Kooperationen können Versorgungslücken kurzfristig schließen, indem bestehende Ressourcen genutzt werden (vgl. akzept 2023, S. 15f.). Die Verantwortung dieser Entwicklungen sollte jedoch nicht abhängig von dem Engagement einzelner sozialer Träger sein. Um eine adäquate Versorgung zu ermöglichen, werden verlässliche politische und finanzielle Rahmenbedingungen benötigt. Es sollte kein Zufall sein, sondern es braucht gemeinsame Finanzierungen, gemeinsame Projekte, gemeinsame Steuerung von verbindlichen Netzwerken und Schnittstellenmanagement.

Kooperation kann nicht nur Versorgungslücken schließen, sondern kann auch als Innovationsmotor verstanden und gefördert werden.

Damit niedrigschwellige Angebote genutzt werden können, sind vor allem Evaluation und die Rückmeldungen der Nutzer*innen für eine stetige Weiterentwicklung essenziell und sollten in der Entwicklung mit einbezogen werden. Nur so können Einrichtungen und Träger Unterstützungsbedarfe richtig erkennen und darauf reagieren.

In Bezug auf den Verdrängungsdiskurs im öffentlichen Raum sollten ordnungspolitische Maßnahmen grundsätzlich mit dem Ausbau niedrigschwelliger Hilfen verbunden werden.

Hilfesysteme müssen sich stärker an die Lebenslagen der Menschen orientieren als an institutionellen Zuständigkeiten. Die komplexen Mehrfachbelastungen der Nutzer*innen unterscheiden nicht im Erleben zwischen Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Gesundheitswesen, sondern sie treten gleichzeitig auf.

Ein wichtiger Schritt in dieser Entwicklung war und ist auch die politische Kooperation innerhalb des Berliner Senats. Während die Konsumraumangebote in Berlin von der Senatsverwaltung für Gesundheit finanziert werden, sind die Notschlafangebote der Johanniter Unfallhilfe Berlin durch die Senatsverwaltung für Soziales finanziert.

Auch hier mussten Grenzen überwunden werden, da jede Senatsverwaltung nur „ihre" Zielgruppe finanzieren wollte. Durch die gemeinsame Nutzung von Immobilien kommen dann Fragen auf wie: „Durch welche Finanzierung wird die Miete oder die Reinigung gezahlt?", oder „Führt die verlängerte Öffnungszeit auch zu einem simultanen höheren Verbrauch und wie kann dies abgetrennt und in der Finanzierung ersichtlich werden?" auf. Durch ein pragmatisches Vorgehen und eine kollegiale Abstimmung der verantwortlichen Personen in den jeweiligen Senatsverwaltungen konnten in diesem Beispiel solche Fragen auch schnell geklärt werden. Die größere Hürde war aber auch auf politischer Ebene die Zielgruppen per definitionem „obdachlose Menschen" und „suchtkranke Menschen" nicht nach Senatsverwaltung aufzuteilen, sondern die komplexen Mehrfachbedarfe zu sehen und pragmatische Lösungsansätze zu unterstützen. Auf politischer Ebene werden die Zielgruppen oft noch getrennt voneinander und nur durch eine „Finanzierungslogik" bedacht. Das Berliner Problem der fehlenden Immobilien für soziale Angebote und der oft noch vorhandenen „not in my backyard" Mentalität bei Anwohnenden oder Gewerbetreibenden, wenn denn mal eine Immobilie gefunden wird, hat dieses Umdenken voran getrieben. Denn bereits bestehende Immobilien für niedrigschwellige Angebote sind einerseits von Klient*innen akzeptiert und bekannt und auf der anderen Seite fallen Kosten für Sanierung, Umbau und Ausstattung weg. Ebenso können Kosten geteilt werden, wenn, wie in dem Berliner Beispiel, ein Träger ein Angebot am Tag und ein Träger ein Angebot in der Nacht vorhält.

Fazit

Die zunehmende Überschneidung von Wohnungslosigkeit, Suchterkrankungen und psychischen Belastungen stellt die bestehenden Hilfesysteme vor neue Herausforderungen. Die komplexen Lebenslagen der Betroffenen orientieren sich nicht an institutionellen Zuständigkeiten, sondern erfordern eine integrierte und niedrigschwellige Versorgung über die Grenzen einzelner Hilfesysteme hinweg.

Das Praxisbeispiel der Kooperation zwischen der Johanniter-Unfall-Hilfe und der Fixpunkt gGmbH zeigt, dass institutionsübergreifende Zusammenarbeit Versorgungslücken schließen, bestehende Ressourcen sinnvoll nutzen und innovative Angebote entwickeln kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass Kooperation allein strukturelle Defizite nicht kompensieren kann. Verlässliche Finanzierung, qualifiziertes Personal, geeignete Immobilien sowie abgestimmte politische und administrative Rahmenbedingungen bleiben wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Weiterentwicklung niedrigschwelliger Hilfen.

Kooperation sollte daher nicht vom Engagement einzelner Einrichtungen oder kurzfristigen Projektförderungen abhängen, sondern als fester Bestandteil integrierter Versorgungsstrukturen verstanden und dauerhaft unterstützt werden. Nur wenn Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, Gesundheitswesen und Kommunen ihre jeweiligen Kompetenzen systematisch miteinander verbinden, können den komplexen Bedarfen wohnungsloser drogenkonsumierender Menschen langfristig bedarfsgerechte und wirksame Unterstützungsangebote gegenübergestellt werden. Dafür braucht es aber auch die politisch Verantwortliche, die die Bedarfe von Menschen sehen und nicht nur die Finanzierungslogik ihrer jeweiligen Ministerien, Senatsverwaltungen oder ähnlicher politischer Systematik.

Nicht die Menschen müssen lernen, sich in getrennten Hilfesystemen zurechtzufinden – vielmehr müssen sich die Hilfesysteme stärker an den komplexen Lebenslagen der Menschen orientieren.

Literatur

Akzept E.v. (2023): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe. Berlin: akzept e.V. Berlin.

BMWSB (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen) (Hrsg.) (2024): Gemeinsam für ein Zuhause. Nationaler Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit 2024.

BMWSB (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen) (Hrsg.) (2025): 2. Wohnungslosenbericht der Bundesregierung.

Charitè – Universätitsklinik Berlin (Hrsg.) (2026): Crack-Studie. Szenestrukturen, Konsummuster und Versorgungslage in Berlin. Berlin: Charité.

Giss/Verian (Gesellschaft für Innovative Sozialplanung und Sozialforschung E.v./In Deutschland eingetragen Als Mantle Germany Gmbh) (Hrsg.) (2024): Empirische Untersuchung zum Gegenstand nach §8 Abs. 2 und 3 WoBerichtsG. Bericht.

Senatskanzlei Berlin (Hrsg.) (2023): Berliner Sicherheitsgipfel. Ein sicheres Berlin. Machen. Maßnahmenpapier. Berlin: Senatskanzlei.

Fachstelle für Suchtprävention Berlin Ggmbh (Hrsg.) (2025): Informationsblatt. Aktuelle Zahlen rund um Sucht. Eine Zusammenstellung der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH. 9. Aufl. Berlin: Fachstelle.

Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – was wurde erreicht und wo geht es hin?

Marc Vogel, Hannes Strasser

Zusammenfassung

In diesem Überblick sollen die vergangenen und aktuellen Entwicklungen der heroingestützten Behandlung in der Schweiz dargestellt werden. In den letzten Jahren konnten viele patientenzentrierte Veränderungen umgesetzt werden, die unter Beibehaltung des Status als «Second line»-Behandlung die Eintrittsschwelle für die Zielpopulation senken, sodass mehr PatientInnen erreicht werden. Hierzu zählen die Mitgabemöglichkeit für stabile Patientinnen, Einnahme in Tablettenform oder als nasale Verneblung, sowie die Delegation der Abgabe an andere Institutionen wie Krankenhäuser oder Wohnheime. Aktuelle Herausforderungen bestehen in Form des Kokainkonsums wie auch strukturellen Rahmenbedingungen und Fachkräftemangel, die jüngst zur Schliessung einer Behandlungsstelle führten.

Einführung

Seit der Einführung der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz im Jahr 1994 hat sich fachlich, politisch und epidemiologisch einiges getan. Sie ist eine Erfolgsgeschichte und hat zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Drogentoten und der neu auftretenden Opioidabhängigkeit beigetragen[1]. Im Gegensatz zu Kokain und den offenen Crack-Szenen wird kaum noch über Opioidabhängigkeit diskutiert. Aber gerade das bedeutet, dass der Fokus nicht nur auf der Weiterentwicklung liegen muss, sondern auch auf der Erhaltung des bisher Erreichten. In diesem Beitrag wird der aktuelle Stand der Behandlungsform in der Schweiz dargestellt. Im Weiteren sollen auch die Innovationen der letzten Jahre ebenso wie die Herausforderungen der Zukunft dargestellt werden.

Patientenzahlen in der HeGeBe

Entgegen den ursprünglichen Befürchtungen eines «Honey-Pot-Effekts», also dass grosse Zahlen Betroffener in die HeGeBe drängen würden, kann festgehalten werden, dass die Behandlungsnachfrage über die Jahre recht konstant geblieben ist. Der Anteil der HeGeBe an allen opioidgestützten Behandlungen in der Schweiz liegt seit 20 Jahren etwa um die 10% (Abb. 1), die absolute Zahl ist aber seit 2013 von 1545 auf 1832

1 Carlos Nordt und Rudolf Stohler, „Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis“, The Lancet 367, Nr. 9525 (2006): 1830–34, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68804-1.which could attract new users and lengthen periods of heroin addiction. We sought to estimate incidence trends and prevalence of problem heroin use in Switzerland. Methods: We obtained information about first year of regular heroin use from the case register of substitution treatments in the canton of Zurich for 7256 patients (76% of those treated between 1991 and March, 2005

Personen im Jahr 2024 angestiegen[2]. Aufgrund von Änderungen der Erfassungspraxis sind die Zahlen vor 2013 nicht vergleichbar. Das Durchschnittsalter der behandelten Personen ist kontinuierlich angestiegen und liegt z.B. in der Behandlungsstelle in Basel im Jahr 2026 mittlerweile bei 51 Jahren. Die zunehmende Alterung bringt neben komplexen körperlichen Komorbiditäten auch Phänomene wie zerstörte Venenverhältnisse oder reduzierte Mobilität mit sich. Hierauf reagierten die Behandlungsstellen und der Gesetzgeber mit Neuerungen wie Tabletten, nasaler Einnahmeform oder vermehrten Mitgaben. Schlussendlich muss man hier festhalten, dass die häufigste Todesursachen nicht mehr Überdosen sind, sondern Tumor- oder Lungenerkrankungen, häufig Folgen des Rauchens, was lange ein blinder Fleck in der Behandlung war bzw. immer noch ist.

Obwohl die Inzidenz der Opioidabhängigkeit zurückgegangen ist, bleibt die HeGeBe also ein wichtiger Bestandteil der Behandlungslandschaft der Schweiz. Den leicht steigenden absoluten Zahlen liegt neben der verbesserten Überlebensrate opioidabhängiger Menschen in der HeGeBe vermutlich auch ein weiterer Trend zugrunde: Immer mehr Patient*innen beziehen ihre opioidgestützte Behandlung in einer Institution und kommen somit vielleicht eher in Kontakt mit der HeGeBe, während der Anteil der in Praxen oder Apotheken Behandelten kleiner geworden ist[3]. Diese Entwicklung spiegelt wohl wider, dass viele Hausärzt*innen, die diese Behandlung angeboten haben, in Rente gegangen sind. Allerdings konnten in den letzten Jahren auch immer wieder Änderungen in den Rahmenbedingungen erreicht werden, die die Behandlung attraktiver und patientenzentrierter werden lassen. Diese Faktoren führen dazu, dass die Schwelle zur Inanspruchnahme der HeGeBe für die Zielpopulation sinkt.

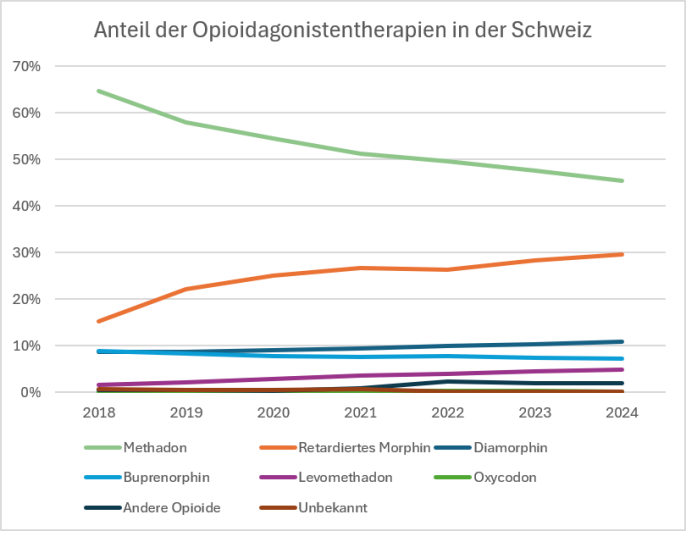


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der hauptsächlich verwendeten Opioidagonisten in der Opioidagonistentherapie der Schweiz[4]

2 Joanna Amos und Florian Labhart, Diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz: Resultate 2023 und 2024 (Sucht Schweiz, 2025), https://doi.org/10.58758/rech182b; „Jährliche Statistik - tao-oat.ch“, zugegriffen 9. Juni 2026, https://www.tao-oat.ch/de/jahrliche_statistik.html&year=2025&canton=ch.

3 „Jährliche Statistik - tao-oat.ch“.

4 Amos und Labhart, Diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz; „Jährliche Statistik - tao-oat.ch“.

Die regulatorischen Voraussetzungen für den Eintritt in die HeGeBe sind allerdings seit Beginn der HeGeBe unverändert. PatientInnen müssen mindestens 18 Jahre alt sein, zwei gescheiterte Therapieversuche ebenso wie schwere gesundheitliche oder soziale Folgeschäden aufweisen, sowie eine Dauer der Abhängigkeit von wenigstens zwei Jahren haben[5].

Für Menschen, die diese Kriterien nicht erfüllen, gibt es zwar eine gewisse Flexibilität, indem beim Bundesamt für Gesundheit begründete Einzelfallbewilligungen beantragt werden können. Diese Ausnahmen täuschen jedoch nicht darüber hinweg, dass die gesetzlichen Kriterien weder zeitgemäss noch bedürfnisgerecht oder medizinisch sinnvoll sind. Warum muss beispielsweise eine Person zweimal scheitern, bevor sie in eine HeGeBe aufgenommen werden darf? Somit ist die Diamorphinvergabe bis dato auch in der Schweiz eine nachgeordnete Therapieoption.

Mitgaben («Take Home»)

Die Möglichkeit zu Mitgaben besteht in der Schweiz seit dem revidierten Betäubungsmittelgesetz 2011 und wird zunehmend genutzt. Während der COVID19-Pandemie wurde die Dauer der Mitgabemöglichkeit von maximal zwei auf sieben Tage angehoben, um das Risiko zu vermindern, dass vulnerable Patient*innen im Rahmen der Medikamentenbezüge mit dem Virus in Kontakt kommen. Da sich auch die verlängerte Frist bewährte und es kaum Probleme gab[6], wurde sie fest in der gesetzlichen Behandlungsverordnung verankert[7]. Patient*innen mit ausreichender Stabilität und mindestens sechsmonatiger Behandlung dürfen ihre Medikation für bis zu sieben Tage mit nach Hause nehmen, wenn das «Missbrauchsrisiko» als «sehr gering» eingeschätzt wird.

Bei einer Wochenmitgabe ist die Behandlungsstelle verpflichtet, mindestens zweimal pro Woche persönlichen oder telefonischen Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten zu halten.

Die Möglichkeit der Mitgabe besteht für Tabletten wie für flüssiges, injizier- oder vernebelbares Diacetylmorphin. Gesetzlich und regulatorisch wird zwischen diesen Anwendungsformen nicht unterschieden. Trotzdem wurde bis zur Pandemie in der Regel kein flüssiges Medikament als Take-Home abgegeben. Dies hat sich seither ebenfalls geändert, mit guten Behandlungsergebnissen.

Tabletten

Die Einführung der Tabletten vor über 20 Jahren war ein weiterer wichtiger Schritt in diese Richtung. In der Schweiz stehen schneller und kürzer wirksame (immediate release, IR) sowie langsamer anflutende und länger wirksame (sustained release, SR)

5 „SR 812.121.6 - Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) | Fedlex“, zugegriffen 7. Juli 2026, https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2011/364/de.

6 Franciska Brezan u. a., „Prolonged diacetylmorphine take-home during the COVID-19 pandemic—Results of a retrospective cohort study“, Addiction 119, Nr. 8 (2024): 1421–29, https://doi.org/10.1111/add.16503.{\\i{}Addiction} 119, Nr. 8 (2024

7 „SR 812.121.6 - Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) | Fedlex“.

Tabletten zur Verfügung. Diese bringen eine grössere Flexibilität als die alleinigen Injektionen des Diacetylmorphins. Patient*innen, welche Schwierigkeiten mit der Injektion haben, z.B. weil mit zunehmendem Alter venöse Insuffizienzen auftreten oder periphere Venen ganz verschwinden, können auf Tabletten umstellen, anstatt in die Leiste oder den Muskel zu injizieren, was mit höheren Komplikationsraten und nicht selten auch Schmerzen einhergehen kann.

Auch für Patient*innen, die aus Schadensminderungsgründen auf eine risikoärmere Einnahmeart umstellen oder Schritte in Richtung einer Umstellung auf andere orale Opioide gehen wollen, ist dies eine gute Möglichkeit. Nicht zuletzt erlauben die Tabletten auch, auf die zusätzliche Einnahme anderer Opioide zu verzichten, die zum Zwecke der Vermeidung von Entzugssymptomen, zur Überbrückung der Nächte oder anderer Zeiten ohne Bezugsmöglichkeit oft verschrieben werden. Die Take-Home-Möglichkeit verstärkt diesen Effekt, indem sie es PatientInnen ermöglichen, das verschriebene Diacetylmorphin auch ausserhalb der institutionell vorgegebenen Öffnungszeiten einzunehmen.

So kann bei einer einzigen Substanz geblieben werden, was Vorteile in Bezug auf Medikamenteninteraktionen mit sich bringt.

Nasale Einnahme

Die Auswahl der Darreichungsformen des Diacetylmorphins konnte in den letzten Jahren um eine weitere Variante erweitert werden. Seit 2020 ist es möglich, flüssiges Diacetylmorphin im Rahmen der Behandlung auch nasal anzuwenden[8]. So kann es mittels Atomisierer in die Nase vernebelt werden. Da die Aufnahmekapazität der Nasenschleimhäute begrenzt ist, können jedoch entweder nur geringere Dosen verwendet werden, oder die Applikation muss in Abständen von etwa einer Minute wiederholt werden. Diese Behandlungsoption ist vor allem für Patient*innen wertvoll, die Sniffen als primären Anwendungsweg nutzen, und für die sowohl Tabletten als auch injizierbares Diacetylmorphin zuvor kein adäquates Angebot darstellten. Dieser Bedarf steigt eher: Wie Zahlen der sogenannten Kontakt- und Anlaufstellen (Konsumräume) in der Schweiz zeigen, hat der Anteil der rauchenden oder sniffenden User sich vergrössert, während der Anteil der Injizierenden kontinuierlich abnimmt[9].

Über diese Patientengruppe hinaus ist dieses Angebot aber auch aufgrund der zunehmenden Alterung wichtig, welche mit deutlich verschlechterten peripheren Venenverhältnissen einhergeht. Viele Patient*innen finden keine Venen für die intravenöse Injektion mehr. Anstatt auf risiko- und nebenwirkungsbehaftete Optionen wie die Injektion in die Leistenvene oder den Muskel auszuweichen, steht mit der nasalen Anwendung eine wirksame Alternative zur Verfügung[10]. Sie wird im Rahmen einer durch das Bundesamt für Gesundheit geförderten multizentrischen Studie, an der die

8 Maximilian Meyer u. a., „Nasal administration of diacetylmorphine improved the adherence in a patient receiving heroin-assisted treatment“, Harm Reduction Journal 19, Nr. 1 (2022): 63, https://doi.org/10.1186/s12954-022-00644-2.

9 Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Jahresbericht 2024 - Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt (Basel, 2024).

10 Maximilian Meyer u. a., „«One prick and then it´s done»: a mixed-methods exploratory study on intramuscular injection in heroin-assisted treatment“, Harm Reduction Journal 18, Nr. 1 (2021): 134, https://doi.org/10.1186/s12954-021-00584-3; Marc Vogel u. a., „Injektionen in die Leistenvene: Prävalenz und Umgang in heroingestützter Behandlung“, Suchtmedizin 17, Nr. 2 (2015): 57–62.

meisten Behandlungszentren mitwirken, evaluiert[11]. Die Ergebnisse werden Ende 2026 zur Verfügung stehen.

Delegierte Behandlung

Bereits seit längerer Zeit dürfen die Behandlungsinstitutionen der HeGeBe die Diacetylmorphinabgabe an andere Fachpersonen delegieren. In den letzten Jahren wurde von dieser Option insofern zunehmend Gebrauch gemacht, dass die HeGeBe bei Aufenthalten in somatischen Spitälern oder Rehabilitationskliniken fortgesetzt wird, was der Compliance und dem Behandlungsverbleib ebenso wie dem Abschluss der dortigen Therapie zuträglich ist. Diese Option ist auch bei einer stationären psychiatrischen Behandlung möglich und wird z.B. in den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel umgesetzt. Ein delegierte Abgabe durch Wohnheime wird ebenso umgesetzt und trägt zu einer guten Retentionsrate in den unterstützten Wohnangeboten bei. Noch ausbaufähig wäre die Option der Abgabe in einer Apotheke. Theoretisch ist diese zwar möglich, wird aber aus Gründen der ungeklärten Kostenübernahme bisher kaum oder gar nicht realisiert.

Klinische Herausforderung Kokainkonsum

Der in der Schweiz in den letzten Jahren zunehmende Konsum vor allem von rauchbarem Kokain betrifft auch einen bedeutenden Anteil der Population in HeGeBe. So gaben in einer Studie über ein Drittel der heroingestützt behandelten Patienten in Basel an, auch Kokain zu konsumieren[12]. Ebenso deuten jüngere, noch unveröffentlichte eigene Daten einer qualitativen Studie aus den Kontakt- und Anlaufstellen in Basel und Zürich darauf hin, dass die meisten kokainrauchenden Menschen auch weitere substanzgebundene Störungen mit sich bringen und sich bereits in opioidgestützter Behandlung befinden.

Nach wie vor sind die medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Kokainkonsumstörung unbefriedigend. Psychotherapeutische Angebote wie die kognitive Verhaltenstherapie werden wenig angeboten oder kaum wahrgenommen. Evidenzbasierte und wirksame Therapieformen wie das Kontingenzmanagement sind aufgrund fehlender Finanzierung in der Regelbehandlung überhaupt nicht verfügbar.

In jüngster Zeit gibt es vermehrt Rufe nach einer kokaingestützten Behandlung in einer rauchbaren Form. Möglicherweise werden diese bald umgesetzt und führen zu einer Beruhigung. Es gilt aber, auch andere Formen einer stimulanziengestützten Behandlung, z.B. mittels nasal applizierbaren Amphetaminen oder Methylphenidat, zu erwägen. Die Behandlung mittels Stimulanzien in Tablettenform hat jedoch sowohl klinisch wie auch in der Praxis nur gemischte Erfolge erzielt[13].

11 Marc Vogel u. a., „Safety and feasibility of intranasal heroin-assisted treatment: 4-week preliminary findings from a Swiss multicentre observational study“, Harm Reduction Journal 20, Nr. 1 (2023): 2, https://doi.org/10.1186/s12954-023-00731-y.

12 Lennart N. Mayer-Eckardt u. a., „Somatic and mental health among older patients in opioid agonist therapy: a cross-sectional geriatric assessment study“, Heroin Addiction and Related Clinical Problems 26, Nr. 1 (2024): 1–12, https://doi.org/10.62401/2531-4122-2024-2.

13 Sunsha Chamakalayil u. a., „Methylphenidate for Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder in Adult Patients With Substance Use Disorders: Good Clinical Practice“, Frontiers in Psychiatry 11, Nr. January (2021): 1–9, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.540837.{\\i{}Frontiers in Psychiatry} 11, Nr. January (2021

Strukturelle Herausforderung, Personalmangel und Tarife

Der Personalmangel insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie die Tarife, die häufig kaum noch kostendeckend sind, stellen weitere wichtige Herausforderungen dar, denen sich das Schweizer Suchthilfesystem in Bezug auf die heroingestützte Behandlung stellen muss. Diese Faktoren sind miteinander verbunden. Sinkende Tarife mindern die Vergütungsmöglichkeiten, was insbesondere im ländlicheren Bereich dazu führt, dass die kleineren Behandlungsstellen, die oft nur zwischen 10 und 30 Patient*innen behandeln, in Schwierigkeiten geraten. Diese Probleme können mitunter so gross werden, dass eine Behandlungsstelle schliessen muss und Dutzende Patient*innen auf andere, weiter entfernte Behandlungsstellen ausweichen müssen oder ohne das Medikament, was sie über Jahre stabilisiert hat, dastehen. Das erste Beispiel dieser Art ist die Behandlungsstelle in Burgdorf, die im Frühjahr 2026 nach 26 Jahren den Betrieb einstellen musste[14]. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Rahmenbedingungen weiterentwickeln. Hoffnung macht, dass mit dem Eröffnen der HeGeBe Lugano im Jahr 2025 erstmalig auch im italienischsprechenden Kanton Tessin mit Diacetylmorphin therapiert wird – wenn auch nur in Tablettenform[15].

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in den letzten Jahren weiterhin viele innovative Entwicklungen in der HeGeBe der Schweiz gegeben hat. Die Behandlungsform ist nach mehr als 30 Jahren ein bestens etabliertes Mittel im Kampf gegen schwere Formen der Opioidabhängigkeit. Die Zielpopulation ist zunehmend gealtert, was entsprechende Anforderungen an die Institutionen mit sich bringt. Weitere Herausforderungen bestehen in der Behandlung der komorbiden Kokainabhängigkeit ebenso wie den Rahmenbedingungen mit tiefen Tarifen und damit einhergehendem Fachkräftemangel.

Literatur

Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. *Jahresbericht 2024 - Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt*. Basel, 2024.

Amos, Joanna, und Florian Labhart. *Diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz: Resultate 2023 und 2024*. Sucht Schweiz, 2025. https://doi.org/10.58758/rech182b.

Berner Zeitung. „Burgdorfer Heroinabgabestelle geht zu: «Das Biwak war für viele ein zweites Zuhause geworden»“. 20. März 2026. https://www.bernerzeitung.ch/burgdorf-biwak-schliesst-wegen-fachaerztemangel-674985139003.

Brezan, Franciska, Maximilian Meyer, Marc Vogel, u. a. „Prolonged diacetylmorphine takehome during the COVID-19 pandemic—Results of a retrospective cohort study“. *Addiction* 119, Nr. 8 (2024): 1421–29. https://doi.org/10.1111/add.16503.

14 „Burgdorfer Heroinabgabestelle geht zu: «Das Biwak war für viele ein zweites Zuhause geworden»“, Berner Zeitung, 20. März 2026, https://www.bernerzeitung.ch/burgdorf-biwak-schliesst-wegen-fachaerztemangel-674985139003.

15 RSI, „Eroina sotto controllo medico, primi passi in Ticino“, rsi, 1. April 2026, https://rsi.ch/s/3636039.

Chamakalayil, Sunsha, Johannes Strasser, Marc Vogel, Serge Brand, Marc Walter, und Kenneth M. Dürsteler. „Methylphenidate for Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder in Adult Patients With Substance Use Disorders: Good Clinical Practice". *Frontiers in Psychiatry* 11, Nr. January (2021): 1–9. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.540837.

„Jährliche Statistik - tao-oat.ch". Zugegriffen 9. Juni 2026. https://www.tao-oat.ch/de/jahrliche_statistik.html&year=2025&canton=ch.

Mayer-Eckardt, Lennart N., Ole Gnirss, Maximilian Meyer, Katharina Roser, Kenneth M. Dürsteler, und Marc Vogel. „Somatic and mental health among older patients in opioid agonist therapy: a cross-sectional geriatric assessment study". *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 26, Nr. 1 (2024): 1–12. https://doi.org/10.62401/2531-4122-2024-2.

Meyer, Maximilian, Ramón Eichenberger, Johannes Strasser, Kenneth M. Dürsteler, und Marc Vogel. „«One prick and then it´s done»: a mixed-methods exploratory study on intramuscular injection in heroin-assisted treatment". *Harm Reduction Journal* 18, Nr. 1 (2021): 134. https://doi.org/10.1186/s12954-021-00584-3.

Meyer, Maximilian, Jean N. Westenberg, Johannes Strasser, u. a. „Nasal administration of diacetylmorphine improved the adherence in a patient receiving heroin-assisted treatment". *Harm Reduction Journal* 19, Nr. 1 (2022): 63. https://doi.org/10.1186/s12954-022-00644-2.

Nordt, Carlos, und Rudolf Stohler. „Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis". *The Lancet* 367, Nr. 9525 (2006): 1830–34. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68804-1.

RSI. „Eroina sotto controllo medico, primi passi in Ticino". rsi, 1. April 2026. https://rsi.ch/s/3636039.

„SR 812.121.6 - Verordnung vom 25. Mai 2011 über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) | Fedlex". Zugegriffen 7. Juli 2026. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2011/364/de.

Vogel, Marc, Ken Dürsteler, Johannes Strasser, u. a. „Injektionen in die Leistenvene: Prävalenz und Umgang in heroingestützter Behandlung". *Suchtmedizin* 17, Nr. 2 (2015): 57–62.

Vogel, Marc, Maximilian Meyer, Jean N. Westenberg, u. a. „Safety and feasibility of intranasal heroin-assisted treatment: 4-week preliminary findings from a Swiss multicentre observational study". *Harm Reduction Journal* 20, Nr. 1 (2023): 2. https://doi.org/10.1186/s12954-023-00731-y.

Nitazene-assoziierte Opioidabhängigkeit: Klinische Implikationen für Monitoring, Opioidagonistentherapie und Entzug

Uli Muehlan[1], Fabian Pitter Steinmetz[2], Clemens Muehlan[3], Christoph Stoll[4], Heiko Bergmann[5], Esther Neumeier[5], Timur Liwinski[1]

1 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universität Basel, Schweiz
2 Delphic HSE, Schiphol, Niederlande
3 Swedish Orphan Biovitrum AG, Stockholm, Schweden
4 AWO-Ambulanz, Substitutionspraxis, Karlsruhe, Deutschland
5 IFT Institut für Therapieforschung gGmbH, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, National Early Warning System (NEWS), Deutschland

Hintergrund

In Baden-Württemberg stieg die Zahl drogenbedingter Todesfälle 2023 auf 2024 auf 40% und erreichte den höchsten Stand seit 20 Jahren. Dabei wurden 2024 vier Todesfälle mit Beteiligung der synthetischen Opioid-Gruppe der „Nitazene“ gemeldet; 2023 waren es zwei Fälle. Nitazene wurden zunehmend als Beimischungen oder vermeintliche „Research Chemicals“ in Umlauf gebracht[1].

Seit 2022 zeigen Analysen der Screenings der AWO Ambulanz Karlsruhe und des LADR Laborzentrum Geesthacht eine regionale Häufung von Nitazenen, vor allem Fluetonitazepyn, Etonitazen und *N*-Desethylisonitazen. Bei n=250 Patient:innen wurden bislang 18 Fälle bestätigt, darunter 2022 ein reanimationspflichtiger Intoxikationsfall[1].

Ein Internet-Monitoring mit der Suchmaschine Google (Jan–Aug 2025) identifizierte 18 frei zugängliche Online-Angebote für Nitazene (siehe Abb.1); im Drugchecking durch „Legal-Highs-Inhaltsstoffe“ (Frankfurt) wurden in unseren Stichproben hochpotente Nitazene verifiziert (siehe Abb.2). Die Behandlung Betroffener ist aufgrund starker Entzugssymptome und unklarer Pharmakologie oft schwer steuerbar[1].



Abb. 1: Beispiel der Verfügbarkeit im Clearnet, *“www.garvitychams.com”*



Abb. 2: *N*-Desethylisonitazen als LSD-typischer Blotter, Foto Drugchecking *“www.legal-high-inhaltsstoffe”*

BASIS - Beratung, Arbeit, Jugend & Kultur e.V.
- Legal-High-Inhaltsstoffe -
Heddernheimer Landstraße 145
60439 Frankfurt 1

Fallbeispiel[1]

Ein 29-jähriger, zuvor opioidnaiver Patient entwickelte nach dem Konsum hochpotenter Nitazene (Fluetonitazepyn, Etonitazen und *N*-Desethylisonitazen) innerhalb weniger Tage eine ausgeprägte Opioidabhängigkeit mit schweren Entzugssymptomen. Standard-Urinuntersuchungen auf Opiate blieben negativ, die Nitazenexposition wurde jedoch mittels LC-MS durch den Nachweis spezifischer Metaboliten bestätigt. Zur Behandlung wurde eine Opioidagonistentherapie mit Levomethadon eingeleitet und bis auf 60 mg/Tag aufdosiert, wodurch die Entzugssymptome jedoch nicht zuverlässig kontrolliert werden konnten. Ergänzend erhielt der Patient daraufhin in den ersten sieben Tagen Pregabalin 150 mg bis dreimal täglich zur Linderung vegetativer Beschwerden. Unter ambulanter, psychosozial begleiteter Behandlung erreichte der Patient eine stabile Abstinenz von Nitazenen. Nach einem Jahr und schrittweiser Abdosierung besteht vollständige Opioidabstinenz bei guter sozialer und beruflicher Integration und Teilhabe.

Übersicht

- Nitazene = synthetische Opioide der 2-Benzylbenzimidazol-Klasse
- Keine medizinische Zulassung, aber Verbreitung auf dem illegalen Drogenmarkt, Abb.1,2
- Aktuell etwa 20 bekannte Nitazen-Derivate [2,3]
- Wirkstärke einzelner Stoffe sehr unterschiedlich: Geringer als Morphin bis zu 1.000-facher Potenz[2,3], mit hohem Risiko tödlicher Überdosierungen [1,2,3], Abb. 3
- Sehr hohe Affinität zum μ-Opioid-Rezeptor → hohes Risiko für Abhängigkeit und Überdosierung[2,3]
- Vertrieb als vermeintlich legale „Research Chemicals“, über das Internet sowie als Beimischung in Drogen oder gefälschten Medikamenten [1], Abb. 3
- Verzögerter Wirkungseintritt kann Konsumrisiken erhöhen
- Schnelle Entwicklung einer schweren Abhängigkeit möglich, mit ausgeprägten Entzugssymptomen [1]
- In der Routinetoxikologie oft nicht nachweisbar
- Vergiftungen und Todesfälle bleiben daher möglicherweise unerkannt

Das Nationale Frühwarnsystem NEWS bittet um **unverzügliche Meldung toxikologisch auffälliger Vergiftungs- und Todesfälle**, insbesondere im Zusammenhang mit NPS und/oder bei gehäuften Vergiftungsfällen. Die Meldung erfolgt als formlose E-Mail an news-projekt@ift.de ohne (!) persönliche Daten der Patient:innen. Sofern bekannt sollten angegeben werden: Fallzahl, Datum der Vergiftung(en), Analysemethoden und Ergebnisse, Symptome inkl. Schweregrad, Kontakt für Rückfragen.

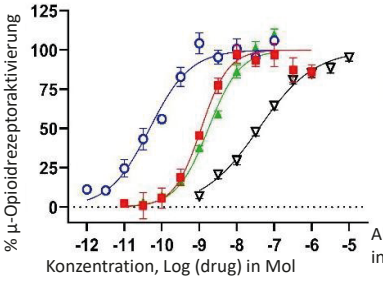


Abb. 3: Potenz der Nitazene in Relation zu Morphin [2,3]

Take-Home Messages

- Bereits wenige Tage des Nitazenkonsum können eine schwere Opioidabhängigkeit auslösen
- Nitazen-Entzüge können ausgeprägt und therapeutisch herausfordernd sein
- Levomethadon plus symptomorientierte Begleitmedikation mit Pregabalin kann wirksam sein
- Bei Überdosierungen sind wahrscheinlich höhere Naloxon-Dosen und längere Nachbeobachtung erforderlich

Referenzen

1. Muehlan U, Steinmetz FP, Muehlan C, Liwinski T, Stoll C. Opioid agonist therapy with levomethadone in primary dependence on nitazenes: a case study. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2026;28:29-36. doi:10.62401/2531-4122-2026-5

2. Kozell LB, Eshleman AJ, Wolfrum KM, Swanson TL, Schutzer KA, Schutzer WE, Abbas AI. Pharmacology of newly identified nitazene variants reveals structural determinants of affinity, potency, and selectivity for mu opioid receptors. Neuropharmacology. 2025 Sep 15;276:110512. doi:10.1016/j.neuropharm.2025.110512. Epub 2025 May 13. PMID: 40374158; PMCID: PMC12147671.

3. Kozell LB, Eshleman AJ, Wolfrum KM, Swanson TL, Bloom SH, Benware S, Schmachtenberg JL, Schutzer KA, Schutzer WE, Janowsky A, Abbas AI. Pharmacologic characterization of substituted nitazenes at μ, κ, and Δ opioid receptors suggests high potential for toxicity. J Pharmacol Exp Ther. 2024 Apr 18;389(2):219-28. doi:10.1124/jpet.123.002052. PMID: 38453524; PMCID: PMC11026150.

Kontakt

Uli Mühlan
Suchtambulatorium (SAM)
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Kleinstrasse 27
CH-4056 Basel
ulimuhlan@gmail.com
ResearchGate: Uli Muehlan

Mental Health & Addiction Research
NEWS National Early Warning System
AWO Karlsruhe gGmbH
Universität Basel
UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Nitazene in den Drogenszenen

Interview mit Lea Albrecht

Wir sind heute hier mit Frau Albrecht, Geschäftsführung der Comeback gGmbH in Bremen, die viele niedrigschwellige Hilfeleistungen für konsumierende Menschen vorhält, u.a. auch einen Drogenkonsumraum. In der letzten Zeit ist das Thema Nitazene immer mehr aufgekommen und wir wollen nun mehr darüber und über den aktuellen Stand in Bremen erfahren.

Interviewer: Frau Albrecht, was sind Nitazene überhaupt genau und wie wirken sie?

Albrecht: Nitazene sind extrem potente synthetische Opioide. In der Drogenhilfe kennen wir alle Heroin und fast alle das um ein vielfach potentere Fentanyl: Nitazene sind noch einmal potenter als diese Substanzen. Diese Stoffe gibt es schon viel länger als sie zumindest mir persönlich bekannt waren. Bereits in den 50'ern wurden sie ursprünglich als Schmerzmittel entwickelt. Kamen dann aber aufgrund ihrer zu starken und damit potentiell tödlichen Wirkung nicht auf den Markt.

Interviewer: Und seit wann sind Nitazene in der Drogenszene bekannt?

Albrecht: Wir hier in Bremen haben erste Berührungen im Winter 2024 gehabt, als die ersten Konsument*innen uns berichteten, sie würden etwas ganz Neues konsumieren, was viel stärker wirken würde. Diese Entwicklung hat hier in Bremen dann schnell Fahrt aufgenommen und im Frühjahr 2025 hatten wir bereits eine Situation, in der uns Nitazene bekannter waren, als uns lieb war. Wir hatten zu dieser Zeit viele Notfälle im Drogenkonsumraum.

Interviewer: Wie sieht so ein Notfall genau aus und was haben sie dann gemacht?

Albrecht: Die Notfälle sind eigentlich klassische Opioid-Überdosierungen, bei denen es zu Atemstillständen kommt, nur um ein vielfaches intensiver. Das hat sich bei uns so gezeigt, dass beispielsweise früher bei eher „normalen" Heroinüberdosierungen Sauerstoffgabe, oder eine Naloxongabe ausgereicht haben, um die betroffene Person wieder zu stabilisieren. Bei den Überdosierungen mit Nitazenbeteiligung war es oft so, dass wir bis zu drei Naloxongaben (Nyxoid- Nasenspray 1,8mg) geben mussten und dann immer noch bewusstlose Personen an den Rettungsdienst übergeben haben. Gestorben ist während dieser extrem angespannten Zeit im Konsumraum trotzdem keine einzige Person. Das zeigt natürlich deutlich, wie wichtig die Arbeit im Drogenkonsumraum ist. Naja und was haben wir dann gemacht… Wir haben schnell festgestellt, dass die Klient*innen ganz unterschiedliche Wissensstände hatten. Das hat für uns bedeutet erst einmal Psychoedukation an die erste Stelle zu rücken. Wir haben also Poster sowohl für Konsumierende Personen, als auch Fachpersonal entworfen und darauf erklärt was Nitazene sind, wie sie wirken und was passieren kann. Zudem war für uns ein ganz zentrales Element folgende konkrete Handlungsempfehlungen auszusprechen:
- Bestmöglich immer im Konsumraum konsumieren

- Niemals alleine konsumieren

- Teilnahme an Naloxonschulungen und anschließend Naloxon immer bei sich tragen
- Schnelltestungen auf Nitazene vor Konsum im Konsumraum durchführen lassen
- Dosissplitting, also vorsichtig mit weniger als üblich zu beginnen

Interviewer: Und wie haben die Klient*innen auf diese Empfehlungen und die Entwicklungen reagiert?

Albrecht: Oh, ehrlich gesagt sehr unterschiedlich! Manche Klient*innen fanden es super, dass noch etwas potenteres unterwegs war und wollten das unbedingt ausprobieren. Andere hingegen haben gesagt sie sehen die Entwicklung mit größter Sorge und haben ihren Stoff teilweise sogar entsorgt, wenn ein Schnelltest bei uns im Konsumraum positiv auf Nitazene angeschlagen ist. Die Bandbreite war groß und daher mussten wir uns mit unseren Beratungsansätzen genauso individuell anpassen. Irgendwann haben einige Klient*innen abgewunken und gesagt sie wüssten schon Bescheid und könnten die Potenz der Nitazene einschätzen. Auch da mussten wir dann noch mal einhaken und genauer hinsehen: Vielen war gar nicht bewusst, dass es nicht DAS eine Nitazen gibt, sondern viele unterschiedliche Nitazene die auch ganz unterschiedlich heftig wirken. Protonitazen ist zum Beispiel um ein vielfaches schwächer als Etonitazen. Und am Anfang wussten wir ja selbst noch gar nicht, was es alles gibt.

Interviewer: Wie haben sie dann herausgefunden welche unterschiedlichen Nitazene schon auf dem Markt waren? Zeigen das ihre Schnelltests direkt mit an?

Albrecht: Nein, unsere Schnelltests zeigen das leider nicht mit an. Die Schnelltests funktionieren nach dem Prinzip ganz oder gar nicht – soll bedeuten: Es wird nur angezeigt ob Nitazene enthalten sind, oder eben nicht. Weil wir dann in sehr kurzer Zeit viele positive Testungen hatten, hatten wir die Unsicherheit inwieweit Verlass auf die Schnelltestungen ist, oder ob es sich hierbei (zumindest teilweise) auch um falsch positive Ergebnisse handeln könnte. Daher haben wir dann hier in Bremen eng mit dem Gesundheitsamt und der damaligen Toxikologie zusammengearbeitet und alle Proben, die bei uns positiv getestet wurden im Labor nachgetestet, um das Schnelltestergebnis zu verifizieren. Dabei kam dann heraus, dass es sich tatsächlich um verschiedene Nitazene gehandelt hat. So haben wir immer neue Nitazene kennengelernt und konnten unsere Beratungen für die Klient*innen anpassen und ausweiten.

Interviewer: Und wie ist es jetzt aktuell in Bremen – haben Nitazene den Markt gänzlich übernommen?

Albrecht: Tatsächlich hat sich die Situation wieder etwas reguliert. Wir hatten im Sommer Notfälle wieder in einem für uns ‚normaleren' Ausmaß. Mittlerweile kennen viele Klient*innen Nitazene und wissen wie gefährlich diese Substanzen werden können. Wir haben immer mal wieder positive Schnelltestungen und auch nach Notfällen, die besonders intensiv waren, gibt es häufiger Nitazen positive Ergebnisse der Schnelltestungen. Das ist dann für uns und die Konsumierenden ein gutes Warnsignal, dass dann wieder vermehrt Nitazene dem Heroin beigemengt werden und erhöhte Aufmerksamkeit angebracht ist. Wir beobachten diese Entwicklung sehr genau und befürchten natürlich, dass immer mehr neue Substanzen auf den Markt kommen. Das zeigt natürlich nochmal eindrücklich wie wichtig Drug-Checking in Bremen ist.

Interviewer: Gab es denn ansonsten Entwicklungen von Seiten des Hilfesystems die diesen Umstand aufgreifen?

Albrecht: Ja auf jeden Fall. Wir als Träger haben beispielsweise ein Naloxon-Projekt bei dem wir konsumierende Personen, aber auch Multiplikator*innen wie Mitarbeitende aus anderen Trägern, Wohnungslosenhilfe, aber auch das Ordnungsamt oder die Polizei schulen. Zudem wurde ja jetzt gerade erst vor ganz Kurzem die Richtlinien der Bundesärztekammer so angepasst, dass allen Ärzt*innen nahegelegt wird Klient*innen mit Naloxon auszustatten. Dass das als Empfehlung endlich auch von der Ärzt*innenschaft so deutlich gemacht wurde freut mich sehr. In vielen Köpfen geistern noch sehr veraltete Bilder herum, warum Klient*innen kein Naloxon haben sollten. All diese Argumente sind heute überholt. Naloxon rettet Leben und wir bräuchten es viel flächendeckender.

Hydromorphon iv in der OAT: Innovative Suchtmedizin in Wien

Regina Walter-Philipp

In Wien gibt es seit März 2023 eine progressive Alternative zur oralen Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), die über die Landesgrenzen hinaus bereits viel Beachtung findet. Im Ambulatorium Suchthilfe Wien (ASHW) wurde im Rahmen einer Machbarkeitsstudie die intravenöse OAT (IV OAT) als neues Behandlungsmodell für Menschen mit schwerer Opioidabhängigkeit und bevorzugt intravenöser Applikation, eingeführt. Die „Pilotstudie zur Umsetzung und Sicherheit einer Opioid-Agonisten-Therapie mit intravenös verabreichtem Hydagelan® (Hydromorphonhydrochlorid)“ wurde am 30. November 2025 abgeschlossen. Die Untersuchungsergebnisse sind vielversprechend, sodass das Angebot im Rahmen eines Pilotprojektes nun fortgesetzt wird.

Die Konzeptionierung und Weiterentwicklung dieses Projektes ist vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen der Schweiz, Deutschland und Kanada erfolgt, wo die IV OAT bereits seit Jahren etabliert ist. In den europäischen Staaten ist das Angebot ausschließlich auf Diacetylmorphin (DAM) fokussiert. In Kanada wird neben der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) auch Hydromorphon für die injizierbare OAT (iOAT) eingesetzt.

Pharmazeutisch hergestelltes DAM, chemisch ident mit dem Straßenheroin aber frei von Verunreinigungen, ist in Österreich nicht zugelassen. Das halbsynthetische Hydromorphonhydrochlorid besitzt dagegen unter dem Handelsnamen Hydagelan® eine Zulassung in der Indikation Schmerzbehandlung. Damit ist es möglich dieses Medikament im Off-Label Use hierzulande als IV OAT anzuwenden.

Die IV OAT mit Hydromorphon (HDM) ist als gleichwertig mit der diamorphingestützten IV OAT zu bewerten. Die Erkenntnisse aus der kanadischen SALOME “Study to Assess Longer-term Opioid Medication Effectiveness”-Studie haben 2016 die Evidenz der IV OAT mit Hydromorphon auch eindrücklich bestätigt. Von den 202 Personen mit langjähriger Opioidabhängigkeit, die an dieser randomisierten doppelblinden klinischen Phase-III-Studie teilgenommen haben, waren 48 Prozent der HDM-Gruppe der Überzeugung DAM erhalten zu haben oder aber waren unsicher welche Substanz sie injiziert hatten. 64,3 Prozent der DAM-Gruppe waren wiederum der Ansicht HDM erhalten zu haben bzw. unsicher hinsichtlich des verabreichten Präparates. (Oviedo-Joekes et al. 2016). Die Anzahl der Adverse Events (AEs) und Serious Adverse Events (SAEs) war bei Patient*innen, die mit HDM behandelt wurden, im Vergleich zu jenen die mit DAM behandelt wurden, zudem seltener.

Um eine mögliche Durchführbarkeit der IV OAT mit HDM in Wien zu überprüfen, hat die Suchthilfe Wien im Jänner 2023 die Gesundheit Österreich GmbH mit einem Scoping Review beauftragt. Die Sichtung der internationalen Studienlage zur IV OAT mit HDM hat dabei ergeben, dass diese eine wertvolle, patientenzentrierte Ergänzung des etablierten Behandlungsangebots darstellt. (Strang et al. 2015). Die Relevanz eines solchen Angebotes wurde insbesondere bei schwer erreichbaren bzw.

therapieresistenten Gruppen verortet und somit eine Erprobung in Wien als durchaus positiv bewertet.

Die hohe Potenz und die damit verbundene geringere Substanzbelastung, die Dialysierbarkeit und die geringe Bildung aktiver Metaboliten bei der Verstoffwechselung durch die Leber haben HDM schlussendlich als Prüfsubstanz für die Wiener Machbarkeitsstudie qualifiziert. Im März 2023 wurde der erste Patient in die Studie eingeschlossen. Knapp 2,5 Jahre später, im November 2025, hat der letzte Patient alle Studienphasen durchlaufen. Insgesamt wurden 23 Patient*innen rekrutiert, 3 davon haben vorzeitig abgebrochen, alle anderen haben die Studie abgeschlossen.

Trotz dieser kleinen Fallzahl und der kurzen Beobachtungsdauer von 12 Wochen sind die ausgewerteten Daten als durchaus positiv zu interpretieren und der Erkenntnisgewinn wird nun für die weitere Implementierung im Rahmen der Pilotphase III genutzt.

Als primäre Endpunkte der Wiener Studie wurde die Reduktion des IV-Opioidkonsums außerhalb der medizinischen Settings und die Machbarkeit der Implementierung und Durchführung einer intravenösen OAT, gemessen an der Akzeptanz der Patient*innen und dem Personal, definiert. Ziel war es auch zu untersuchen, ob dieses Angebot die Bindung der Patient*innen an das Versorgungsangebot erhöht und damit auch einen Beitrag zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung leistet.

Die Erstanalyse der Studiendaten hat eine Haltequote von 86,96 Prozent ergeben. Das ist in Hinblick auf diese vielfach als non-adhärent beschriebene Patient*innengruppe als herausragend positives Ergebnis zu beurteilen. Ein primärer Endpunkt, sprich ein deutlicher Rückgang des täglichen außermedizinischen intravenösen Opioidkonsums, wurde erreicht. Konkret verringerte sich der außermedizinische IV-Opioidkonsum durchschnittlich um 2,23 tägliche Injektionen gemittelt über die gesamte Studiendauer von 12 Wochen hinweg. Die Ergebnisse zur Sicherheit der Intervention bestätigen auch die Daten der SALOME Studie. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Hydagelan® sind nicht aufgetreten. Bei den 15 unerwünschten Ereignissen handelt es sich um überwiegend leichte bis moderate lokale klinische Reaktionen.

Die Akzeptanz gegenüber der Behandlung mit HDM hat sich sowohl unter den Patient*innen, wie auch beim medizinischen Fachpersonal, als groß erwiesen. Das Therapieangebot wurde als überwiegend positiv bewertet, die Teilnehmer*innen berichteten über deutliche Verbesserungen ihrer Lebenssituation und des körperlichen wie psychischen Allgemeinzustandes.

Trotz der hohen Zufriedenheit durch die Studienteilnehmer*innen selbst und den Verbleib vieler Patient*innen in der Behandlung über die Studiendauer hinaus, ist das IV-Projekt in Wien auch nach drei Jahren als Nischenintervention zu bezeichnen.

Die Basisversorgung mit der oralen OAT ist international anerkannter Goldstandard und in Österreich gut ausgebaut und etabliert. 20.939 Menschen von insgesamt 36.000-39.000 mit risikoreichem Opioidkonsum in Österreich waren 2025 in das orale Therapiemodell integriert. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren wird auf 10.800 bis 13.700 geschätzt. (Bericht zur Drogensituation 2025). Viele davon befinden sich in aufrechter oraler OAT.

Das bestätigen auch Spritzenchecks, die in der Suchthilfe Wien (SHW) in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Das Klinische Institut für Labormedizin der medizinischen Universität Wien analysiert im Rahmen dieser Checks die Rückstände in den zuvor von Patient*innen abgegebenen Spritzen. Diese Analysen zeigen wiederholt, dass Morphin (2023, 58 Prozent) als Hauptsubstanz an den Spritzen zu finden ist. Aufgrund der Reinheit dieser Rückstände ist davon auszugehen, dass es sich um spritzbar gemachtes Morphin aus pharmazeutischer Produktion (SROM, slow release oral morphine) handelt. Das spiegeln auch die Befragungsergebnisse wieder, die im Rahmen dieser Spritzenchecks erhoben wurden. 85 Prozent der involvierten Personen befanden sich beim Check 2023 in oraler OAT.

Die gesundheitlichen Risiken, die auch der intravenöse Konsum verordneter Opioide mit sich bringt, sind zwar gut dokumentiert, werden von Patient*innen aber trotzdem oft unterschätzt. Zudem ist diese Gruppe von opioidkonsumierenden Menschen unter anderem auf die schnell anflutende psychotrope Wirkung durch die intravenöse Applikation von zuvor aufgelösten und aufgekochten Kapselinhalten oder Tabletten angewiesen. Neuere Daten zur sogenannten „needle fixation“ beschreiben außerdem eine weitere Kategorie von intravenös konsumierenden Personen, bei welchen der Injektionsvorgang selbst, unabhängig von Substanz und Wirkung, eine eigenständige psychische Funktion erfüllt (Hajšmanová et al., 2020). Negative gesundheitliche Folgen werden von beiden Patient*innengruppen toleriert bzw. werden die medizinischen Folgen der intravenösen Applikation von Substanzen aus pharmazeutischer Produktion verharmlost.

Unter diesen Voraussetzungen gestaltet sich auch die Rekrutierung für die IV OAT in Wien nach wie vor als schwierig. Hochschwellige Aufnahmekriterien erschweren dieser vulnerablen Zielgruppe den Zugang zu diesem Behandlungsangebot.

Was fehlt ist die Implementierung einer Zuweisungslogik, effizientes Schnittstellenmanagement und ein aktives Case finding. Konkret ist die Einbindung des niedergelassenen Bereiches und stationärer Gesundheitsreinrichtungen gefordert und mit einer steigenden Flexibilität der Behandlung soll auch die Attraktivität des Angebotes wachsen.

Damit das Angebot fortgeführt werden kann, ist weiterhin ein kontinuierliches Datenmonitoring zur Qualitätssicherung notwendig. Mit dem Start der Pilotphase III im Dezember 2025 ist auch die Zulassung von HDM zur Indikation intravenöse Substitution und die Aufnahme der IV OAT als Krankenkassenleistung ein Stück näher gerückt.

Mit verstärkter öffentlicher Aufklärung darüber, dass intravenöser Konsum Teil des Erkrankungsbildes ist, soll auch die Akzeptanz der Patient*innen selbst gegenüber diesem Behandlungsangebot steigen. Aktuell ist der intravenöse Konsum noch mit viel Scham behaftet, das erschwert nach wie vor den Zugang zu diesem Behandlungsprogramm.

Insgesamt zeigt das Wiener Modell jedoch eindrucksvoll, dass innovative Therapiekonzepte auch praktisch umsetzbar sind. Die intravenöse OAT eröffnet schwer belasteten Patient*innen neue Wege zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung. Die ersten positiven Erfahrungen sprechen dafür, dass dieses Konzept zukünftig

nicht nur in Wien, sondern in ganz Österreich einen fixen Platz einnehmen sollte. Moderne Suchthilfe muss über konventionelle Therapieformen hinausdenken, Versorgungslücken schließen und individualisierte Behandlungsmodelle schaffen. Nur so kann evidenzbasierte Versorgung schwer kranker Menschen zukünftig auch in Österreich gewährleistet werden.

Literatur

Schwarz T, Busch M. Scoping Review über mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydromorphon in Wien. Gesundheit Österreich GmbH, 2023

Anzenberger J, Akartuna D, Busch M et al. Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak Gesundheit Österreich GmbH; 7, 41, Abb.4.9.

Polyvalenter Konsum und neue synthetische Opioide: Warum die Behandlung nachziehen muss

Robert Morkel

Ausgangslage: Der „Opioidpatient“ ist ein Mischkonsument

2025 sind in Deutschland 2.150 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums gestorben – mehr als vier von fünf nach dem Konsum mehrerer Substanzen. Jeder vierte Verstorbene war jünger als 30 Jahre; bei den unter 20-Jährigen hat sich die Zahl der Todesfälle seit 2021 nahezu verdoppelt. Gleichzeitig hat sich der Markt verändert: Die Heroinreinheit im Großhandel ist laut REITOX-Bericht von 32,5 % (2023) auf 11,3 % (2024) gefallen, erstmals wurden in Deutschland Heroin-Fentanyl- und Heroin-Nitazen-Gemische festgestellt, und europaweit stieg die Zahl sichergestellter nitazenhaltiger Fälschungstabletten von 380 (2022) über 23.000 (2023) auf über 50.000 (2024).

Seit dem chinesischen Nitazen-Verbot vom Juli 2025 rücken bereits die nächsten Stoffgruppen nach – die „Orphine“, mit ersten Todesfällen in fünf EU-Staaten.

Diese Zahlen beschreiben nicht zwei getrennte Probleme – hier Mischkonsum, dort neue Opioide –, sondern ein einziges: Wer heute ein Opioid auf dem Schwarzmarkt kauft, weiß nicht, was er bekommt, und kombiniert es fast immer mit Benzodiazepinen, Pregabalin, Alkohol oder Kokain. Polyvalenter Konsum ist nicht die Ausnahme, die wir in der Behandlung „mitbedenken“, sondern der Normalfall, auf den unsere Versorgungsstrukturen nach wie vor nicht ausgelegt sind.

Was wir in der Diamorphinambulanz sehen

Seit Mai 2025 behandeln wir in Bielefeld schwerstabhängige Menschen mit pharmazeutischem Diamorphin – per Definition die Gruppe, bei der andere Substitutionsformen gescheitert sind. Drei Beobachtungen aus diesem ersten Jahr scheinen mir für den Bericht relevant:

Kaum ein Patient ist „nur“ opioidabhängig.

Benzodiazepin-, Pregabalin- und Kokainbeigebrauch sind bei Aufnahme die Regel. Die Opioidkomponente lässt sich mit Diamorphin hervorragend stabilisieren – der Beigebrauch aber nicht automatisch mit. Er braucht eigene, strukturierte Konzepte: kontrollierte Benzodiazepin-Ausschleichung, Vor-Ort-Vergabe der Begleitmedikation, engmaschige Urinkontrollen als Behandlungsinstrument statt als Sanktionsgrundlage.

Die kontrollierte Vergabe ist der wirksamste Schutz vor dem verunreinigten Markt.

Ein Patient, der sein Opioid täglich ärztlich kontrolliert erhält, ist dem Nitazen- oder Fentanyl-Risiko des Straßenheroins entzogen. Diamorphin- und Substitutionsprogramme sind damit nicht nur Therapie, sondern Preparedness – genau das, was die EUDA im Drogenbericht 2026 als zentrale Antwort auf Marktverschiebungen benennt: Substitution in der Fläche, Spritzenprogramme, Take-home-Naloxon.

Der Notfall hat sich verändert.

Bei hochpotenten synthetischen Opioiden und Mischintoxikationen mit Benzodiazepinen reicht eine Naloxon-Dosis oft nicht aus; die Atemdepression kann nach initialer Besserung wiederkehren. Unser Personal ist darauf geschult – viele Einrichtungen, Rettungsdienste und Angehörige sind es nicht.

Was sich in der Behandlung ändern muss

Polyvalenten Konsum als eigenständiges Behandlungsziel verankern.

Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung denken Beigebrauch überwiegend als Ausschluss- oder Abbruchkriterium. Sie müssen ihn als Behandlungsgegenstand denken: mit Konzepten für Benzodiazepin- und Pregabalinabhängigkeit in der Substitution, Kokain-/Crack-Beikonsum und der dazugehörigen Vergütung für den Mehraufwand.

Diamorphinbehandlung aus der Nische holen.

Diamorphin deckt europaweit nur rund 0,2 % der OAT-Klientel ab. Für die Hochrisikogruppe, die jetzt auf einen Markt mit Nitazenen und Orphinen trifft, ist sie die sicherste Behandlungsform, die wir haben. Zulassungs- und Finanzierungshürden (BtMVV, Kooperationsverträge mit Kommunen, Institutsermächtigungen) sind heute die eigentlichen Versorgungsbremsen.

Naloxon konsequent in die Fläche bringen.

Die Entlassung aus der Verschreibungspflicht ist richtig, reicht aber nicht: Solange kein rezeptfreies Präparat tatsächlich in der Apotheke liegt und die Erstattung ungeklärt ist, bleibt der Fortschritt auf dem Papier. Take-home-Naloxon gehört verpflichtend in jede Substitutions- und Diamorphinambulanz, jeden Konsumraum, jede JVA-Entlassung – samt Schulung zu mehrfacher Gabe.

Drug-Checking und toxikologisches Monitoring ausbauen.

Nitazene werden in der Standard-Postmortem-Toxikologie oft nicht erfasst und post mortem rasch abgebaut; britische Daten legen nahe, dass die tatsächliche Zahl der Nitazen-Toten um ein Drittel oder mehr unterschätzt wird. Ohne flächendeckendes Drug-Checking, Spritzenrestanalysen und ein verbindliches Frühwarnsystem bis auf die kommunale Ebene behandeln wir blind.

Junge Konsumierende erreichen, bevor sie Opioidpatienten werden.

Die Toten unter 30 sterben überwiegend an Medikamenten-Mischkonsum, zunehmend an Fälschungstabletten ohne jede Opioidtoleranz. Diese Gruppe erreicht die klassische Suchthilfe nicht – sie braucht niedrigschwellige, digitale und schulnahe Angebote, die über Mischkonsum und gefälschte „Oxycodon"- oder „Xanax"-Tabletten sprechen, ohne zu moralisieren.

Fazit

Der Mischkonsum ist keine neue Nebenerscheinung der Opioidabhängigkeit, sondern deren heutige Form. Eine Behandlung, die das Opioid stabilisiert und den Rest dem Patienten überlässt, greift zu kurz – und sie wird angesichts von Nitazenen, Orphinen und immer jüngeren Verstorbenen zunehmend lebensgefährlich kurz. Wir haben mit Substitution, Diamorphin, Naloxon, Konsumräumen und Drug-Checking alle Werkzeuge, die die europäische Evidenz empfiehlt. Was fehlt, ist der politische Wille, sie flächendeckend, finanziert und ohne bürokratische Hürden einzusetzen – bevor der Angebotsschock auf dem Heroinmarkt uns dazu zwingt.

Literatur

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen: Drogentodesfälle 2025 (BKA-Zahlen), Pressemitteilung vom 07.07.2026.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): REITOX-Jahresbericht 2025, Februar 2026.

European Union Drugs Agency (EUDA): European Drug Report 2026 – Trends and Developments, Juni 2026 (Kapitel NPS, Drug-induced deaths, Key developments).

European Union Drugs Agency (EUDA): Drug-induced deaths in Europe – Frequently asked questions, August 2025.

Copeland et al.: Post-mortem instability of nitazenes and implications for mortality estimates. Clinical Toxicology 2026 (King's College London).

Forensic Science International 2026: Nitazene-related deaths in Norway 2021–2024.

UNODC: World Drug Report 2026, Regionalteil Europa.

Alles Neu beim Naloxon Nasenspray

Hürden zum Bezug von Naloxon Nasenspray (THN) deutlich gesenkt

Dirk Schäffer

Die fortgesetzt exorbitant hohe Zahl an drogenbedingten Todesfällen ist sicherlich eine der traurigsten Realitäten, wenn wir den Blick auf den Konsum illegaler Substanzen werfen. Wie dramatisch die Situation in Deutschland einzuschätzen ist, zeigt ein Blick in das europäische Ausland. Während die gesamte Europäische Union 7.500 drogenbedingte Todesfälle zu verzeichnen hat, entfällt auf Deutschland allein ein Anteil von 30 %. Hierfür eine Begründung zu finden fällt schwer. So verfügen wir doch über alle Bausteine, die zur Reduktion von drogenbedingten Todesfällen beitragen können wie z.B. Drogenkonsumräume, Substitutionsbehandlung, Aufklärung und Informationen, heroingestützte Behandlung und ein hochwertiges Hilfesystem. Natürlich sind die meisten Angebote in dieser Aufzählung nicht flächendeckend etabliert, aber kaum ein anderes europäisches Land mit einer vergleichbar großen Bevölkerung verfügt z.B. über eine solch hohe Anzahl an Drogenkonsumräumen.

Opioide weiter Hauptursache für drogenbedingte Todesfälle

Auch wenn der Konsum von MDMA und Kokain und Crack weitaus mehr verbreitet ist, sind es weiterhin Opioide an denen Menschen vor allem versterben. Genauer gesagt sterben sie am sogenannten Mischkonsum, also dem zeitnahen Konsum verschiedener Substanzen.

Ein detaillierterer Blick in die Zahlen des Jahres 2025 macht deutlich, dass unabhängig von der Altersgruppe ca. 60% der verstorbenen Menschen mindestens ein Opioid konsumiert haben.

Dies gilt auch für junge Konsument*innen bis 19 Jahre bzw. bis 29 Jahre. Auch dort liegt der Anteil der Todesfälle unter Beteiligung von Opioiden bei ca. 60%. Hier werden vorrangig opioidhaltige Arzneimittel wie Oxycodon und Tilidin konsumiert.

Es scheint naheliegend, dass Opioide wie Heroin, Oxycodon, Tilidin, Fentanyl und Nitazen in ihrer Potenz insbesondere von jungen Menschen häufig unterschätzt werden.

Naloxon Nasenspray im Fokus

Neben Drogenkonsumräumen bildet Naloxon Nasenspray einen zentralen Baustein zur Vermeidung von opioidbedingten Überdosierungen.

Über viele Jahre waren die Hürden zum Bezug von Naloxon hoch und ausschließlich für Opioidkonsument*innen und subsituierte Menschen überwindbar.

Gesetzliche Änderungen waren dringend erforderlich.

Im Rückblick haben die Deutschen Modellprojekte wie NALtrain[1] und bayTHN[2] sowie die fortgesetzt hohe Zahl an Todesfällen dazu geführt, dass in kurzer Abfolge arzneimittelrechtliche und gesetzliche Rahmenbedingungen deutlich verändert wurden.

Alles begann im Herbst 2025 als der Bundesrat eine wegweisende Gesetzesänderung beschloss, die den Zugang zu dem lebensrettenden Opioid-Antidot Naloxon-Nasenspray in Deutschland massiv erleichtert. Durch die *Dreiundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung* wurden zwei wesentliche rechtliche Neuerungen eingeführt:

- **Die Entlassung aus der Verschreibungspflicht (OTC-Switch):** Naloxon-Nasensprays wurden grundsätzlich aus der Rezeptpflicht entlassen und sind damit als rezeptfreie, apothekenpflichtige Medikamente (OTC) eingestuft. Diese Änderung betrifft nationale Zulassungen. Das in Deutschland langjährig bekannte Präparat Nyxoid® besitzt eine EU-weite Zulassung, bei der die Verschreibungspflicht zentral geregelt ist, weshalb dieses konkrete Produkt vorerst rezeptpflichtig bleibt.
- **Rezeptfreie Alternativen:** Durch den rechtlichen Rahmen können alternative Präparate mit rein nationaler Zulassung (wie beispielsweise Ventizolve®) rezeptfrei in Apotheken abgegeben werden, sobald sie vollumfänglich im deutschen Handel verfügbar sind. Die Markteinführung von Ventizolve® wird aktuell vorbereitet.

Bürokratische Erleichterung für Einrichtungen (§ 2a AMVV)

- Für Institutionen wurde mit dem neuen Paragraph 2a der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) eine Sonderregelung geschaffen.
  Bestimmte Einrichtungen können verschreibungspflichtige Naloxon-Nasensprays (wie Nyxoid®) nun deutlich unkomplizierter für den Notfallbedarf bestellen.
  Dazu gehören: Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe sowie der Obdachlosenhilfe, des Strafvollzugs, Polizei- und Zollbehörden, die Bundeswehr und Ordnungsbehörden.
  Der Vorteil bei dieser nun möglichen Form der Verordnung ist, dass die sonst zwingenden personalisierten Angaben (wie Name und Geburtsdatum eines konkreten Patienten) entfallen. Ein einfacher dokumentierter Verwendungszweck auf dem Privatrezept reicht aus, um Naloxon Nasensprays zu erwerben.
- Substituierte Person sowie Drogenkonsument*innen können weiterhin Nyxoid® zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet bekommen.

- **Die Bundesärztekammer nimmt Naloxon in Richtlinien zur Substitution auf**
  Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im Juli 2026 eine maßgebliche Änderung in ihrer Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger beschlossen. Nasales Take-home-Naloxon wurde offiziell

1 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/thn-naltrain
2 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1785-3481

als feste schadensminimierende Maßnahme (Harm Reduction) in die Richtlinie aufgenommen. Damit reagiert die Ärzteschaft direkt auf die Anpassung der medizinischen S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“ sowie auf die steigenden Zahlen drogenbedingter Todesfälle:

- **Ärztinnen und Ärzte sollen Patient*innen im Rahmen der Substitutionsbehandlung nasales Take-home-Naloxon regelmäßig nach entsprechender Notwendigkeit verordnen. Insbesondere zu Beginn einer Substitutionsbehandlung ist dies nun fest vorgesehen.**

Es bleibt zu hoffen, dass die bisherigen Vorbehalte und Vorurteile vieler Ärzt*innen mit den Anpassungen der Bundesärztekammer entkräftet werden können und eine Verordnung an Substitutionspatienten nun die Regel wird und nicht die Ausnahme darstellt.

- Darüber hinaus finden aktuell Bemühungen statt, Streifenwagenbesatzungen in Innenstadtnähe oder an szenerelevanten Orten mit Naloxon Nasensprays auszustatten. Beispielgebend ist hier unter anderem Österreich. Die Landespolizeidirektionen in allen neun Bundesländern statten Einheiten im Außendienst, insbesondere die auf Drogenbekämpfung spezialisierten Dienststellen, bedarfsmäßig mit Naloxon-Nasensprays aus.

Wann werden Erfolge sichtbar?

Um die opioidbedingten Drogentodesfälle in einer Region signifikant zu senken, muss die Verbreitung von Naloxon laut internationalen Studien etwa 20-mal so hoch sein wie die jährliche Zahl der Opioid-Todesfälle in diesem Gebiet.

Dieses empirische Verteilungsziel (oft als *Naloxone-to-Overdose-Ratio* bezeichnet) stammt aus Modellen, die im medizinischen Fachjournal The Lancet veröffentlicht wurden und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestützt werden.

Da Überdosierungen unvorhersehbar und meist im privaten oder informellen Raum stattfinden, kommt es auf die Dichte an.[3]

Ein Großteil der verteilten Naloxon-Kits wird niemals eingesetzt, weil sie ablaufen oder sich am falschen Ort befinden. Das Medikament rettet nur dann Leben, wenn es genau in der Minute einer Überdosierung bei einer anwesenden Person (z. B. Ersthelfern, Freunden oder Konsumierenden) griffbereit ist.

- **Bedarfsorientierte Verteilung (Demand-based):** Die direkte Abgabe an Menschen, die aktiv illegale Opioide konsumieren (sogenannte *Take-Home-Naloxon-Programme*), gilt als die effektivste Methode. Studien zeigen, dass ein solcher Ansatz die Todesfälle um etwa **8,8 %** senken kann
- **Angebotsorientierte Verteilung (Supply-based):** Die breit gestreute Abgabe an die allgemeine Öffentlichkeit erzielt im Schnitt eine Reduktion von rund **6,3 %**, da das Notfallset seltener direkt am Ort des Geschehens ist.[4]

3 https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/opioid-related-deaths-health-and-social-responses_de

4 https://www.sph.umn.edu/news/greater-availability-of-naloxone-and-increases-in-witnessed-overdoses-can-reduce-opioid-related-deaths/

Zusammenfassend sind nun fast alle Voraussetzungen geschaffen, damit Naloxon Nasensprays in den Besitz aller Akteure gelangen, die mit Drogenkonsument*innen in den Kommunen in Kontakt kommen. Nun sind alle gefordert:

- Die Kommunen, die der Drogen- und Aidshilfe finanzielle Unterstützung anbieten können um z.B. Mitarbeiter*innen im betreuten Wohnen und Streetwork ausstatten.
- Medizinisch Verantwortliche Personen für den Polizeidienst und für Mitarbeiter*innen des Ordnungsdienstes.
- Suchtmediziner*innen, die ihre Patient*innen proaktiv informieren und auszustatten.

Nur wenn alle Akteur*innen die Potentiale von Naloxon erkennen wird es uns gelingen die Zahl opioidbedingter Todesfälle in den Kommunen zu senken.

TEIL III

ÜBERGEORDNETE THEMEN

Strategien der Hepatitis-C-Elimination

Menschen mit injizierendem Drogenkonsum sind die primäre Zielgruppe

Astrid Leicht, Heino Stöver

Einleitung

Auf der To-Do-Liste der WHO steht im Rahmen der Nachhaltigkeitsziele (SDGs) die Elimination der Hepatitis C (HCV): Ausgehend vom Jahr 2015 soll bis zum Jahr 2030 die Rate der Neuinfektionen mit HCV um 90% und die Zahl HCV-assoziierter Todesfälle um 65% gesenkt werden. 90% der HCV-Infizierten sollen von ihrer Infektion wissen und 80% der HCV-Infizierten sollen eine Therapie erhalten (haben).

Eine wichtige Voraussetzung für die Zielerreichung ist, die Elimination als Aufgabe der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) zu verstehen.

Mit der „BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderen sexuell übertragbaren Infektionen" (im Folgenden „BIS 2030") hat sich auch die deutsche Bundesregierung im Jahr 2016 dazu bekannt.

Jedoch sieht es im Frühjahr 2026 so aus, als würde Deutschland bis 2030 das Ziel, HCV zu eliminieren, nicht erreichen.

Einer Schätzung der Deutschen Leberstiftung in Kooperation mit der Firma Abbvie zufolge haben im 3. Quartal 2025 in Deutschland lediglich 54% der HCV-Infizierten statt der angestrebten 90% ihre Diagnose und 36% statt der angestrebten 80% eine Therapie erhalten (https://www.hcv-tracker.de/).

Im Statusbericht der WHO 2025 zur Hepatitis-B- (HBV) und HCV-Krankheitslast und zur Umsetzung der WHO-Policy werden für Europa insbesondere folgende regionale Handlungsprioritäten zur Erreichung der BIS-2030-Ziele genannt:

- die Erhöhung des politischen und finanziellen Engagements,
- die Intensivierung der Surveillance und der Früherkennung von Infektionen,
- die Thematisierung der Preisgestaltung der Therapiekosten und
- die Beendigung von Stigma und Diskriminierung bei marginalisierten Schlüsselpopulationen (WHO 2025).

Doch die Elimination der Hepatitis C ist kein Wunschdenken! Die notwendigen und wirksamen Maßnahmen der Prävention, Diagnostik und Heilung der HCV sind bekannt und etabliert. Als Vorreiter gilt Ägypten. Dieses Land hat das Eliminationsziel bereits erreicht (WHO 2024).

Nun gilt es, in Deutschland die Hürden für die Umsetzung der Maßnahmen zur Elimination zu überwinden, speziell bei Menschen, die aktiv Drogen gebrauchen (People Who Inject Drugs, PWID), Menschen in Opioidagonistentherapie (OAT) und Menschen, die inhaftiert sind.

Epidemiologie

In der deutschen Allgemeinbevölkerung ist eine aktive Hepatitis C mit geschätzten 0,2% Prävalenz kaum relevant. Jedoch gibt es Bevölkerungsgruppen, in denen die Prävalenz massiv erhöht ist. So liegt die Prävalenz der aktiven Hepatitis C bei Menschen, die Drogen injizieren, mit ca. 30% um das 150-Fache höher als in der Gesamtbevölkerung. Das stark erhöhte Risiko besteht vor allem beim injizierenden Drogengebrauch. Die meisten Übertragungen hierzulande finden durch gemeinsames Benutzen von Spritzbesteck und Zubehör statt.

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat im Rahmen der Studie „DRUCK 2.0“ festgestellt: „Mit 27% liegt die virämische Prävalenz bei den untersuchten PWID immer noch 100-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Positiv ist, dass sich der Anteil ausgeheilter Infektionen unter den jemals Infizierten durch antivirale Behandlung fast verdoppelt hat.“ (Steffen/ Krings/Zimmermann 2025, S. 19; Steffen et al. 2024). Jedoch ist diese Veränderung bei Weitem nicht ausreichend und zudem kein stabiler Trend. Die vorläufigen, noch nicht veröffentlichten Auswertungsergebnisse der RKI-Studie „DRUCK Surv“ zeigen, dass im Vergleich zu den Vorgängerstudien (DRUCK, 2011–2014, und DRUCK 2.0, 2021–2022) die bundesdeutschen Prävalenzen unverändert hoch bzw. sogar erhöht sind und die Therapierate zu niedrig ist.

In der DRUCK 2.0-Studie wurde festgestellt, dass nur etwa die Hälfte der befragten Aidshilfen und Drogenhilfeeinrichtungen Personen mit positivem Antikörperbefund in die Versorgung weitervermitteln konnten. „Mögliche Hürden sind vor allem das Fehlen einer Krankenversicherung sowie Stigmatisierung und erwartete Non-Compliance.“ (Steffen/ Krings/Zimmermann 2025, S. 19; Steffen et al. 2024).

Des Weiteren heißt es: „Auch im Zugang zu Prävention gibt es weiterhin Lücken. Der Anteil substituierter Teilnehmender hat sich gegenüber 2011–2014 nur leicht verbessert und das Teilen von benutzten Konsumutensilien bleibt ein Problem. Der zunehmende Anteil von Menschen in Wohnungslosigkeit erhöht die Vulnerabilität von PWID zusätzlich.“ (Steffen/ Krings/Zimmermann 2025, S. 19; Steffen et al. 2024).

Die bundesdeutsche Strategie BIS 2030

Die BIS 2030 ist ein Beitrag zur Erreichung der WHO-Nachhaltigkeitsziele. Sie zielt darauf ab, Präventions- und Versorgungsangebote passgenau auf verschiedene Altersgruppen und Lebensbereiche auszurichten. Die Akzeptanz von Sexualität und sexuellen Orientierungen sowie unterschiedliche Lebens- und Verhaltensweisen ist ein zentrales Prinzip dieser Strategie. Die Strategie steht für eine wegweisende Neuausrichtung und integriert HIV, Hepatitis B und C sowie andere sexuell übertragbare Infektionen (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016).

Die Bundesregierung hat im Jahr 2023 das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Center of Disease Control, ECDC) beauftragt, die Umsetzung der BIS 2030 zu überprüfen (ECDC 2024). Das Ergebnis dieser Überprüfung zeigt, dass Deutschland auf dem richtigen Weg ist, die Elimination von Hepatitis C bis 2030 zu erreichen. Allerdings werden unter anderem als übergreifende prioritäre Maßnahmen gefordert: „Ausbau und Weiterentwicklung bedarfsori-

entierter, kultursensibler, partizipativer, erschwinglicher und integrierter Präventions-, Test- und Behandlungsangebote für Schlüsselpersonen und unterversorgte Bevölkerungsgruppen, einschließlich Menschen in Justizvollzugsanstalten". (S. 1)

Die Überprüfung der BIS 2030 durch das ECDC hat auch gezeigt, dass besonders drogengebrauchende Menschen im Strafvollzug oder in Obdachlosigkeit sowie Migrant*innen aus Ländern mit höherer Prävalenz einen erschwerten Zugang zu den bestehenden Versorgungsangeboten in Deutschland haben. Diese sogenannten vulnerablen Gruppen werden bei den allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen häufig nicht erreicht, fallen bereits bei der Testung häufig durch das Raster und erhalten nicht in ausreichendem Maße einen Zugang zur Therapie.

Die vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studien DRUCK 2.0 und DRUCK-Surv zeigen, dass die Ziele der BIS 2030 nicht erreicht werden können, wenn nicht rasch erhebliche zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, Hepatitis C auch bei Menschen, die akut Drogen gebrauchen, sich in einer Opioidagonistentherapie befinden oder inhaftiert sind, zu therapieren – sowohl zum individuellen Gesundheitsschutz als auch im Sinne von „Treatment as Prevention" (TasP).

HCV unter Drogengebrauchenden – neue Drogenkonsummuster, Versorgungsprobleme in Haft

Besonders verbreitet sind Hepatitis B und C bei Menschen, die Drogen intravenös oder auch nasal konsumieren, bei Gefangenen, bei HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben, und bei Menschen, in deren Herkunftsländern Hepatitis B und C weit verbreitet sind.

Die BIS 2030 erkennt und benennt die Übertragungsrisiken durch neue Drogenkonsummuster: „Injizierende Drogengebrauchende sind besonders von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Übertragungen durch Blutkontakte betroffen. Neben den Opioidkonsument*innen gibt es neue Gruppen von Drogengebrauchenden, die vor allem Crystal, Speed, GHB und andere aufputschende Drogen (Partydrogen) konsumieren. Durch den Konsum dieser Drogen werden sowohl das Sexual- als auch das Schutzverhalten beeinflusst. Hierdurch sowie durch das gemeinsame Benutzen von Injektions- bzw. Inhalationsutensilien steigt das Infektionsrisiko." (S. 9)

Eine weitere Herausforderung und gleichzeitig Chance stellt die hohe Zahl der inhaftierten Drogengebrauchenden innerhalb des Justizvollzugs dar.

Die BIS 2030 sieht auch hier einen Verbesserungsbedarf bei der Prävention von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis C -Infektionen sowie der Diagnostik und Behandlung dieser Infektionen. So wird bspw. nur in einer von 181 Haftanstalten in Deutschland ein Spritzenaustauschprogramm angeboten (JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg).

Die BIS 2030 stellt fest, dass „anerkannte Präventionsmaßnahmen, einschließlich der Substitutionstherapie für Drogengebrauchende oder die Bereitstellung von Kondomen und Gleitgel, die HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Übertragungsrisiken minimieren (können). Diese werden bislang nicht in gleichem Maße flächendeckend umgesetzt bzw. zur Verfügung gestellt." (S. 16)

Insgesamt stellt die BIS 2030 fest, dass „neben der Aufklärung Maßnahmen zur Schadensminimierung wesentlicher Bestandteil der deutschen Präventionspolitik für Menschen mit injizierendem Substanzkonsum (sind). Die anerkannte Substitutions-

behandlung wird fortgesetzt und niedrigschwellige Präventionsangebote für intravenös oder auch nasal drogengebrauchende Menschen sollen angepasst und erweitert werden. Hygieneutensilien wie Nadeln, Spritzen oder Sniefröhrchen können wesentlich zur Verhinderung von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen beitragen. Maßnahmen für Menschen, die (Sex-)Partydrogen gebrauchen, sollen ausgebaut und Präventionsmaßnahmen verstärkt in (Sex-)Partysettings bereitgestellt werden." (S. 18)

Weiterhin heißt es: „Insbesondere für Männer, die Sex mit Männern haben, und injizierende Drogengebrauchende sollten Versorgungsangebote zur Prävention, Diagnostik und Behandlung durch oder in Kooperation mit AIDS-Hilfen und Suchtberatungsstellen weiter optimiert und die Vernetzung verschiedener Akteure gefördert werden." (S. 19)

Die To-dos zur Elimination von Hepatitis C in Deutschland

Eine erfolgreiche HCV-Therapie kann nicht nur die betroffenen Menschen heilen, sondern zugleich ganze Infektionsketten unterbrechen und damit auch die Neuinfektionsraten deutlich senken (Treatment as Prevention, TasP).

Einigkeit besteht unter Expert*innen, wo die Schwerpunkte zu setzen sind, damit das Ziel der Elimination erreicht werden kann: Menschen mit injizierendem Drogenkonsum sind die primäre Zielgruppe; die Settings Opioidagonistentherapie und Justizvollzug" sind geeignete Orte, die Hepatitis-C-Therapie durchzuführen.

Menschen mit injizierendem Drogenkonsum

Baumgarten et al. (2024) haben in einem Whitepaper die wichtigen Herausforderungen und Handlungsempfehlungen zusammengefasst, um für die schwierig erreichbaren Gruppen einen besseren Zugang zur Testung und Behandlung der HCV-Infektion zu ermöglichen.

Dazu schlagen sie eine Stärkung auch aufsuchender Angebote vor, die den Menschen dort ein Test- und Behandlungsangebot machen sollen, wo sie sich aufhalten. Das könnte geschehen in den Einrichtungen der Aids-, Drogen- und Suchthilfe, in Kontaktstellen, Beratungsstellen oder Drogenkonsumräumen. Doch dazu müssten die kommunal finanzierten Sucht- und Aidsberatungsstellen besser ausgestattet werden.

Die Autor*innengruppe schlägt auch einen schnelleren Weg von der Diagnose in die Behandlung vor: „Linkage to Care". Entscheidend für die HCV-Elimination ist, dass v. a. betroffenen Personen aus vulnerablen Gruppen nach der Diagnose eine schnelle, niedrigschwellige Behandlung angeboten wird. Viele dieser Patient*innen gehen für die Therapie verloren, selbst wenn zuvor eine behandlungsbedürftige HCV-Infektion festgestellt worden ist. In sogenannten „Linkage to Care"-Projekten werden Betroffene deshalb bei der Wahrnehmung von Arztterminen und Behandlungen unterstützt.

Menschen mit einer HCV-Infektion in Justizvollzugsanstalten

Weitere Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Prävention in Justizvollzugsanstalten, d. h. auf die Testung und Behandlung von Menschen mit einer HCV-Infektion

in Justizvollzugsanstalten. Dort ist die Hepatitis-C-Prävalenz besonders hoch. Hier sollte eine HCV-Diagnostik bei allen Gefangenen erfolgen, doch in der Realität findet diese nur bruchstückhaft statt. Auch bundesweite Erhebungen und Auswertungen zur Gesundheitsversorgung im deutschen Justizvollzug und HCV-Screening-Raten in Gefängnissen fehlen. Über mobile und in der Regel externe Teams aus den Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen könnte das medizinische Personal im Strafvollzug in der Beratung und Testung unterstützt und entlastet werden. Auch konzertierte bundesweite Aktionen („Testtage") könnten zur Erhöhung der Testungen führen – und sollten immer auch ein Behandlungsangebot beinhalten.

Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Unter den (i.v.) Drogenkonsumierenden finden sich viele Menschen mit fehlendem oder unzureichendem Krankenversicherungsschutz, was eine erfolgreiche Behandlung verhindert. Hier sollten die Pharmaindustrie und der Öffentliche Gesundheitsdienst gemeinsam ein Verfahren zur Senkung bzw. zur Finanzierung der mittlerweile überhöhten Therapiekosten finden.

Fazit

Die Elimination von Hepatitis C in Deutschland kann nach übereinstimmender Meinung von Expert*innen der Forschung, der Medizin, der Sucht- und Aidshilfen und der Gesundheitsbehörden bis zum Jahr 2030 noch gelingen, wenn möglichst viele Hepatitis-C-Virus-Infizierte diagnostiziert und erfolgreich therapiert werden können.

Dabei sind folgende Herausforderungen prioritär zu bewältigen:

- Die Test- und Behandlungsangebote für vulnerable Gruppen, insbesondere Drogengebrauchende, Menschen im Strafvollzug oder in Obdachlosigkeit, müssen verbessert werden.
- HCV-Therapien müssen verstärkt auch in Substitutionspraxen, in Haft sowie unabhängig vom Versicherungsstatus und vom Drogen- und Alkoholkonsumverhalten niedrigschwellig und ohne moralische Vorbehalte angeboten und durchgeführt werden. Auch Menschen, die erst seit kurzem Drogen injizieren, sollten frühzeitig Test- und Therapieangebote erhalten.
- Es bedarf eines klaren Bekenntnisses der Politik zur BIS 2030 mit dem Ziel, Hepatitis C so weit einzudämmen, dass Gesundheitsrisiken und Todesfälle vermieden werden können und das Ziel der Beendigung von Hepatitis C als Gefahr für die öffentliche Gesundheit erreicht werden kann.

Literatur

Baumgarten, A.; Buggisch, P.; Cornberg, M.; Hüppe, D.; Höpner, D.; Keppler, K.; Leicht, A.; Sarrazin, C.; Schäffer, D.; Tacke, F. (2024): Die Elimination von Hepatitis C in Deutschland Warum wir die Eindämmungsziele erreichen müssen – und wie es uns gelingen kann. Whitepaper- Die_Elimination_von_Hepatitis_C_in_Deutschland.pdf

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016): Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen BIS 2030 – Bedarfsorientiert · Integriert · Sektorübergreifend. Hier: BIS-Strategie Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf

ECDC (2024): ECDC-Sonderbericht, Halbzeitbilanz der Umsetzung und Wirkung der deutschen Strategie BIS 2030 zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, Mai 2024

Steffen, G.; Krings, A.; Zimmermann, R. (2025): HEPATITIS C BEI MENSCHEN, DIE DROGEN INJIZIEREN. Ergebnisse aus der Pilotstudie DRUCK 2.0. Infect-m_2_25_Mitteil_RKI.pdf

Steffen, G.; Krings, A.; Guttmann, S.; Lübke, N.; Meyer-Schlinkmann, K.; Tiemann, C.; Timm, J.; Walker, A.; Zimmermann, R.; DRUCK 2.0-study group (2024): Progress and challenges in the elimination of hepatitis C among people who inject drugs in Germany: results of a pilot study for a national monitoring system, 10 years after the first data collection. Harm Reduct J. 2024 Dec 20;21(1):222. doi: 10.1186/s12954-024-01119-2

Zimmermann R, Krings A, Steffen G (2023): DRUCK 2.0-Pilot - DRUCK 2.0 - Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht, Berlin 2023. DOI 10.25646/11930 https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Sexuell-und-durch-Blut-uebertragene-Krankheiten/DRUCK-Studie/Downloads/DRUCK2-0-Abschlussbericht.pdf

WHO (2024): Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4fc7b178-5017-4065-9970-fc5a7533cb5f/content

WHO (2025): Information sheet Viral hepatitis B and C burden of disease, WHO policy adoption status in countries, 2025 (2025) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/2025-whd-hep-information-sheet.pdf

Niedrigschwelliger Zugang und „directly observed therapy“ als Schlüssel zur erfolgreichen Hepatitis C-Elimination bei „people who inject drugs“

Michael Gschwantler

Das Hepatitis C Virus (HCV) ist weltweit verbreitet und stellt ein bedeutendes medizinisches Problem dar. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass weltweit etwa 47 Millionen Menschen chronisch mit HCV infiziert sind. Es wird vermutet, dass in Österreich etwa 20.000-40.000 Menschen an einer chronischen Hepatitis C leiden. Unbehandelt kann eine chronische Hepatitis C zu einer Leberzirrhose und zu einem hepatozellulären Karzinom fortschreiten. Es ist deshalb wichtig, möglichst früh die Diagnose zu stellen und rechtzeitig – bevor sich Komplikationen einer fortgeschrittenen Lebererkrankung entwickeln – eine effektive antivirale Therapie einzuleiten.

Moderne Therapiekonzepte bei chronischer Hepatitis C

Das Therapieziel bei chronischer Hepatitis C besteht in einer vollständigen Viruselimination. Eine solche ist erreicht, wenn 12 Wochen nach Therapieende kein Virus im Serum des Patienten nachweisbar ist: In diesem Zusammenhang spricht man von einer SVR12 (d.h. einer **s**ustained **v**irological **r**esponse 12 Wochen nach Therapieende). Seit einigen Jahren stehen hochwirksame Substanzen zur Verfügung, die zusammenfassend als „**d**irect **a**cting **a**ntivirals“ (DAA) bezeichnet werden und spezifisch jeweils eines von drei vom HCV-Genom kodierte Enzyme (NS3/4A-Protease, NS5B-Polymerase sowie das Enzym NS5A) hemmen, die für die Virusreplikation erforderlich sind. Je nachdem, welches der drei genannten Enzyme gehemmt wird, werden bei DAAs Proteasehemmer, Polymerasehemmer und NS5A-Hemmer unterschieden. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass durch Kombination von zwei (oder drei) DAAs aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen eine Heilung der chronischen Hepatitis C ohne relevante Nebenwirkungen bei einer Therapiedauer von meist nur 8-12 Wochen möglich ist. Die bevorzugt eingesetzten Therapieregime sind pangenotypisch (d.h. bei allen HCV-Genotypen wirksam), sodass vor Therapiebeginn streng genommen eine Bestimmung des HCV-Genotyps nicht unbedingt nötig wäre.

Derzeit stehen in Österreich zwei Therapieregime für die „First-line“-Therapie der chronischen Hepatitis C zur Verfügung: Einerseits die Kombination Velpatasvir/Sofosbuvir, die aus einem NS5A-Hemmer plus einem Polymerasehemmer besteht und über 12 Wochen verabreicht wird und andererseits die Kombination Glecaprevir/Pibrentasvir mit einer Therapiedauer von meist 8 Wochen, die aus Proteasehemmer plus NS5A-Hemmer besteht. Beide Therapieregime zeichnen sich durch eine hervorragende Verträglichkeit und – bei regelmäßiger Einnahme – durch eine virologische Heilungsrate von nahezu 100% aus.

Das Ziel der WHO – Elimination der Hepatitis C bis 2030

Aufgrund der hocheffektiven nun zur Verfügung stehenden Therapieregime formulierte die WHO bereits 2015 das engagierte Ziel einer Elimination der Hepatitis C bis zum Jahr 2030, wobei der Begriff Elimination als eine Reduktion der Neuinfektionen um 90% und eine Reduktion der HCV-induzierten Todesfälle um 65% bis 2030 (im Vergleich zu den Zahlen vom Jahr 2015) definiert wurde. Zusätzlich sollen bis zum Jahr 2030 90% aller HCV-Fälle diagnostiziert sein und 80% aller Infizierten mit einer antiviralen Behandlung begonnen haben.

Wie kann das Ziel einer HCV-Elimination erreicht werden?

Um das Ziel der WHO einer Elimination der Hepatitis C bis 2030 zu erreichen ist es insbesondere notwendig, Hochrisikogruppen zu screenen und Therapiesettings zu schaffen, um Infizierte erfolgreich antiviral zu behandeln.

Zu den Hochrisikopopulationen für eine HCV-Infektion zählen unter anderem Menschen mit aktuellem oder früherem intravenösem Drogenkonsum („people who inject drugs“, PWIDs), wohnungslose und inhaftierte Personen sowie „men who have sex with men“ (MSM). In Wien wurden deshalb bereits vor einigen Jahren in Kooperation zwischen dem Ambulatorium Suchthilfe Wien und der 4. Medizinischen Abteilung der Klinik Ottakring mehrere Projekte initiiert, deren Ziel in der Elimination der Hepatitis C in Hochrisikopopulationen besteht und die unter dem Titel „Let´s end hepatitis C in Vienna“ zusammengefasst werden. Am höchsten ist in Industrienationen – wie Österreich - die Prävalenz der chronischen Hepatitis C bei PWIDs; gleichzeitig wurden PWIDs jedoch in der Vergangenheit in einem hohen Prozentsatz nicht behandelt bzw. ihre Infektion wurde nicht oder nur verzögert diagnostiziert, da viele von ihnen nur mangelhaft an das Gesundheitssystem angebunden sind. In der weiteren Folge dieses Artikels berichten wir über den aktuellen Stand eines Projektes, dessen ehrgeiziges Ziel darin besteht, bei PWIDs im Großraum Wien das WHO-Ziel einer Elimination der Hepatitis C zu erreichen.

Das „Standard-Setting“ der Hepatitis C-Therapie in Österreich

Da es sich bei den zur Therapie der chronischen Hepatitis C eingesetzten Regimen um hochpreisige Medikamente handelt, gibt es in Österreich eine sogenannte „Zentrumsregelung“: Dies bedeutet, dass die Therapie – um von den Krankenkassen refundiert zu werden - im Wesentlichen nur von definierten Schwerpunktkrankenhäusern verschrieben werden darf. Bei Einleitung der Therapie erhält der Patient zunächst nur ein Rezept für die ersten vier Wochen. Es werden daher Kontrolltermine vereinbart, bei welchen die weiteren Monatsrezepte ausgehändigt werden. Für den Erfolg der antiviralen Therapie ist es unbedingt erforderlich, dass diese Kontrolltermine eingehalten werden, da es ansonsten zu einer Unterbrechung oder einem Abbruch der Therapie kommen würde.

Herausforderungen und Chancen bei der HCV-Therapie von PWIDs

PWIDs mit guter Compliance können – unabhängig davon, ob noch ein aktiver Drogenkonsum besteht oder nicht - problemlos über ein hepatologisches Zentrum behandelt werden. Ein beträchtlicher Teil aller PWIDs, für den wir den Begriff „PWIDs mit einem hohen Risiko für Non-Adhärenz bei der antiviralen Therapie“ prägten, ist jedoch durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Viele PWIDs lehnen aufgrund diverser Vorbehalte eine ambulante Betreuung über ein Schwerpunktkrankenhaus ab.
- Aufgrund der Suchterkrankung und psychiatrischer Begleiterkrankungen sind diese Menschen nicht in der Lage, die Termintreue aufzubringen, die für eine Therapie über ein Schwerpunktkrankenhaus erforderlich wäre.
- Wegen der reduzierten Compliance wäre die Gefahr sehr groß, dass die antivirale Therapie nicht regelmäßig eingenommen würde (oder Medikation verloren wird), wenn ihnen – wie im Standardsetting üblich - eine Monatspackung zur selbstständigen Einnahme daheim mitgegeben würde.
- Bei einem Großteil dieser PWIDs besteht ein aktiver Drogenkonsum und praktisch alle weisen klinisch relevante psychiatrische Begleiterkrankungen sowie einen kritischen psychosozialen Status auf: Der Großteil ist arbeitslos, viele sind ohne eigene Wohnung, nur wenige leben in einer stabilen Beziehung und etwa zwei Drittel berichten über - oft mehrfache - Hafterfahrung.

Trotz all der genannten Probleme weisen diese Patienten jedoch in einem Punkt eine (fast) perfekte Compliance auf: Sie besuchen täglich ihre Apotheke (oder eine niedrigschwellige Einrichtung), um dort unter Aufsicht durch einen Pharmazeuten, einen Arzt oder eine Pflegeperson ihre Opioid-Agonistentherapie (OAT) einzunehmen.

Aus den genannten Gründen ist das oben beschriebene „Standard-Setting“ einer Hepatitis C Therapie über Schwerpunktkrankenhäuser nicht geeignet, um bei „PWIDs mit einem hohen Risiko für Non-Adhärenz bei der antiviralen Therapie“ eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten und es war daher nötig, ein alternatives Setting zu schaffen, das den Erfordernissen für PWIDs gerecht wird und von diesen auch akzeptiert wird.

Ein neues „Setting“ für die Therapie von „PWIDs mit einem hohen Risiko für Non-Adhärenz bei der antiviralen Therapie“

Um den oben beschriebenen Bedürfnissen von PWIDs gerecht zu werden, beruht unser Projekt daher auf den folgenden drei zentralen Ideen:

1. Es muss ein niedrigschwelliger Zugang zur HCV-Therapie geschaffen werden, der die Einleitung einer Behandlung mit – im Idealfall – nur einer Visite ermöglicht.
2. Die zwei bzw. drei Monatsrezepte werden von uns automatisch an die entsprechende Apotheke, in welcher der Patient seine OAT bekommt, geschickt, sodass es zu keiner Therapieunterbrechung kommt, auch wenn Kontrollvisiten in der Hepatitisambulanz versäumt werden.

3. Die Einnahme der antiviralen Therapie wird mit der Einnahme der OAT kombiniert und erfolgt unter Aufsicht eines Pharmazeuten (oder, falls die OAT in einer niedrigschwelligen Einrichtung ausgegeben wird, unter Aufsicht eines Arztes oder einer Pflegeperson). Diese Form der Abgabe wird als „directly observed therapy" (DOT) bezeichnet.

Zur Umsetzung des Projektes erfolgte ein Zusammenschluss zwischen der Klinik Ottakring (einem großen Schwerpunktkrankenhaus in Wien) mit zwei niedrigschwelligen Einrichtungen in Wien, der Suchthilfe Wien gGmbH und dem Verein Dialog, zu einem großen hepatologischen Zentrum.

Wegen der mangelhaften Akzeptanz von Schwerpunktkrankenhäusern durch viele PWIDs wurde zusätzlich zu der in der Klinik Ottakring bestehenden Hepatitisambulanz eine zweite niedrigschwellige Hepatitisambulanz im Ambulatorium der Suchthilfe Wien eingerichtet. Bei der Suchthilfe Wien handelt es sich um die größte niedrigschwellige Einrichtung Wiens, die ein fast perfektes „Setting" für die Therapie von PWIDs darstellt, da sie über die gesamte Infrastruktur verfügt, die für eine umfassende Betreuung dieser Patientengruppe erforderlich ist. Sie bietet unter anderem ein Tageszentrum, eine Notschlafstelle, ein Spritzentauschprogramm sowie ein Ambulatorium mit Suchtmedizinern, Psychiatern, Pflegepersonen, Sozialarbeitern, HIV-Spezialisten und Hepatologen.

Sowohl in der hepatologischen Ambulanz der Klinik Ottakring, als auch in der Hepatitisambulanz der Suchthilfe Wien werden alle diagnostischen Maßnahmen, die vor, während und nach einer antiviralen Therapie der Hepatitis C erforderlich sind (wie etwa Blutuntersuchungen und transiente Elastographie zur Bestimmung der Leberfibrose) angeboten. Während eines ausführlichen Gespräches wird der Patient über alle für ihn relevanten Aspekte der Hepatitis C informiert und Therapieoptionen werden diskutiert. Wird vom Patienten eine antivirale Therapie gewünscht, so wird – abhängig von Fibrosegrad und Begleitmedikation – das am besten passende Therapieregime ausgewählt und besondere Aspekte der Medikamenteneinnahme sowie Verhaltensmaßregeln während der Therapie werden eingehend besprochen. Insbesondere wird der Patient darauf hingewiesen, dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sehr wichtig ist und dass die antiviralen Substanzen nicht mit jedem beliebigen anderen Medikament kombiniert werden dürfen (da „drug-drug-interactions" möglich sind) und daher vor jeder geplanten Änderung der Begleitmedikation unser Team kontaktiert werden muss.

In der weiteren Folge wird das erste Monatsrezept für die HCV-Therapie an die Krankenkasse zur Bewilligung weitergeleitet und anschließend von unserem Team - nach vorherigem Anruf – per Post an die Apotheke geschickt, in welcher der Patient regelmäßig seine OAT erhält. Ebenso wird mit den Folgerezepten verfahren. Durch diese Vorgangsweise ist für eine erfolgreiche Therapie der chronischen Hepatitis C theoretisch nur eine einzige Visite erforderlich. (Anmerkung: Zum Beweis des Therapieerfolges ist eine weitere Laboruntersuchung 12 Wochen nach Therapieende nötig.)

Die Abgabe der antiviralen Therapie erfolgt gemeinsam mit der OAT in der gewohnten Apotheke unter Aufsicht eines Apothekers als „directly observed therapy". Grundsätzlich wird durch den Beginn der antiviralen Therapie die Abgabe der OAT in der Apotheke nicht verändert; d.h. Patienten mit täglicher Abgabe erhalten täglich gemeinsam mit der OAT ihre antivirale Medikation, Patienten, die nur einmal, zweimal

oder dreimal wöchentlich in der Apotheke ihre OAT bekommen, erhalten zu diesen Zeitpunkten auch ihre antivirale Medikation; die Medikation für die Tage, an welchen keine Visite in der Apotheke erfolgt, wird den Patienten zur selbstständigen Einnahme daheim ausgehändigt. Die wenigen PWIDs, die ihre OAT in der Suchthilfe Wien erhalten, bekommen dort ihre antivirale Therapie gemeinsam mit der OAT unter Aufsicht eines Arztes oder einer Pflegeperson. Durch diese Vorgangsweise kann eine sichere Medikamenteneinnahme gewährleistet werden (zumindest an den Tagen, an welchen der Patient die Apotheke bzw. die niedrigschwellige Einrichtung besucht).

Vorläufige Ergebnisse des Therapieprojektes

Bis zum heutigen Tag konnten wir bei insgesamt 969 PWIDs mit einer antiviralen Therapie entsprechend dem Konzept der „directly observed therapy“ starten. Bei 21% der Betroffenen bestand vor Therapiebeginn bereits eine Leberzirrhose, bei 4,5% wurde eine HIV-Coinfektion und bei 1,0% das gleichzeitige Vorliegen einer chronischen Hepatitis B diagnostiziert.

Wie zu erwarten, waren die psychosozialen Charakteristika der behandelten PWIDs sehr problematisch: 87% waren arbeitslos, 65% hatten Hafterfahrung, 45% gaben an, keine eigene Wohnung zu haben und 62% lebten in keiner stabilen Beziehung. Bei 62% bestand ein fortgesetzter i.v.-Konsum (definiert als mindestens ein i.v.-Konsum während der vergangenen 3 Monate) und bei 21% ein problematischer Alkoholkonsum.

Trotz dieser „schlechten“ Baseline-Charakteristika waren die Therapieergebnisse hervorragend: Von den 731 Patienten, welche bisher die antivirale Therapie und die 12-wöchige Nachbeobachtungsphase beendet haben, konnte bei 725 eine SVR12 dokumentiert werden. **Die virologische Heilungsrate betrug somit 99,2%.**

Dieses hervorragende Ergebnis ist in erster Linie dadurch zu erklären, dass durch Anwendung des Konzeptes der „directly observed therapy“ eine nahezu perfekte Medikamenteneinnahme erreicht werden konnte: Nur 0,5% der Visiten für die Einnahme der antiviralen Therapie gemeinsam mit der OAT wurden von den Patienten versäumt.

Angemerkt werden muss, dass diese beeindruckenden Resultate nur durch das sehr große Engagement des Teams der Suchthilfe Wien erzielt werden konnten. Erschien ein Patient nicht zur vereinbarten Visite wurde er umgehend telefonisch erinnert und war er telefonisch nicht erreichbar, so wurden Spitäler und Haftanstalten kontaktiert, um den Patienten zu orten und bei Bedarf die antivirale Therapie in das entsprechende Spital bzw. die entsprechende Haftanstalt zu bringen, um eine Therapieunterbrechung zu vermeiden.

Ein weiterer Faktor, ohne welchen diese Ergebnisse nicht erzielt werden hätten können, ist die hervorragende Zusammenarbeit mit inzwischen weit mehr als 100 Apotheken in Wien und Umgebung, bei welchen wir uns an dieser Stelle sehr herzlich bedanken möchten.

Alle Patienten werden bei jeder Visite über die zur Vermeidung von Reinfektionen nötigen Maßnahmen instruiert. Derzeit liegt die Reinfektionsrate im Rahmen des Projektes mit 8,5% im akzeptablen Bereich, wobei die meisten Reinfektionen durch eine Zweittherapie erfolgreich behandelt werden konnten. Unser Team arbeitet intensiv an Strategien, um das Risiko von Reinfektionen noch weiter zu senken.

Abschließend muss noch erwähnt werden, dass es eine Gruppe von PWIDs gibt, die einfach zu instabil für den Start einer HCV-Therapie ist: etwa Patienten mit unkontrolliertem i.v.-Konsum, bei denen es immer wieder zu Überdosierungen kommt oder Patienten, die nicht an Spritzentauschprogrammen teilnehmen und bei welchen daher mit hoher Wahrscheinlichkeit eine rasche Reinfektion anzunehmen ist. Diese Menschen müssen zunächst unter Beiziehung von Sozialarbeitern, Psychiatern, Substitutionsärzten und anderen Spezialisten stabilisiert werden, bevor der Start einer HCV-Therapie sinnvoll ist.

Die Bedeutung der virologischen Heilung für den betroffenen Menschen

Wenn ich mit anderen Menschen über dieses Projekt spreche, höre ich oft, es sei aus verschiedensten Gründen doch „nicht der Mühe wert", so viel Zeit und Geld in die Therapie der chronischen Hepatitis C bei PWIDs zu investieren. Dem ist entschieden zu widersprechen: Die Ausheilung der chronischen Hepatitis C erspart nicht nur den Betroffenen viel persönliches Leid, indem sie die Entwicklung einer Leberzirrhose mit all ihren Komplikationen verhindert, sondern sie ist auch von großem Wert für die Allgemeinheit, da jede erfolgreiche Therapie die Weitergabe der Infektion verhindert. Darüber hinaus habe ich oft erlebt, dass die Tatsache, dass jemandem eine sehr teure Therapie zur Behandlung der HCV-Infektion angeboten wird, von Menschen aus dem Drogenmilieu, die meist von Kindheit an vom Schicksal nicht gerade begünstigt wurden, als unglaubliche Wertschätzung empfunden wird und die virologische Heilung ein Erfolgserlebnis darstellt, das als Motivation dient, um auch andere Aspekte des eigenen Lebens besser in den Griff zu bekommen. Die HCV-Therapie hat demnach oft Auswirkungen, die weit über die virologische Heilung hinausgehen.

Take Home Messages:

Das Ziel der WHO besteht in einer Elimination der Hepatitis C bis 2030.

Um das WHO-Ziel einer Elimination der Hepatitis C zu erreichen ist es von großer Bedeutung, für Menschen aus dem Drogenmilieu und andere Hochrisikogruppen - neben Screening auf HCV - einen niedrigschwelligen Zugang zur antiviralen Therapie zu schaffen, der von den Betroffenen auch akzeptiert wird.

Entsprechend dem Konzept der „directly observed therapy" wird die Einnahme der antiviralen Therapie an die Einnahme der Opioid-Agonistentherapie gekoppelt. Dadurch konnten wir inzwischen bei fast 1.000 PWIDs mit einem hohen Risiko für „Non-Adhärenz bei der antiviralen Therapie" Heilungsraten von über 99% erzielen.

Die Therapie der chronischen Hepatitis C bei PWIDs kann nicht nur bei den Betroffenen viel persönliches Leid verhindern, sondern ist auch für die Allgemeinbevölkerung von großem Nutzen, da eine Weiterverbreitung der Infektion verhindert wird.

Suchthilfe in der BRD: Und was ist mit den Frauen*, Mädchen* und Kindern?

Perspektiven für eine bedarfsgerechte Versorgung

Andrea Ungvári, Daniela Dahm und Silvia Kaubisch

Zusammenfassung

Das Geschlecht beeinflusst aufgrund biologischer, psychosozialer und gesellschaftlicher Faktoren die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Suchterkrankungen maßgeblich – und damit auch die jeweiligen Versorgungsbedarfe. Die feministische Suchthilfe in der BRD hat diese Zusammenhänge vor über 40 Jahren aufgegriffen und sukzessive spezialisierte Angebote für Frauen*, Mädchen* und Kinder entwickelt. Der Beitrag zeigt auf, warum gendersensible Suchthilfe ein Qualitätsmerkmal professioneller Versorgung ist, welche Versorgungslücken weiterhin bestehen und welche strukturellen Voraussetzungen sowohl fachlich als auch politisch für eine zukunftsfähige, bedarfsgerechte Suchthilfe notwendig sind.

Wie das Geschlecht den Konsum von Drogen, die Entwicklung einer Abhängigkeit und den Zugang zum Hilfesystem beeinflusst

„Und was ist mit den Frauen*, Mädchen* und Kindern?" – unter diesem Titel stand der Fachtag von Lilith e. V. – Drogenhilfe für Frauen*, Mädchen* und Kinder anlässlich des 30-jährigen Vereinsjubiläums im Jahr 2025. Die Frage ist bewusst gewählt: Sie war bereits Ausgangspunkt der Vereinsgründung vor über 30 Jahren, als Frauen* und ihre spezifischen Lebensrealitäten in der Suchthilfe kaum berücksichtigt wurden. Und sie ist bis heute aktuell, denn gendersensible Suchthilfe muss vielerorts noch immer um ihre Selbstverständlichkeit kämpfen.

Das biologische wie das soziale Geschlecht zählen zu den zentralen strukturierenden Faktoren gesellschaftlicher Lebensverhältnisse: Es beeinflusst den Zugang zu Ressourcen, die gesellschaftliche Teilhabe sowie Macht- und Gewaltverhältnisse und prägt damit auch gesundheitliche Chancen und Risiken.[1] Diese strukturellen Ungleichheiten wirken sich auch auf den Bereich von Substanzkonsum und Suchterkrankungen aus. Zahlreiche Studien belegen Unterschiede zwischen Frauen* und Männern* hinsichtlich physiologischer Voraussetzungen, Konsummustern, Ursachen und Motiven des Substanzkonsums sowie psychosozialer Belastungen und gesellschaftlicher Rollenerwartungen.[2] Diese Unterschiede beeinflussen sowohl die Entstehung und den Verlauf von Suchterkrankungen als auch den Zugang zum Hilfesystem und den Behandlungserfolg.[3]

1 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 12
2 Dr. Arz de Falco, A. et. al (2012): S. 18
3 Stöver, H./Lieb, C. (Hrsg.) (2023): S. 87

Während Männer* psychoaktive Substanzen mehrheitlich im Zusammenhang mit Status, Gruppenzugehörigkeit oder der Konstruktion von Männlichkeit konsumieren[4], dient der Konsum bei Frauen* deutlich häufiger der Bewältigung psychischer Belastungen und traumatischer Erfahrungen.[5] Darüber hinaus wird er von Frauen* vielfach eingesetzt, um den Anforderungen zwischen Erwerbsarbeit, Sorgeverantwortung und gesellschaftlichen Rollenerwartungen und Schönheitsidealen (z. B. durch Gewichtsreduktion) zu entsprechen.

Von besonderer Bedeutung ist im Zusammenhang mit Suchterkrankungen geschlechtsspezifische Gewalt. Rund 80 Prozent der Frauen* mit einer Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen haben körperliche oder sexualisierte Gewalt erlebt; nahezu die Hälfte bereits vor dem 16. Lebensjahr.[6] Nicht selten werden Mädchen* und Frauen* gezielt unter Drogen gesetzt, um sie in diesem besonders vulnerablen Zustand sexuell auszubeuten.[7] Gewalterfahrungen stellen bei Frauen daher einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung dar und setzen sich häufig im weiteren Lebensverlauf fort – etwa in Partnerschaften, während (verdeckter) Wohnungslosigkeit (Wohnraum gegen sexuelle Gegenleistung) oder im Zuge von Beschaffungsprostitution, die zusätzlich das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen erhöht. Gleichzeitig verhindern die Sorge vor erneuter Gewalt sowie mögliche strafrechtliche Konsequenzen aufgrund des eigenen Substanzkonsums oder -besitzes die Inanspruchnahme polizeilicher und juristischer Unterstützung.

Neben den frauen*spezifischen psychosozialen Faktoren bestehen auch biologische Unterschiede: Frauen* entwickeln trotz geringerer Konsummengen häufig schneller körperliche Folgeschäden und Abhängigkeitserkrankungen (Telescoping-Effekt). Psychoaktive Substanzen wirken auf den weiblichen Körper aufgrund hormoneller Unterschiede und Schwankungen sowie einem unterschiedlichen Stoffwechsel anders als auf männliche Körper.[8] Zudem unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich der Ausstiegsmotivation: Während bei Frauen* insbesondere Schwanger- und Mutterschaft der bedeutsamste Anlass für Veränderungsprozesse sind,[9] stehen bei Männern* häufiger materielle oder berufliche Konsequenzen wie der Verlust des Führerscheins oder des Arbeitsplatzes im Vordergrund.[10]

Die Entwicklung der gendersensiblen Suchthilfe in der BRD – ein innovativer Anstoß für die gesamte Versorgungslandschaft

Gendersensible Suchthilfe bedeutet deshalb weit mehr als die Bereitstellung einzelner Angebote für Frauen* oder Männer*. Sie berücksichtigt Geschlecht als einen zentralen Einflussfaktor auf Lebenslagen, Ressourcen und Belastungen und richtet Hilfen an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Zielgruppen aus. Dies entspricht auch dem Leitgedanken des Gender Mainstreaming, wonach die Auswirkungen gesellschaftlicher Maßnahmen auf unterschiedliche Geschlechter systematisch berücksichtigt werden sollen.[11]

4 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 15
5 Stöver, H./Lieb, C. (Hrsg.) (2023): S. 88
6 Simpson, T./Miller, W. (2002): S. 22, 27 -77
7 Polizei Bayern (2026)
8 Hamidreza, F./Karimian, M. (2021): S. 1
9 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 18
10 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 18
11 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 1

Obwohl die Bedeutung von Geschlecht für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Suchterkrankungen heute gut belegt ist, orientiert(e) sich das Suchthilfesystem lange Zeit implizit an männlichen Lebensrealitäten als vermeintlicher Norm.[12] Mit den ersten feministischen Suchthilfeeinrichtungen ab 1978 (Frauentherapiezentrum München) wurde diese Perspektive grundlegend infrage gestellt. Die Vorreiterinnen machten deutlich, dass Frauen* nicht deshalb schlechter erreicht werden, weil sie einen geringeren Unterstützungsbedarf haben, sondern weil bestehende Angebote ihre Lebensrealitäten nicht ausreichend berücksichtigen.[13] Im Bundesverband feministischer Suchthilfeträger entwickelten die Einrichtungen gemeinsame fachliche Standards und trugen diese über mehr als vier Jahrzehnte kontinuierlich in die Suchthilfe hinein.

Heute bestätigen Forschung und Praxis: Geschlechtersensibilität darf kein Zusatzangebot sein, sondern ist die Voraussetzung bedarfsgerechter Versorgung.[14] Sie verbessert den Zugang zu Hilfen, unterstützt Veränderungsprozesse und erhöht die Wirksamkeit suchtbezogener Angebote. [15] Die Entwicklung der gendersensiblen Suchthilfe zeigt exemplarisch, dass Innovationen im Hilfesystem häufig aus der Praxis entstehen. Schutzräume, niedrigschwellige Zugänge, die konsequente Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Lebensrealitäten, die Einbeziehung von Kindern sowie interdisziplinäre Kooperationen gelten heute als anerkannte Qualitätsmerkmale moderner Suchthilfe. Sie wurden maßgeblich durch die feministische Suchthilfe mitentwickelt.

Bedarfe von Drogen konsumierenden Frauen* und Mädchen* sowie Kindern aus suchtbelasteten Familien

*Drogen konsumierende Frauen**

Frauen*, die illegalisierte Substanzen konsumieren, bewegen sich häufig im Spannungsfeld der eingangs beschriebenen Rollenkonflikte. Aus Scham, Schuldgefühlen oder Angst vor Repressionen und Stigmatisierung – insbesondere bei Schwanger- und Mutterschaft – verbergen viele ihren Konsum über lange Zeit, wodurch Hilfen erst spät in Anspruch genommen werden können.[16] Zusätzlich erschweren strukturelle und konzeptionelle Barrieren den Zugang zum Hilfesystem.[17]

Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt daher eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit inner- und außerhalb der Suchthilfe voraus. Sie ist als Querschnittsaufgabe zu verstehen, um Frauen*, Mädchen* und Kindern ein fürsorgliches, wirksames Hilfesystem bieten zu können, das auf ihre spezifischen Lebenslagen und Bedarfe ausgerichtet ist.[18]

Unerlässlich ist dazu eine enge Kooperation mit für Frauen* relevanten system- und berufsübergreifenden Hilfen[19] sowie der Zugang zu niedrigschwelligen frauenspezifischen Angeboten der Suchthilfe, darunter Streetwork, geschützte Kontaktläden zur

12 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 11
13 Tödte, M./Bernard, C. (Hrsg.) (2016): S. 22
14 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 5
15 Guggenbühl, L./Bütler, C./Dr. Ruflin, R. (2010): S. 5
16 Dr. Arz de Falco, A. et. al (2012): S. 6
17 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 5
18 Tödte, M./Bernard, C. (Hrsg.) (2016): S. 96f.
19 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 5

Abdeckung elementarer Grundbedürfnisse, betreutes Wohnen oder Beratung (blended counseling).[20] Auch bei gemischtgeschlechtlichen Angeboten muss das Geschlecht konsequent als strukturierender Faktor im Leben der Frau* Berücksichtigung finden.

Neben gendersensiblen Anamnesen sowie Beratungs- und Behandlungskonzepten[21] braucht es insbesondere eine akzeptierende, traumasensible und ressourcenorientierte Haltung als Berater*in. Frauen* sind als Expertinnen ihrer eigenen Lebensrealität zu verstehen; die Beratung sollte transparent, an ihren Anliegen orientiert, wertschätzend, akzeptierend und auf Augenhöhe erfolgen – das bedeutet auch, die von den Frauen* gesetzten Grenzen zu wahren. Ziel ist es, damit die Selbstbestimmung und den Selbstwert der Frauen* zu stärken, da beides häufig durch (mehrfach) erlebte Gewalt massiv negiert und verletzt wurde. Geschützte und einladend gestaltete Räume und eine freundliche respektvolle Atmosphäre signalisieren Wertschätzung, schaffen Vertrauen und ermöglichen es, auch schambesetzte Themen sichtbar zu machen und damit zu enttabuisieren. Ergänzend braucht es alltagsnahe Angebote, welche die soziale Teilhabe und Lebensqualität der Frauen* fördern (z. B. Gruppen und Kreativangebote) sowie die kostenfreie Bereitstellung von Produkten des täglichen Bedarfs von Frauen*, etwa Hygiene- und Periodenartikel, Schwangerschaftstests, Kinderbekleidung und Schulbedarf.

Nicht zuletzt braucht es jedoch flächendeckend spezifische Anlaufstellen und gendersensibel konzipierte Schutzräume außerhalb der klassischen Suchthilfeeinrichtungen für Drogen konsumierende Frauen* und Mädchen*, darunter Drogenkonsumräume, Frauenhäuser, suchttherapeutische Mutter-Kind-Einrichtungen, Unterkünfte der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe und betreute Wohnangebote, in denen Substanzkonsum kein Ausschlusskriterium für Unterstützung ist, sowie ausreichend Mutter-Kind-Plätze in JVAs. Hier gibt es nach wie vor eklatante Versorgungslücken.

*Drogen konsumierende Mädchen**

Die Jugend ist eine Phase tiefgreifender körperlicher, psychischer und sozialer Veränderungen. Identitätsentwicklung, schulischer oder beruflicher Leistungsdruck sowie gesellschaftliche und familiäre Erwartungen prägen diese Lebensphase ebenso wie Zukunftsängste angesichts globaler Krisen und zunehmender psychischer Belastungen.[22] Psychoaktive Substanzen können dabei als Strategie genutzt werden, um diese Belastungen zu kompensieren.[23]

Mädchen* beginnen zunehmend früher mit dem Konsum illegalisierter Substanzen (zwischen 11 und 14 Jahre) und auch durchschnittlich ein Jahr früher als Jungen* – oftmals im Kontext erster Partnerschaften mit älteren Jungen* oder innerhalb ihrer Peergroup. [24] Gleichzeitig sind sie weiteren genderspezifischen Belastungen ausgesetzt, etwa durch sexualisierte Gewalt (z. B. Cybergrooming[25]), geschlechtliche Diskriminierung, Sexualisierung in Gesellschaft und Medien sowie schädigende Einflüsse auf ihr eigenes Körper- und Rollenbild durch die Sozialen Medien.[26]

20 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 5
21 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 5
22 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2025)
23 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2018): S. 27
24 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 16
25 Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2020): S. 61
26 Stöver, H./Lieb, C. (Hrsg.) (2023): S. 97f.

Dennoch orientieren sich viele Unterstützungsangebote bislang unzureichend an den Herausforderungen konsumierender Mädchen*. Bedarfsgerechte Hilfeangebote erfordern mädchen*spezifische, lebenswelt- und beziehungsorientierte Angebote, die Themen wie Identitätsentwicklung, Beziehungen, Sexualität, Erwachsenwerden, psychische Belastungen, schulische und berufliche Herausforderungen sowie geschlechtliche Diskriminierung und Gewalt ebenso aufgreifen wie den Substanzkonsum selbst. Beratung sollte auf Augenhöhe, ergebnisoffen sowie akzeptierend/tolerierend, traumasensibel und ressourcenorientiert erfolgen und Mädchen* in ihrer Selbstbestimmung und ihrem Selbstwert stärken.

Fachkräfte der Jugendhilfe berichten zugleich von Unsicherheiten im Umgang mit Suchtmittelkonsum und konsumierenden Mädchen*. In stationären Einrichtungen führt Substanzkonsum nicht selten zum Ausschluss oder zur Verlegung, anstatt die Unterstützung zu intensivieren. Hinzu kommen erhebliche strukturelle Versorgungslücken: Spezifische Angebote der Jugendsuchthilfe sind regional sehr unterschiedlich, meist völlig unzureichend vorhanden und verfügbar. Gleichzeitig nimmt die Zahl ambulanter und stationärer Therapiemöglichkeiten sowie Entgiftungsplätze weiter ab, obwohl der Bedarf steigt.[27] Die Folge sind lange Wartezeiten, erschwerte Zugänge zu einer zeitnahen und bedarfsgerechten Versorgung verbunden mit dem Risiko einer progressiven Verelendung und Chronifizierung der Sucht.

Gerade Mädchen* mit komplexen Problemlagen benötigen jedoch ein bedingungsloses Hilfeangebot, kontinuierliche Bezugspersonen und stabile Hilfebeziehungen, die sie über die vulnerable Phase der Pubertät bis ins frühe Erwachsenenalter verlässlich begleiten. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe, Schulen und weiteren Unterstützungssystemen voraus. Ebenso entscheidend ist es, Mädchen* dort zu erreichen, wo sie sich aufhalten. Niedrigschwellige Zugangswege – etwa über Präventionsveranstaltungen an Schulen, offene Jugendarbeit oder aufsuchende Angebote – können den frühen Zugang zu Beratung erleichtern und Hemmschwellen abbauen.

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Für Kinder aus suchtbelasteten Familien liegen aufgrund der hohen Dunkelziffer keine verlässlichen Zahlen vor. Schätzungen zufolge sind es rund drei Millionen Kinder in Deutschland.[28] Sie tragen ein deutlich erhöhtes Risiko für gesundheitliche, psychische und soziale Belastungen;[29] ihr Risiko, später selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln, ist im Vergleich zu Kindern aus nichtsuchtbelasteten Familien um das Sechsfache erhöht.[30]

Doch viele Suchtmittel konsumierende Eltern und ihre Kinder erreichen das Hilfesystem der Kinder-, Jugend-, Sucht- und Gesundheitshilfe nicht oder erst sehr spät. Scham, Schuldgefühle und die Sorge vor einem Sorgerechtsentzug erschweren die Inanspruchnahme von Unterstützung. Gleichzeitig arbeiten die Systeme vielerorts noch zu wenig verzahnt.

27 Dietrich Bonhoeffer Klinik (2026)
28 Prof. Dr. Stachowske, R. (2016)
29 NACOA Deutschland e.V. (2023): S. 13
30 Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg) (2018): S. 1

Evaluationen von Lilith e. V. zeigen, dass die meisten der erreichten Kinder bei ihrer Mutter leben (30 Prozent), gefolgt von Pflegefamilien, Verwandten oder stationären Einrichtungen. Viele übernehmen früh Verantwortung für Geschwister oder ihre Eltern und entwickeln Überlebensstrategien und Formen der Parentifizierung, die ihre eigene Entwicklung erheblich beeinträchtigen können.[31] Hinzu kommen häufig multiple Kindeswohlgefährdungen in Form von instabilen Bindungs- und Beziehungserfahrungen, Vernachlässigung, Gewalt, sozialer Isolation, Armut sowie psychische Belastungen, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen.[32]

Gleichzeitig verfügen viele betroffene Kinder über beachtliche Ressourcen wie Kreativität, Empathie, Anpassungsfähigkeit und eine hohe Resilienz.[33] Diese können sie jedoch nur entfalten, wenn Schutzfaktoren vorhanden sind – insbesondere verlässliche Bezugspersonen, stabile Lebensbedingungen und spezifische Unterstützungsangebote.[34] Voraussetzung dafür ist, dass die Suchthilfe bei der Unterstützung Suchtmittel konsumierender Eltern deren Kinder konsequent mit in den Blick nimmt, als eigenständige Zielgruppe begreift und eng mit allen weiteren Akteur*innen der Kinder-, Jugend- und Gesundheitshilfen zusammenarbeitet.

Wissenschaftlich evaluierte Programme wie zum Beispiel das „Trampolin-Projekt" zeigen, dass Kinder durch altersgerechte Informationen über Sucht, die Förderung von Stressbewältigungsstrategien und den Austausch mit anderen betroffenen Kindern nachhaltig gestärkt werden können.[35] Auch frühzeitige Präventions-, Spiel-, Freizeit- und Förderangebote für Kinder sowie Elternkompetenztrainings wie SHIFT+, stabile Beziehungen zu vertrauensvollen Erwachsenen sowie Schutzräume, in denen Kinder Kind sein dürfen, tragen als Schutzfaktoren bei. Nicht zuletzt leistet all dies einen wichtigen Beitrag dazu, die transgenerationale Weitergabe von Gewalt und Suchterkrankungen zu durchbrechen.

Ausblick: Gendersensible Suchthilfe als künftiger Standard oder drohender Rollback?

Mehr als 40 Jahre feministische Suchthilfe in der BRD zeigen, dass die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Lebensrealitäten kein Sonderweg, sondern ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Suchthilfe ist und wirkt.

Dennoch bestehen – bei steigendem Bedarf – erhebliche Versorgungslücken in Deutschland und spezialisierte Angebote für Frauen* müssen ihre fachliche Notwendigkeit vielerorts noch immer rechtfertigen. Gleichzeitig geraten gleichstellungspolitische Errungenschaften sowie Diversitäts- und Gleichstellungsmaßnahmen zunehmend unter Druck.[36] Wo Geschlecht als gesundheitsrelevante Kategorie relativiert wird, geraten geschlechtersensible Unterstützungsangebote in Legitimationszwang.

31 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): S. 12
32 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): S. 12
33 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): S. 27
34 NACOA Deutschland e.V. (2023): S. 15
35 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): S. 22
36 Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -seniorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) (2025): S. 1ff.

Eine zukunftsfähige Suchthilfe braucht deshalb ein klares Bekenntnis zu Gender Mainstreaming und die dafür erforderlichen Ressourcen in Form von Zeit, Personal und Finanzierung[37] sowie enge Kooperationen über das gesamte Hilfesystem hinweg, die geschlechtsspezifische Einflussfaktoren konsequent berücksichtigen.

Geschlechtersensible Suchthilfe endet jedoch nicht bei Frauen*. Ziel ist eine Versorgung, die allen Geschlechtern gerecht wird. Gleichzeitig prägen nach wie vor weibliche und männliche Sozialisationen maßgeblich den Prozess, „[…]dem auch die jeweiligen geschlechtsspezifisch geprägten Ursachen, Erfahrungen und Bedeutungen bezüglich des Suchtmittelkonsums […] zu Grunde liegen."[38]

Bis zur Überwindung dieser binären Sozialisation müssen daher zwingend auch die Folgen männlicher Sozialisation, Männlichkeitsnormen und deren Einfluss auf Suchtentstehung, Hilfesuchverhalten und Behandlung spezifisch in den Blick genommen werden.[39] Daraus folgt zugleich die Verpflichtung, Suchthilfe konsequent für trans*, inter* und nichtbinäre Menschen weiterzuentwickeln, deren Lebensrealitäten im Kontext von Sucht bis heute kaum berücksichtigt werden und die auf erhebliche Zugangsbarrieren zur Suchthilfe stoßen.[40]

Geschlechtersensibilität bedeutet daher nicht Trennung, sondern Differenzierung. Sie beschreibt die fachliche Fähigkeit, unterschiedliche Lebensrealitäten wahrzunehmen und daraus passgenaue Unterstützungsangebote für alle Menschen abzuleiten und damit Gerechtigkeit innerhalb der Gesundheitsversorgung herzustellen.

Die Frage lautet heute nicht mehr, ob geschlechtersensible Suchthilfe notwendig ist, sondern ob Politik und Gesellschaft bereit sind, die dafür erforderlichen strukturellen Voraussetzungen dauerhaft zu schaffen. Investitionen in geschlechtersensible Suchthilfe sind dabei nicht nur fachlich geboten, sondern auch volkswirtschaftlich sinnvoll: Jeder Euro, der in Suchtberatung investiert wird, spart 28 Euro an gesellschaftlichen Folgekosten.[41]

Literatur

Addiction – Das Portal zum Thema Sucht und Suchterkrankungen (2023): *Sucht bei Männern – zentrale Ursachen, geschlechtssensible Hilfen und mehr Prävention:* https://www.addiction.de/sucht-bei-maennern/ (abgerufen am 15.07.2026)

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg) (2018): *Kinder suchtkranker Eltern.* Berlin.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): *DHS-Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten:* https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Gender_Mainstreaming_in_der_Suchtarbeit.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2018): *Rauschmittelkonsum im Jugendalter. Tipps für Eltern:* https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Rauschmittelkonsum_im_Jugendalter.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

37 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): S. 6
38 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 19
39 Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): S. 10f.
40 Stöver, H./Lieb, C. (Hrsg.) (2023): S. 59
41 xit GmbH (2020): Suchtberatung wirkt!

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): *Kinder aus suchtbelasteten Familien:* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchtbelasteten_Familen.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Dietrich Bonhoeffer Klinik (2026): *Pressemitteilung. Trotz breiter Unterstützung keine Lösung: Dietrich Bonhoeffer Klinik schließt zum 30. Juni – Leinerstift entwickelt neues Angebot für abhängigkeitserkrankte junge Menschen*: https://www.dietrich-bonhoeffer-klinik.de/wp-content/uploads/2026/05/2026-5-12_PM_Schliessung-DBK_Info-neues-Angebot.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Dr. Arz de Falco, A. et. al (2012): *Frauengerechte Beratung. Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich. Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich*. Kaufdorf: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Guggenbühl, L./Bütler, C./Dr. Ruflin, R. (2010): *Schlussbericht: Metaevaluation zur Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Hamidreza, F./Karimian, M. (2021): *Hormones can influence drug addiction – A narrative review*. Taipei: BioMedicine.

Heinzen-Voß, D./Stöver, H. (Hrsg.) (2016): *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -seniorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) (2025): *ESSENER ERKLÄRUNG: Frauen- und Gleichstellungspolitik für eine starke Demokratie:* https://www.gleichstellungsbeauftragte-thueringen.de/fileadmin/user_upload/Gleichstellungsbeauftragte/Gleichstellungspolitik/GFMK/GFMK_2025/35._GFMK_Essener_Erklaerung.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2020): *JIM-Studie 2020. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger:* https://mpfs.de/app/uploads/2024/11/JIM-Studie-2020_Web_final.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

NACOA Deutschland e.V. (2023): *Kinder von Drogenabhängigen:* https://nacoa.de/sites/default/files/2023-04/Kinder%20von%20Drogenabh%C3%A4ngigen.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Polizei Bayern (2026): *Junge Mädchen Opfer von Sexual- und Betäubungsmitteldelikten – Kriminalpolizei gründet Ermittlungskommission:* https://www.polizei.bayern.de/aktuelles/pressemitteilungen/103066/index.html (abgerufen am 17.07.2026)

Prof. Dr. Stachowske, R. (2016): *Die suchtkranke Familie. Bestandsaufnahme:* https://ruthardstachowske.de/files/downloads/vortraege/ppt/suchtkrankefamilie.pdf (abgerufen am 15.07.2026)

Simpson, T./Miller, W. (2002): *Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review.* Washington / New Mexico: Clinical Psychology Review.

Staudenmeyer, B./Kaschuba, G./Stumpp, G. (2018): *Forschungsbericht „Es ging nicht mehr ohne, es ging nicht mehr mit" – Crystal Meth-Konsum von Frauen.* Tübingen: Forschungsinstitut tifs.

Tödte, M./Bernard, C. (Hrsg.) (2016): *Frauensuchtarbeit in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme*. Bielefeld: transcript Verlag.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2025): *Zukunftsängste belasten Kinder und Jugendliche, aber sie verfügen über gute mentale Ressourcen:* https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_174656.html (abgerufen am 15.07.2026)

xit GmbH (2020): *Suchtberatung wirkt!:* https://xit-online.de/sroi-sucht-suchtberatung-wirkt/ (abgerufen am 15.07.2026)

Drug Checking als Komplexleistung: Einblicke in ein Forschungsprojekt

Tamara Wild, Lena Fackler, Johanna Berger, Franziska Sophia Hoffmann, Johannes Karg, Sebastian Sauer, Andrea Ungvári, Jan Welker, Norbert Wittmann, Christian Ghanem

Als Hendrik Streeck, der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, im März 2026 vor der 69. Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen in Wien für „eine fundierte, entwicklungs- und menschenrechtsbasierte Drogenpolitik" (Bundesdrogenbeauftragter, 2026b) warb, stellte er zwei Bezugsrahmen nebeneinander: Wissenschaftliche Evidenz soll verantwortungsvolles Handeln begründen, politische Erwägungen setzen den Rahmen, in dem dieses stattfindet (Bundesdrogenbeauftragter, 2026a).

An dieser Stelle zählt jedoch nicht die politische Feinjustierung seiner Position, sondern was aus Streecks Anspruch folgt. Wer Evidenz zur Grundlage verantwortlicher Drogenpolitik erklärt, braucht auch Akteur*innen, die diese Evidenz erzeugen – lokal belastbar und zugleich über den einzelnen Standort hinaus tragfähig.

Genau hier setzt das Projekt *Evidenzbasiertes Drug Checking in Nürnberg* (EviDriN) an.

Dieses Projekt ist eingebettet in das Nürnberger Drogenhilfemodell (NDHM). Der interdisziplinäre Verbund bringt seit 2021 das Klinikum Nürnberg, die Drogenhilfeeinrichtungen Lilith e.V. – Drogenhilfe für Frauen*, Mädchen* und Kinder und mudra e.V., die Stadt Nürnberg und Hochschulen in der Region zusammen. Das NDHM nutzt aus dieser Zusammenarbeit entstehende Synergien und übersetzt Forschung in evidenzbasierte Praxis, um wirksame Angebote für Drogennutzer*innen zu entwickeln und vermeidbare Drogennotfälle zu reduzieren (Klinikum Nürnberg, 2024; Welker, 2022).

Das vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt geförderte Projekt EviDriN übernahm innerhalb des NDHM einen forschenden Vorstoß in Richtung der Harm-Reduction-Maßnahme des Drug Checkings (DC). Ob DC sinnvoll ist, steht angesichts der Evidenz (u.a. Maghsoudi et al., 2021) kaum noch zur Debatte. Entscheidend ist, unter welchen Bedingungen es sich implementieren und nachhaltig umsetzen lässt.

Anlage der Studie und ausgewählte Ergebnisse

An dieser Frage nach den Gelingensbedingungen setzt das interdisziplinär angelegte Projekt EviDriN an, um den lokalen Bedarf sichtbar zu machen und Faktoren über Gelingen oder Scheitern eines DC zu identifizieren. Diese Faktoren ergänzen bestehende Implementierungshilfen wie die Leitlinien des *Netzwerks Trans-European Drug Information* (Mar et al., 2022).

Das Projekt setzt sich aus mehreren Teilprojekten zusammen, die sich durch verschiedene disziplinäre und organisationale Verantwortlichkeiten auszeichnen (Abb. 1). Diese Teilprojekte können in zwei Dimensionen – (I) *Implementierung* und (II) *Machbarkeit* – eingeordnet werden, die ihrerseits jeweils zwei unterschiedliche Perspektiven vereinen.



Abb. 1: Anlage des Forschungsprojektes *Evidenzbasiertes Drug Checking in Nürnberg* (eigene Darstellung; grafische Umsetzung mit Claude Design, Anthropic)

(I) Das Wissen für eine gelingende Implementierung stützte sich auf zwei einander ergänzende Zugänge. Eine systematische Literaturanalyse (*Scoping Review*; Tricco et al., 2018) untersuchte 137 Publikationen zur Implementierung von DC. Ergänzend wurden in *Interviews* mit Fachkräften etablierter Angebote im In- und Ausland Erfahrungen aus der gelebten Praxis erhoben. Auf diesem Wege sollten genau die Details, die erst in einer tatsächlich praktischen Umsetzung als Hürde oder Gelingensbedingung auffallen, herausgearbeitet werden. Die erhobenen Daten aus dem Scoping Review und den Interviews wurden systematisch entlang des Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ausgewertet (Damschroder, 2022). Dieses Framework erlaubt es, kontextspezifische Einflussfaktoren für Implementierungen prospektiv festzustellen und sich dementsprechend in der Praxis darauf vorzubereiten.

Was diese beiden Zugänge vor allem klar benennen konnten ist, dass ein erfolgreiches DC durch unterschiedliche Faktoren geprägt ist: Vertrauen gegenüber dem Angebot seitens der Fachkräfte und Nutzer*innen, gesicherte finanzielle Ressourcen, technische Umsetzbarkeit sowie ausreichende rechtliche Regulierung und gesellschaft-

liche Akzeptanz. Diese Faktoren sind nicht additiv, sondern multiplikativ verknüpft. So gefährdet die Abwesenheit nur eines Faktors das ganze Angebot. So kann DC nicht als abgegrenztes Angebot gedacht werden, sondern entfaltet erst dann sein volles Potenzial, wenn es in miteinander verschränkte Unterstützungsstrukturen und einen Mindestlevel an gesellschaftlicher Akzeptanz eingebettet ist. DC lässt sich daher nicht „nebenbei" oder in Einzelteilen aufbauen, sondern erfordert einen systematischen Entwicklungsprozess auf unterschiedlichen Ebenen.

(II) Die zweite Dimension ist die der Machbarkeit, in der eine lokale Bestandsaufnahme mit der Einschätzung lokaler Akteur*innen zur Ausgestaltung eines potenziellen DC-Angebots vor Ort verbunden wird.

Im Rahmen von *Substanzanalysen* wurden Rückstände in benutzten Spritzen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg untersucht. Von insgesamt 1.400 zu zwei Messzeitpunkten gesammelten Spritzen wurden bisher 899 untersucht, wobei Feinanalysen noch ausstehen. Ohne an dieser Stelle auf die Details eingehen zu können, besteht eine erste Auffälligkeit in der Detektierung von synthetischen Opioiden und synthetischen Cannabinoiden jeweils in Verbindung mit Heroinrückständen – eine Kombination, die in den letzten Jahren schon zu mehreren Todesfällen geführt hat (European Drug Agency, 2024). Ergänzend erhob eine *Nutzer*innenbefragung* mittels Fragebogen unter 230 Nürnberger Konsumierenden Informationen zu deren Lebenssituation, Risikoverhalten, Konsumgewohnheiten und Einstellungen zu einem möglichen DC. Dabei zeigte sich unabhängig von konsumierter Hauptsubstanz, dass der Großteil der Befragten eine Zunahme der Verunreinigungen in den letzten Jahren wahrnimmt und 85% von ihnen ein DC-Angebot in Nürnberg nutzen würden.

Im Teilprojekt der *retrospektiven Analyse von Drogenintoxikationen* – also genau die Fälle, die nachweislich mit Harm-Reduction-Maßnahmen reduziert werden können (Saloner, 2025) – wurden die Ergebnisse von Bioproben der drogeninduzierten Notfalleinweisungen zwischen 2022 und 2025 ausgewertet. Dadurch konnte u.a. gezeigt werden, dass der Mischkonsum über die Jahre stetig ansteigt und Benzodiazepine im Rahmen dieses Mischkonsums deutlich zunehmen.

Eine erstmals für den deutschen Kontext durchgeführte *Kosten-Nutzen-Analyse* untersuchte das Einsparpotenzial von DC für das Gesundheitssystem. Ein zentrales Ergebnis dieser Analyse stellt heraus, dass - je nach Art des DC -, bereits dann eine Deckung der Kosten erreicht wäre, wenn von über 1.000 Teststreifenanalysen nur **eine** Drogenintoxikation vermieden werden könnte. Bei komplexeren und deutlich teureren Verfahren erhöht sich das Verhältnis auf bis zu 1:6. Auch wenn gut nachgewiesen ist, dass DC zu risikoärmerem Konsum führt (Hirschfeld et al., 2024), existieren bisher keine Studien zur tatsächlichen Effektstärke, woraus sich ein Forschungsauftrag bei zukünftigen Implementierungen ergibt.

Abschließend führte die Machbarkeitsstudie das international gewonnene Wissen zur Implementierung (aus Dimension I) an den Ort seiner möglichen Anwendung in der lokalen Machbarkeit zurück. In einer *Gruppendiskussion und in Interviews* wurde die Einschätzung Nürnberger Akteur*innen aus Politik, Medizin, Drogenhilfe, Behörden und Justiz eingeholt. Bereits die Zusammensetzung der Stichprobe verdeutlicht, dass DC nur im Zusammenwirken all dieser Bereiche entstehen kann und führt noch einmal vor Augen, was sich durch alle Teilprojekte zieht – die Bedingungen des Gelingens liegen nicht in einer Zuständigkeit, sondern in ihrem Ineinandergreifen.

Was das konkret bedeutet, zeigen die Empfehlungen der Teilprojekte, die genau dieses Ineinandergreifen abbilden:

Ein Konsortium etablierter Suchthilfeträger schafft eine Legitimation, die ein Einzelakteur allein nicht herstellen könnte. DC gehört an einen innenstadtnahen, niedrigschwelligen Standort und in ein bereits verankertes Hilfesystem. Personell ist chemisch-analytische, sozialpädagogische und szenenahe Kompetenz notwendig, um dem Anspruch als Harm-Reduction-Maßnahme tatsächlich nachzukommen.

Die strukturellen Voraussetzungen finden ihre Grenzen jedoch in einem rechtlichen und finanziellen Rahmen, der von den Trägern selbst nicht gestaltet werden kann. Finanzierung stellt sich in den Interviews als die größte strukturelle Hürde dar (empfohlen wird ein Mischfinanzierungsmodell aus kommunalen, landes- und bundesweiten Mitteln), rechtlich bewegt sich die Umsetzung in Grauzonen, die Schutzregelungen durch Absprachen mit Staatsanwaltschaft und Polizei erfordern und mittelfristig eine landesrechtliche Regelung.

Schließlich entscheidet die Ausgestaltung der konkreten Arbeitsprozesse über die Qualität eines Angebots. Evaluation sollte von Anfang an fester Bestandteil sein, ebenso wie die Anbindung an landes-, bundes- und europäische Netzwerke, um Fachwissen aus dem lokalen Kontext zu lösen und Multiplikationseffekte entstehen zu lassen. Die heterogenen Zielgruppen erfordern zudem unterschiedliche mobile und/oder stationäre Formate, eine gendersensible Ausgestaltung sowie abgestimmte Analyseverfahren, um zielgruppenspezifisch eine Balance zwischen Nutzungsbereitschaft, Testdauer und Testgenauigkeit herzustellen.

Diese Orientierung an den Nutzenden ist deshalb von besonderer Relevanz, weil die Ergebnisse der chemischen Analysen erst dann wirksam werden, wenn sie Veränderungen in Konsummenge und Konsumpraktiken anstoßen (Valente & Martins, 2019). Das Erreichen der Nutzenden ist somit zentrale Bedingung für den Erfolg des DC selbst und ein fachliches Beratungsangebot ist dafür ein integraler Bestandteil.

Drug Checking als Komplexleistung

In diesem Beitrag konnten nur ausgewählte Ergebnisse von EviDriN präsentiert werden, die umfassender in einem Abschlussbericht im Herbst 2026 vorliegen werden. Was diese komprimierte Darstellung aber bereits zutage fördert, ist ein durchgehendes Muster: Die Erfolgsfaktoren sind multiplikativ verknüpft, keine Dimension lässt sich isoliert bearbeiten.

DC entzieht sich damit auf jeder Ebene jener Segmentierung, in die politische wie administrative Logiken Angebote zerlegen – und zerlegen müssen. Partikularinteressen, die je nur den eigenen Zuschnitt sehen, verfehlen eine Maßnahme, deren Wirkung gerade im Zusammenspiel liegt.

Um abschließend an das Eingangsstatement anzuschließen: Evidenz als Fundament verantwortlicher Drogenpolitik zu fordern, heißt auch, sie nicht in verwertbare Einzelteile zu zerlegen. EviDriN liefert diese Evidenz, zusammen mit der Einsicht, dass diese nur als Ganzes trägt. Es gibt keine One-Size-Fits-All-Lösung, denn DC als Komplexleistung kann nur als Teil einer Struktur mit geteilter Verantwortung gedacht werden.

Als Maßnahme in einem Vakuum lassen sich weder Kosten und Nutzen realistisch abwägen noch das volle Potenzial für die Nutzenden und die Gesamtgesellschaft entfalten.

Literatur

Bundesdrogenbeauftragter (2026a, März 9). *Statement des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen zur 69. Sitzung der Commission of Narcotic Drugs*. Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/statement-des-beauftragten-der-bundesregierung-fuer-sucht-und-drogenfragen-zur-69-sitzung-der-commission-of-narcotic-drugs/

Bundesdrogenbeauftragter (2026b, März 9). *Streeck setzt sich bei UN-Drogenkonferenz für evidenzbasierte und ausgewogene Drogenpolitik ein*. Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/streeck-setzt-sich-bei-un-drogenkonferenz-fuer-evidenzbasierte-und-ausgewogene-drogenpolitik-ein/

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, *17*(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

European Drug Agency (2024). *European Drug Report 2024*. https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31630_en.pdf?292944

Hirschfeld, T., Vogt, M., Gutwinski, S., Stöver, H. J., Betzler, F., & Majić, T. (2024). *Evaluationsbericht Drug-Checking in Berlin*

https://drugchecking.berlin/images/content/news/abschlussbericht_dc-berlin_final_bf.pdf

Klinikum Nürnberg. (2024, Mai 13). *Förderung für das Nürnberger Drogenhilfemodell*. https://www.klinikum-nuernberg.de/news/foerderung-fuer-das-nuernberger-drogenhilfemodell

Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D., & Scheim, A. I. (2021). Drug checking services for people who use drugs: A systematic review. *Addiction*, *117*(3), 532–544. https://doi.org/10.1111/add.15734

Mar, C., Fornero, E., Gil Lladanosa, C., Jones, G., Karden, A., Luf, A., Martins, D., Paulos, C., Seganto, F., Schori, D., Van der Linden, N., & Ventura Vilamala, M. (2022). *TEDi Guidelines. Drug Checking Methodology*. TEDi.

Saloner, B., Heller, D., Davis, C. S., & Sherman, S. G. (2025). Harm Reduction: The Neglected Pillar of US Drug Policy. *Annual Review of Public Health*, *46*(1), 369–387. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071723-112620

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., … Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Valente, H., & Martins, D. (2019). Drug-Checking—Ein Mittel gegen chemische Anarchie. In K. Tögel-Lins, B. Werse, & H. Stöver (Hrsg.), *Checking Drug-Checking: Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring* (S. 13–28). Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft.

Welker, J. (2022, Juli 13). Nürnberger Modell – gemeinsam weg vom Abgrund. In N. Wittmann & C. Gilch (Hrsg.), *Mudra Jahresbericht 2022* (S. 78–81). https://mudra-shop.de/aktuelles/aktuelles-news/mudra-jahresbericht-2022-3043191/

Die Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz in China – Kann eine App menschliche Psychotherapie ersetzen?

Ingo Ilja Michels

In Deutschland wird das Thema der KI in der Suchthilfe langsam „virulent".

Im Alternativen Drogen- und Suchtbericht von 2025 hat Andrea Hardeling, Geschäftsführerin der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., sich dazu geäußert und schreibt, dass *„Künstliche Intelligenz (…) auch der Suchthilfe neue Chancen (eröffnet): Sie kann Fachkräfte entlasten, niedrigschwellige Zugänge schaffen und die Qualitätssicherung stärken. (…) Die Verfügbarkeit und die Nutzung von KI-Anwendungen im Alltag wachsen rasant. Im Jahr 2025 haben in Deutschland rund 53 % der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit generativer KI gemacht, etwa 26 % nutzen KI-Anwendungen täglich oder mehrmals wöchentlich (Deutschlands Marktforscher, 2025)"*. (Hardeling 2025) Sie verweist dann aber auf die generelle Skepsis und die Bedenken zum Einsatz von KI in der Suchtarbeit: *„Die Diskussionen im Rahmen der Satellitenveranstaltungen zur Erarbeitung des Potsdamer Memorandums verdeutlichen, dass Fachkräfte dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Suchthilfe ambivalent gegenüberstehen. Deutlich wurde die Befürchtung einer Entmenschlichung der Beratung: Viele fürchten, dass KI-gestützte Systeme den direkten Kontakt zwischen Berater*innen und Klient*innen schwächen."* (Hardeling 2025)

In **China** hat der Methamphetaminkonsum den von Heroin in den letzten Jahren abgelöst und die chinesischen Suchtmediziner suchen nach neuen Wegen zur Behandlung. In China besteht eine größere Offenheit gegenüber der Auffassung, dass es sich bei einer Suchterkrankung und Drogenabhängigkeit um eine komplexe, chronische Erkrankung handelt, die durch eine zwanghafte Abhängigkeit von und Verlangen nach illegalen Drogen oder missbrauchten Substanzen gekennzeichnet ist. Führende chinesische Suchtexperten betonen, dass Sucht eine behandelbare neurologische und Verhaltensstörung und nicht ein moralisches oder rechtliches Versagen ist.

China steht vor großen Herausforderungen, die durch illegale Drogen wie durch Tabak und Alkohol entstehen. Dem jüngsten Bericht der Regierung zufolge gibt es in China mehr als 300 Millionen Tabakkonsumenten, 123 Millionen Menschen trinken übermäßig Alkohol und nur noch 700-800.000 Menschen konsumieren illegale Drogen (diese Zahl soll in den letzten Jahren deutlich gesunken sein, vor einige Jahren zählte man von 1,8-2,4 Mio. Konsumenten illegaler Substanzen), davon schätzungsweise 239.000 Menschen Heroin und 349.000 Methamphetamine.

Craving ist das Hauptproblem in der Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit.

Die Anwendung künstlicher Intelligenz in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung ist in **China** schon länger ein wichtiges und offenes Thema, bei der

weniger ethische Prinzipen zur Anwendung von KI in der Suchthilfe oder Fragen des Datenschutzes im Mittelpunkt stehen, sondern pragmatische Erwägungen, wie eine Nutzung von KI weiterentwickelt werden kann. Es können dabei digitale *assesment tools* eingesetzt werden, um Gesundheitsrisiken und in diesem Fall riskanten Konsummuster von psychoaktiven Substanzen zu erkennen (wie ASSIST oder TAPS). Digitale Phänotypisierung kann auch zur Beeinflussung des Verhaltens eingesetzt werden, zur Stimmungsaufhellung (ohne Medikamente, wie z.B. Benzodiazepine) und zur besseren Wahrnehmung einer Person; dies im Zusammenhang mit der Einsetzung einer APP zur Unterstützung der Behandlung einer Methamphetaminabhängigkeit. Dabei war und ist das Shanghai Mental Health Center schon länger tätig in diesem Bereich. Ziel dieser Arbeit ist es, das Design und die Entwicklung von *Echo-APP* zu beschreiben, einer Tablet-basierten App mit deren Funktion eines *virtuellen digitalen Psychotherapeuten* und zur Durchführung einer Pilotstudie, um die Machbarkeit und vorläufige Wirksamkeitsergebnisse Echo-APP für Patienten mit einer Methamphetaminkonsumstörung zu untersuchen.

Echo-APP ist ein Beurteilungs- und Rehabilitationsprogramm, das von einem Team für Substanzgebrauchsstörungen (SUD) entwickelt wurde, von Klinikern, Psychotherapeuten und Computerexperten. Das Programm ist für Android-Tablets verfügbar. Die Ergebnisse wurden vor und nach der Behandlung der Patienten bewertet, einschließlich Behandlungsmotivation, Ausmaß des *Cravings*, Selbsteinschätzung der Bedeutung der Drogenabstinenz und des Vertrauens in die Beendigung des Drogenkonsums.

Künstliche Intelligenz (KI) und Robotik können zur Lösung des Dilemmas bei der Behandlung von Substanzabhängigkeit beitragen. Künstliche Intelligenz (KI) kann Psychotherapeuten bei der psychologische Beurteilung, Diagnose und Behandlung simulieren. Das spare Arbeitskosten, realisiere Ferneingriffe und verbessere den professionellen Einsatz; so äußert sich der chinesische Forscher. Danach würden automatisierte Konversationsagenten ähnliche Dienstleistungen wie ein/er Therapeut*in oder eines*er Arzt/Ärztin erbringen können, aber ohne die Notwendigkeit menschlicher Hilfe. In der Rolle von „Psychotherapeuten" reduzieren KI-Geräte die Schamgefühle und Ängste der Patienten vor Diskriminierung und erhöhen die Möglichkeit, dass Patienten ihr „*wahres Gesicht*" offenbaren und echte Gefühle zeigen . Andererseits macht die weit verbreitete Verwendung des Internets und intelligenter Terminals die elektronische medizinische Versorgung möglich (in China stieg die Zahl der Smartphone-Besitzer auf 950 Millionen Menschen).

In der Pilotstudie wurden die Ergebnisse auf der Skala „Stufen der Veränderungsbereitschaft und Behandlungsbereitschaft" sowie im Fragebogen ermittelt. Die Motivation, auf Medikamente zu verzichten, nahm nach der Echo-APP-basierten Behandlung signifikant zu, das *craving* wurde reduziert. Es gab entsprechende Veränderungen in der Behandlungsmotivation der Patienten während der Behandlung.

Diese Studie weist nach Einschätzung der chinesischen Expert*innen zwangsläufig einige Einschränkungen auf. Studienergebnisse müssten verbessert werden, einschließlich weiterer Untersuchungen mit Personen, die legale psychoaktive Substanzen verwenden, wie Tabak und Alkohol. In Zukunft wird das von der Forschergruppe weiter optimiert durch die Durchführung einer Multicenterstdudie mit großer Stichprobe für eine klinisch kontrollierte Studien zur Überprüfung der Wirkung von Echo-APP. Davon würden in der Tat mehr Patienten mit SUD profitieren. Wenn diese Studie vorliegt, wird sie publiziert werden.

Echo-APP ist ein praktisches, akzeptiertes und vielversprechendes virtuelles digitales Psychotherapeutenprogramm für Patienten mit Methamphetaminabhängigkeit. Die vorläufigen Erkenntnisse bilden eine gute Grundlage für die weitere Optimierung des Programms und der Förderung groß angelegter randomisierter kontrollierter klinischer Studien für SUD.

Ob ein solches Instrument letztlich menschliche Psychotherapeut*innen und/oder Sozialarbeiter*innen ersetzen lässt, ist wohl weiterhin fraglich und es wäre zu wünschen, dass die ethischen Aspekte dieser Entwicklung sowohl in Deutschland, als auch in China stärker einbezogen werden.

Literatur

Akzept e.V. (2025): Meryem Grabski, Ingo Ilja Michels, Katarzyna Kowalczyk, and Ulla Pape (2025): Methamphetamine in Central Asia. CADAP 7 conducted by FIAP. 1st of August 2025

Chen T, Chen L; Li S, Su H, Jiang H,Wu Q, Zhang L,Bao L, Zhao M (2023): Virtual Digital Psychotherapist App–Based Treatment in Patients with Methamphetamine Use Disorder (Echo-APP): Single-Arm Pilot Feasibility and Efficacy Study. In: JMIR Mhealth Uhealth 2023 | vol. 11 | e40373 |

Huan Y Q, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study [J]. The Lancet Psychiatry, 2019, 6(3): 211-224

Hardeling, A (2025): Zur Anwendung von KI in der Suchthilfe. In: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025; S.142 ff.

WHO (2021): WHO Guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening [EB/ OL]. [2021-03-08]. https://www.who.int/reproductive health/publications/digital-interventions-health-system-strengthening

Wu, X., Du, J., Jiang, H. *et al.* Application of Digital Medicine in Addiction.*J. Shanghai Jiaotong Univ. (Sci.)* **27**, 144–152 (2022). https://doi.org/10.1007/s12204-021-2391-4

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

fdr

Forderungspapier 06/26
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

Eva Egartner

Bessere Präventions- und Hilfeangebote für konsumierende junge Menschen sind notwendig und möglich!

Derzeit sind in mehreren zentralen Politikbereichen Reformen geplant, die erhebliche Auswirkungen auf die Schnittstelle von Jugend- und Suchthilfe haben könnten.

Die gestern von der Expert*innenkommission Kinder-und Jugendschutz in der digitalen Welt vorgestellten Handlungsempfehlungen unter den Überschriften Schutz, Befähigung und Teilhabe weisen grundsätzlich in die richtige Richtung. Unabhängig davon, welche Handlungsempfehlungen letztlch umgesetzt werden, wird jedoch entscheidend sein, wer dafür die Verantwortung übernehmen soll und welche finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die Förderung eines medienkompetenten Umgangs kann nicht allein den Eltern überlassen werden. Insbesondere dort, wo Eltern nur über begrenzte zeitliche und finanzielle Ressourcen verfügen oder selbst einen problematischen Medienkonsum aufweisen, werden sie ihre Kinder nur eingeschränkt unterstützen können. Wenn zudem Kommunen und insbesondere Schulen nicht ausreichend ausgestattet werden, um umfassende, flächendeckende und langfristig wirksame Präventionsmaßnahmen umzusetzen, droht es hier bei gut gemeinten Appellen zu bleiben.

Durch den geplanten Umbau im Gesundheitssystem ist zu befürchten, dass insbesondere in Flächenländern weitere Krankenhausbetten abgebaut werden. Auch das könnte konsumierende Kinder und Jugendliche betreffen, da bereits seit Jahren ein Rückgang an Entgiftungsplätzen zu beobachten ist, vor allem für Kinder und Jugendliche. Gleichzeitig wachsen die Bedarfe an kinderpsychiatrischen Plätzen auch in anderen Problembereichen.

Der Entwurf des neuen Kinder- und Jugendhilfegesetzes sieht ebenfalls strukturelle Veränderungen vor, die maßgeblich von Einsparzielen geprägt sind.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) schreibt hierzu in ihrer Stellungnahme: „Wer Unterstützung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien primär unter Einspargesichtspunkten betrachtet, verkennt Reichweite und Rang des staatlichen Auftrags. Kinder- und Jugendhilfe ist kein nach Kassenlage disponibler Leistungsbereich, sondern Teil der sozialen und rechtsstaatlichen Grundverantwor-

tung des Staates. Einsparungen auf Kosten passgenauer Hilfen, verlässlicher Teilhabeleistungen und funktionierender Unterstützungsstrukturen erzeugen nicht weniger, sondern spätere und regelmäßig höhere Folgekosten."

Mögliche Kürzungen individueller Hilfen würden auch die Schnittstelle zwischen Jugend- und Suchthilfe unmittelbar betreffen. Konsumierende Jugendliche und ihre Familien benötigen häufig passgenaue Unterstützungsleistungen auf Grundlage eines komplexen Hilfeplans, beispielsweise intensivpädagogische Einzelbetreuungen oder Hilfen zur Erziehung (nach SGB VIII, §§27 – 41).

Gleichzeitig zeigen aktuelle Entwicklungen, dass die Bedarfe nicht abnehmen.

Aktuelle Konsum- und Gefährdungstrends

Alkohol und Tabak

- Die Zahl der Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen geht zwar zurück, dennoch bleibt Alkohol das am häufigsten konsumierte Rauschmittel in Deutschland.
- Das durchschnittliche Alter beim ersten Alkoholkonsum liegt bei 15,1 Jahren.
- Der erste Alkoholrausch wird durchschnittlich im Alter von 16,2 Jahren erlebt.
- Im Jahr 2024 mussten 8.781 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden.
- Die Zahl der Alkoholintoxikationen sank bei den 10- bis 15-Jährigen von 3.999 Fällen im Jahr 2012 auf 1.419 Fälle im Jahr 2024.
- Bei den 15- bis 20-Jährigen ging die Zahl im gleichen Zeitraum von 22.674 auf 7.362 Fälle zurück.
- Der Tabakkonsum war in den vergangenen Jahren rückläufig, steigt inzwischen jedoch wieder an. Besonders E-Zigaretten und Vapes gewinnen an Bedeutung.

Laut eines Berichts der WHO aus 2024 gaben 32 % der befragten 15-Jährigen an, schon einmal E-Zigaretten geraucht zu haben, 20 % von ihnen in den letzten 30 Tagen.

Mediennutzung und Glücksspiel

- Im Jahr 2025 nutzten 91 Prozent der 12- bis 19-Jährigen mindestens eine KI-Anwendung.
- 74 Prozent verwendeten KI-Anwendungen für Hausaufgaben oder zum Lernen.

Die Nutzung von KI zur Informationssuche stieg damit von 2024 auf 2025 um 27 Prozentpunkte.

- 98 % aller Jugendlichen benennen die Smartphone- Nutzung als beliebteste regelmäßige mediale Freizeitgestaltung.

- Diagnostizierte Internetnutzungsstörungen nehmen deutlich zu.
- Rund 1,4 Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer diagnostizierten

Glücksspielstörung

- Sowohl bei Internetnutzungsstörungen als auch bei Glücksspielstörungen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.
- Gleichzeitig wachsen die Umsätze des Glücksspielmarktes kontinuierlich, 2025 um 20%.

Zum Cannabiskonsum

- Der Cannabiskonsum unter jungen Menschen bleibt auf einem relevanten Niveau, ist jedoch rückläufig.
- Dieser Trend setzt sich auch nach Inkrafttreten des Konsumcannabisgesetzes (KCanG) fort.
- Bei den 12- bis 17-Jährigen haben 8,5 Prozent der Jungen und 6,2 Prozent der Mädchen mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Livetime-Prävalenz).
- Im letzten Jahr konsumierten 7,2 Prozent der Jungen und 4,6 Prozent der Mädchen Cannabis.
- Unter den 18- bis 25-Jährigen liegt die Livetime-Prävalenz bei den Männern bei 54,5 Prozent, bei den Frauen bei 40,6 Prozent.
- Im vergangenen Jahr konsumierten 31,6 Prozent der jungen Männer und 18,8 Prozent der jungen Frauen Cannabis.

Weitere Entwicklungen

- Der Konsum von Opioid-Analgetika und synthetischen Drogen nimmt zu.
- Das Internet hat sich als zentraler Vertriebsweg für Drogen etabliert.
- Mischintoxikationen werden häufiger.
- Die Anzahl von Menschen, die nach Rauschmittelkonsum versterben, hat sich seit 2013 verdoppelt.
- Besonders besorgniserregend ist der Anstieg der Todesfälle unter jungen Konsumierenden.
- Während das Durchschnittsalter der Verstorbenen weitgehend konstant bleibt, wachsen sowohl die Gruppe der jüngeren als auch der älteren Konsumierenden unter den Verstorbenen

- Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis gehen zurück.

Straftaten im Zusammenhang mit LSD und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) nehmen dagegen zu.

Handlungsbedarf

Kinder und Jugendliche sind heute vielfältigen Konsum- und Suchtrisiken ausgesetzt.

Neben klassischen Suchtmitteln gewinnen digitale Angebote, soziale Medien, Glücksspiele und neue psychoaktive Substanzen zunehmend an Bedeutung.

Die Folgen reichen von Orientierungsproblemen und Realitätsverlust bis hin zu psychischen Erkrankungen, sozialem Rückzug, Suizidalität und drogenbedingten Todesfällen. Besonders hoch ist das Risiko bei jungen Menschen, die zusätzlich belastende oder traumatische Erfahrungen gemacht haben.

Eine besondere Dynamik entsteht an der digitalen Schnittstelle. Der Drogenhandel verlagert sich zunehmend in anonyme Onlineshops, soziale Medien und Messenger-Dienste, über die Substanzen unter harmlos klingenden Namen im clearnet angeboten werden. Damit erhalten insbesondere junge Erstkonsumierende ohne das in der Szene weitergegebene Schutzwissen, direkten Zugang zu hochpotenten Stoffen wie synthetischen Opioiden. Die gängigen toxikologischen Untersuchungen erfassen viele dieser Substanzen nicht was die Notfallversorgung und Behandlungen erschwert oder unmöglich macht. Das erhöht das Risiko an Todesfällen durch den möglicherweise unwissentlichen Konsum hochpotenter oder neuartiger Substanzen, insbesondere im Zusammenhang mit dem zunehmenden Mischkonsum.

Zahlreiche Studien belegen, dass Prävention und Frühintervention wirksam sind. Sie reduzieren individuelles Leid und vermeiden erhebliche gesellschaftliche Folgekosten.

Investitionen in soziale und gesundheitliche Unterstützungssysteme zahlen sich nachweislich aus.

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass jeder in die Sozialwirtschaft investierte Euro bereits innerhalb des ersten Jahres einen Rückfluss von 51 Cent für die öffentliche Hand erzeugt.

Für die Suchthilfe gilt dies in besonderem Maße, da neben Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem auch Aufwendungen für Strafverfolgung, Justiz und soziale Folgeschäden reduziert werden. Die SROI-Studie zur ambulanten Suchtberatung in Bayern kommt zu dem Ergebnis, dass durch die Inanspruchnahme einer ambulanten Suchtberatung durchschnittlich gesellschaftliche Folgekosten in Höhe von 22.691 Euro pro Person vermieden werden können.

Trotz dieser Erkenntnisse existiert bislang kein verbindlicher Sicherstellungsauftrag für die Finanzierung von Prävention und Suchthilfe. Angebote an der Schnittstelle von Jugend- und Suchthilfe werden vielerorts nicht ausgebaut, sondern reduziert. Gleichzeitig fehlt es in Deutschland weiterhin an ausreichenden Entgiftungs- und Behandlungsplätzen für junge Menschen.

Der fdr+ fordert daher:

- flächendeckende Präventions- und Frühinterventionsangebote für alle Kinder und Jugendlichen,

- den Ausbau aufsuchender Sozialarbeit im digitalen Raum einschließlich niedrigschwelliger Beratungsangebote zu Konsum und Sucht, z.B. nach Vorbild des trägerübergreifenden Digi Street in Bayern.
- den Ausbau intensivpädagogischer Einzel- und Gruppenbetreuungen für konsumierende Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene,
- den Ausbau von Hilfen zur Erziehung für konsumierende Eltern, den Aufbau eines bundesweit koordinierten Früherkennungs- und Monitoringsystems für Neue Psychoaktive Substanzen, das an das EU-Frühwarnsystem der EUDA anschließt,
- die Einrichtung einer bundeszentralen Stelle, die analog zur Pharmakovigilanz bei zugelassenen Arzneimitteln, Behandlungs- und Notfallwissen zu Intoxikationen außerhalb der Patientenakte sammelt und der medizinischen Versorgung zugänglich macht,
- den Ausbau spezialisierter Entgiftungsplätze für Kinder und Jugendliche,
- den Ausbau stationärer Rehabilitationsangebote für Kinder und Jugendliche, auch für junge Menschen, die noch kein Abstinenzziel formulieren können.

Nur durch frühzeitige Unterstützung, passgenaue Hilfen und eine verlässliche Infrastruktur können junge Menschen wirksam geschützt und in ihrer Entwicklung gestärkt werden.

Erfurt, 25.06.2025
Gez. Eva Egartner
Geschäftsführerin

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) (2026): Stellungnahme zum Referentenentwurf „Erstes Kinder- und Jugendhilfestruktur-reformgesetz (1. KJHSRG)“

Bundeskriminalamt (BKA) (2024): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2024: Weiterhin hohe Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln.

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2024: Zahl der Drogentoten in Deutschland weiter angestiegen https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/zahl-der-drogentoten-in-deutschland-weiter-angestiegen/

Entwicklung stärken, Verantwortung übernehmen (2026): Handlungsempfehlungen der unabhängigen Expertenkommission „Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt“ https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/290236/32c7a742b1ee00b498fca42c37784c99/20260624-handlungsempfehlungen-expertenkommission-kinder-und-jugendmedienschutz-data.pdf

EUDA (European Union Drugs Agency) (2026): Europäischer Drogenbericht 2026 – Trends und Entwicklungen.§

Halfar (2025): Wirkung statt Kürzung – Pankows Sozialausgaben als Investition

LGL (2022): Analyse zur Wertschöpfung der amb. Suchtberatung in Bayern

Manthey et al. (2026): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN): 2. Zwischenbericht

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (2024): JIM-Studie 2024 - Jugend, Information, Medien

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (2025): JIM-Studie 2025 - Jugend, Information, Medien

Orth, B.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025: Cannabis – aktuelle Entwicklungen und Trends (BIÖG-Forschungsbericht). Köln: Bundesinstitut für Öffentl. Gesundheit

Rummel et. al. (2026): DHS Jahrbuch Sucht 2026

WHO Europa (2024): https://www.who.int/europe/de/news/item/25-04-2024-alcohol--e-cigarettes--cannabis--concerning-trends-in-adolescent-substance-use--shows-new-who-europe-report

Peer Projekte – Möglichkeiten durch die Verknüpfung von arbeitsbezogenen Angeboten und Peer Involvement in der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Robert Lager

Sowohl Peer-Ansätze, also die Arbeit von und mit Lebenswelt-Expert*innen, als auch der Einsatz von Beschäftigung als Mittel der Sozialen Arbeit, bieten in der niedrigschwelligen Suchthilfe vielfältige Chancen. Wenn Peer Projekte als arbeitsbezogene Angebote gedacht werden, können die jeweiligen Möglichkeiten wechselseitig zu förderlichen Effekten führen. So können Verbesserungen in Sozialräumen, bei der Lebenssituation der Hilfesuchenden und bei der Angebotsqualität der Suchthilfe erzielt werden.

Eine Begründung mit Bourgois – Chancen zu einer vertieften Angebotsannahme durch Peer-Beteiligung

Den Kerngedanken des Peer Involvements beschreibt der Anthropologe Philippe Bourgois in seiner Feldstudie zu Crackdealern in Harlem schon Mitte der Neunzigerjahre besonders eindrücklich. Er zeigt dort auf, wie marginalisierte Menschen innerhalb der illegalen Ökonomie des Dealens eine Form der Augenhöhe und des Respekts erfahren, die sie in regulären Beschäftigungsverhältnissen nicht erleben. Die von Bourgois beschriebenen Menschen teilen dabei einen gemeinsamen Erfahrungshorizont, der vor Allem in der spezifischen Herkunft aus dem Armenviertel und der Verschränkung von erlebten Rassismus- und Klassismuserfahrungen begründet liegt. Dadurch existiert eine besondere Form der Gleichheit unter den beschriebenen Menschen, die sich mit Menschen, die diese Erfahrung nicht teilen, so nicht herstellen lässt. Er beschreibt eine Eigenschaft dieser Augenhöhe dabei als eine Abwesenheit von *Missachtung*, von der reguläre Arbeitsverhältnisse für die beobachteten Menschen geprägt sind. Bourgois verwendet dazu zwei Kultur-Begriffe, die er einander gegenüberstellt: Die „*Büro-Korridor-Kultur*“ regulärer Arbeitsverhältnisse und die „*Kultur der Straße*“, in der die beobachteten dealenden Menschen leben und arbeiten. Obgleich das Leben in der *Straßenkultur* für die Dealer teils durch, von Bourgois als extrem empfundene, Gewalt geprägt ist, beschreibt er den Effekt, dass reguläre Arbeitsverhältnisse für die beschriebenen Menschen tiefergehende Formen der Erniedrigung beinhalten. Da diese nur durch die Position in sozialen Ungleichheitsverhältnissen möglich wird, bedeutet das Arbeitsumfeld unter Menschen mit geteilter Erfahrung in dem Bezug nicht nur Schutz vor dieser Form der Missachtung, sondern darüber hinaus eine Grundlage der Gleichheit (Bourgois, 2019, S. 577 ff.).

Peer-basierte Angebote können diesen Effekt innerhalb des Suchthilfesystems simulieren und dadurch wirkungsvolle Anknüpfungsmöglichkeiten schaffen, die im Machtgefälle zwischen Sozialarbeitenden und Angebotsnutzenden – bei aller Bemühung zur menschlichen Begegnung und Beziehungsqualität – aus denselben strukturellen Grün-

den nicht möglich sein können, es sei denn, diese teilen die Suchterfahrung und gegebenenfalls weitere Teile der Lebenswelterfahrung mit ihnen. Sicherlich können Angebote der Drogenhilfe akzeptierende Räume sein, in denen auch in der Zusammenarbeit von drogenkonsumierenden Menschen mit Sozialarbeitenden, die die Lebenswelterfahrung nicht teilen, statt Erniedrigung Wertschätzung erlebt wird. Aus dem Forschungswerk von Bourgois können wir jedoch lernen, dass der Einsatz von Peers und deren geteilte Lebenswelterfahrung eine wertvolle Arbeitsgrundlage für eine vertiefte Zusammenarbeit schaffen kann.

Stabilisierung durch Beschäftigung – Peer Projekte als Beschäftigungsprojekte

Die Form der Beteiligung von Peers kann dabei, analog zu *Peer Counseling*, *Peer Education* und *Peer Projekten*, verschiedene Formen annehmen, die eher einen beratenden, einen eher informierenden oder einen eher handlungsorientierten Charakter haben können (Stöver et al., 2023, S.99 ff.). Auf den stabilisierenden Effekt der Peer Projekte, also der Angebotsform mit eher handlungsorientiertem oder Arbeitscharakter, wird im Folgenden näher eingegangen.

Hößelbarth spricht im Kontext der Stabilisierung der Lebensumstände von drogengebrauchenden Menschen von *Aufgaben und Verpflichtungen* als einem der am stärksten stützenden Faktoren. Dabei, schreibt sie, werden neue Lebenszusammenhänge geschaffen und so durch die Tätigkeit die Lebenssituation gefestigt (Hößelbarth, 2019, S.602). Dieser erwartete Effekt lässt sich auf die strukturelle Einbindung von Peers in Einrichtungen und Projekte anwenden. Auch hier wird eine Änderung der Lebensumstände, unter anderem hin zu mehr Struktur, sozialer Einbindung und auch finanzieller Stabilität angestrebt.

Peer Projekte können, sofern ihre Gestaltung den teilnehmenden Menschen eine als sinnhaft empfundene Tätigkeit ermöglicht, die Rolle von Beschäftigung als *Positive Reinforcers* im Sinne des *Community Reinforcement Approach* einnehmen. Das Canadian Centre on Substance Use and Addiction beschreibt im Rahmen dieses Ansatzes, dass als sinnhaft empfundene Arbeit die positive Wahrnehmung eines Lebens mit reduziertem Konsum unterstützen kann (Canadian Centre on Substance Use and Addiction).

Neben den Peers kann auch die Suchthilfe von dem Einsatz von Peers in ihren Angeboten profitieren. Die eingangs erwähnte besondere Augenhöhe kann zu einer erhöhten Qualität und so einer verbesserten Annahme und Akzeptanz der Einrichtungen und Projekte führen (Leicht et al., 2025, S.109). Gleichsam kann die gelebte Erfahrung wertvolle Hinweise zu *Best Practice* liefern, beispielsweise im Hinblick auf Safer Use und Harm Reduction.

Da Peers über besonderes Erfahrungswissen und Perspektiven verfügen, kann auch eine Partizipation an frühen Angebotsphasen, beziehungsweise bereits an der Entwicklung neuer Angebote, sinnvoll sein. Beispielsweise in der Angebotsgestaltung oder der Qualitätsentwicklung können so zielgruppenorientierte Blickpunkte berücksichtigt werden, die einer fachlich geprägten Denkweise andernfalls entgehen können.

Um einen reziproken Nutzen sicherzustellen, ist ein besonderes Augenmerk auf die Qualifizierung der Peers zu legen. Je nach Aufgabe und Einsatzgebiet sind dafür Aus-

und Weiterbildungen oder individuell konzipierte Schulungen und eine stetige Begleitung durch Fachkräfte wichtig. Auch ein entsprechender Arbeitsschutz muss gewährleistet sein.

Immer wieder wird in Texten zu Peer Involvement und Beschäftigungsprojekten erwähnt, dass für Menschen, deren Lebenssituationen sich ein Stück weit stabilisiert haben, eine Tätigkeit mit Nähe zur Szene Risiken bergen kann (Leicht et al, 2025, S.123). Konsumtrigger und die personelle Nähe zu drogenorientierten Kreisen können die Gefahr zur Rückkehr in alte Muster bergen. Es ist daher unbedingt darauf zu achten, dass die betreffenden Menschen eine passende Perspektive auf die Arbeit haben und diese als positiven, sinnstiftenden Bezug wahrnehmen. Erreicht werden sollen Selbstwirksamkeit und Stabilisierung – und kein Rückfall. Insbesondere bei Menschen mit Abstinenzwunsch ist der Einsatz in einer szenenahen Umgebung deshalb sorgfältig abzuwägen.

Finanzielle Kompensation in niedrigschwelligen Beschäftigungsprojekten

Der Alltag der Menschen, die von niedrigschwelligen Angeboten erreicht werden sollen, ist in der Regel von einer Vielzahl an Aufgaben zu dessen Organisation und Bewältigung geprägt, wie unter anderem Rebekka Streck im Rahmen ethnografischer Forschung aufgezeigt hat. Sie schreibt, dass von einer höheren Annahme der Angebote ausgegangen werden kann, je besser diese in den Alltag der sie nutzenden Menschen integrierbar sind (Streck, 2019, S.531 ff.). Im Alltag der hilfesuchenden Menschen spielt, neben einer Vielzahl an milieuspezifischen Aufgaben, der Erwerb finanzieller Mittel eine große Rolle. Insofern liegt es nahe, Angebote zu konzipieren, die diesen Lebensaspekt einbeziehen – im Sinne einer Vergütung oder Kompensation der Tätigkeit. Daraus folgt, dass Beschäftigungsangebote, bei denen eine finanzielle Kompensation vorgesehen ist, gut angenommen werden können. Die kompensierte Tätigkeit kann dabei zu einer Entlastung der Zielgruppe beitragen, wenn sie im Rahmen vorhandener Hilfestrukturen angeboten wird und gleichsam den Sozialraum entlasten, da die Menschen, die sie in Anspruch nehmen, teilweise weniger auf illegale Erwerbsmöglichkeiten reduziert sind.

Es ist davon auszugehen, dass, je fairer eine Kompensation dabei gestaltet ist, die Entlastung dem entsprechend stärker ausfällt. In der Praxis werden hier unterschiedliche Modelle umgesetzt. Von kurzfristigen, unbürokratischen Hilfen mittels Gutscheinen, über Aufwandsentschädigungen nach § 3 Nr. 26 EStG bis hin zu Anstellungen per Minijob existieren bereits verschiedenste Projekttypen. Die Aufwandsentschädigungen können dabei – wie beispielsweise Modellprojekte der Fixpunkt gGmbH in Berlin aktuell erproben – bei entsprechender Förderung und passender Tätigkeit in der stündlichen Höhe dem Mindestlohn entsprechen und dennoch steuerfrei sowie relativ unbürokratisch auszahlbar sein. Dies führt, neben anderen Gründen, wie dem Zugang zu Beratungsmöglichkeiten und einem Beziehungsangebot, sowie der gemeinsamen Arbeit mit Peers, in der Praxis zu einer hohen Haltequote und Verlässlichkeit der Teilnehmenden. Als lebensweltnah hat sich dabei die tägliche Auszahlung in Bargeld erwiesen. Es kann beispielsweise auch angeboten werden, dass durch die Teilnahme erlangtes Geld verlässlich für die Beschäftigten zurückgelegt werden kann. Dieses Geld

kann dann nicht unmittelbar für den Konsum eingesetzt werden und so die Selbstkontrolle unterstützen (Hößelbarth, S. 602 ff.).

Dialogfördernde Tätigkeiten

Peers können dabei im doppelten Sinn als Multiplikator*innen fungieren. Neben der Wirkung auf die Szene können Peer Projekte auch in Nachbarschaften und Kieze hineinwirken. Durch Peer Projekte können Tätigkeiten ausgeübt und Vorhaben umgesetzt werden, die in Stadtteilen und Kiezen die Ansprechbarkeit der Suchthilfeträger vermitteln. Das kann zum Einstieg durch positiv wahrgenommene Tätigkeiten selbst passieren, wie beispielsweise das Sammeln von Konsumrückständen, Beteiligung an Streetwork, Essensangebote oder Gärtnern. Es können auch nachbarschaftsoffene Räume kreiert werden, die den Dialog aktiv fördern, wenn die Tätigkeiten beispielsweise in Nachbar*innenschaftsgärten stattfinden oder auf einen Austausch mit lokalen Akteur*innen wie Kinder- und Jugendeinrichtungen, Nachbar*innenschaftszentren oder lokalen Projekten ausgelegt sind. Dabei entsteht die Chance sowohl die Belange der Nachbar*innenschaft zu adressieren, als auch auf die Situation der drogengebrauchenden Menschen aufmerksam zu machen, beispielsweise im Hinblick auf Gewaltbetroffenheit, Wohnungslosigkeit oder weitere anliegende Problemlagen.

Literatur

Bourgois, P. (2019). Crackdealer in East Harlem – Widerstand und Selbstzerstörung unter amerikanischer Apartheid. In: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Canadian Centre on Substance Use and Addiction: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Community-Reinforcement-Approach-Summary-2017-en.pdf, zuletzt aufgerufen am 26.07.2026

Hößelbarth, S. (2019). Konsumverhalten und Kontrollstrategien von Crackkonsument_innen. In: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Leicht, A., Stöver, H., Albrecht, L., Becker, G., Harbaum, M., Pritszens, N., Tügel, C. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe – ein Update 2025. (2025)

Stöver, H., Hornig, L. (2023): Suchtprävention in der Sozialen Arbeit. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Streck, R. (2019). Alltagsorganisation und Nutzung offener Drogenarbeit. In: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Autor:innen

Lea Albrecht
Gesamtleitung und Prokuristin Comeback gGmbH; Vorständin BreLs
lea.albrecht@comebackgmbh.de

Johanna Berger
Sozialpädagogin (M.A.)
jt_berger@web.de

Philip Bruggmann
Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich
p.bruggmann@arud.ch

Daniela Dahm
Lilith e. V.
daniela.dahm@lilith-ev.de

Eva Egartner
Geschäftsführerin Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
geschaeftsfuehrung@fdr-online.info

Lena Fackler
Sozialarbeiterin (M.A.)
lena-fackler@web.de

Monika Fonfara
Bereichsleitung Fixpunkt gGmbH
M.fonfara@fixpunktggmbh.org

Carina Fretter
Pflegerische Leitung Druckausgleich, Fixpunkt gGmbH
c.fretter@fixpunktggmbh.org

Prof. Dr. Christian Ghanem
TH Nürnberg Georg Simon Ohm
christian.ghanem@th-nuernberg.de

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler
4. Medizinische Abteilung, Klinik Ottakring, Wien
michael.gschwantler@gesundheitsverbund.at

Prof. Dr. Rita Hansjürgens
ASH Berlin
hansjuergens@ash-berlin.eu

Jan-Gert Hein
Geschäftsführer Drogenberatung e.V. Bielefeld
hein@drobs-bielefeld.de

Linda Heitmann MdB
Bundestagsabgeordnete (Bündnis 90/Die Grünen), Hamburg-Altona
linda.heitmann@bundestag.de

Tim Hirschfeld, MPH
Charité Berlin; TH Nürnberg
tim.hirschfeld@charite.de

Franziska Sophia Hoffmann
Hochschule Ansbach
franziska.hoffmann@hs-ansbach.de

Johannes Karg
Sozialpädagoge (M.A.)
kargjohannes90@gmail.com

Silvia Kaubisch
Lilith e. V.
silvia.kaubisch@lilith-ev.de

Bärbel Knorr
Deutsche Aidshilfe, Strafvollzug
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Robert Lager
Leitung Peer Projekt Neukölln, Fixpunkt gGmbH
r.lager@fixpunktggmbh.org

Astrid Leicht
Geschäftsführerin Fixpunkt e. V. Berlin
a.leicht@fixpunkt.org

Florian Meyer
Abteilungsleiter Stadt Zürich, Schadensminderung
florian.meyer@zuerich.ch

Dr. Ingo Ilja Michels
Soziologe, SOLID-Programm, TH Nürnberg
ingoiljamichels@gmail.com

Robert Morkel
Ärztlicher Leiter Diamorphinambulanz MVZ Polymedics, Bielefeld
robert.morkel@mvz-polymedics.de

Uli Mühlan
Peer-Mitarbeiter, UPK Basel
ulrich.muehlan@upk.ch

Prof. Dr. Jörn Patzak
Leiter JVA Wittlich
patzak@uni-trier.de

Louise Penzenstadler
Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève
Louise.Penzenstadler@hug.ch

PD Dr. Jan Querengässer
FernUni Hagen, forensische Psychiatrie
jan.querengaesser@fernuni-hagen.de

Prof. Dr. habil. Sebastian Sauer
Hochschule Ansbach, Data Science
sebastian.sauer@hs-ansbach.de

Dirk Schäffer
Deutsche Aidshilfe, Referent Drogen und Strafvollzug
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. Georg Schomerus
Direktor Psychiatrie, Universitätsklinikum Leipzig
georg.schomerus@uni-leipzig.de

Raphael Schubert
Geschäftsführer Fixpunkt gGmbH Berlin
r.schubert@fixpunktggmbh.org

Dr. Fabian Pitter Steinmetz
Dipl.-Ing. (FH), MSc, PhD
f.p.steinmetz@gmail.com

Prof. Dr. Heino Stöver
Institut für Suchtforschung, Frankfurt UAS
heino.stoever@fra-uas.de

Dr. med. Hannes Strasser
Leitender Arzt, UPK Basel
hannes.strasser@upk.ch

Prof. Dr. Rebekka Streck
EHB Berlin
rebekka.streck@eh-berlin.de

Andrea Ungvári
Öffentlichkeitsarbeit, Lilith e.V.
andrea.ungvar@lilith-ev.de

Prof. Dr. med. Marc Vogel
Chefarzt, UPK Basel
Marc.Vogel@upk.ch

Dr.in Regina Walter-Philipp
Suchthilfe Wien gGmbH
regina.walter-philipp@suchthilfe.at

Jan Welker
Oberarzt Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg
jan.welker@klinikum-nuernberg.de

Tamara Wild
Wiss. Mitarbeiterin, TH Nürnberg
tamara.wild@th-nuernberg.de

Norbert Wittmann
Geschäftsf. Vorstand mudra e.V. Nürnberg
norbert.wittmann@mudra-online.de

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz
Chefarzt Suchtmedizin, Universität Regensburg
Norbert.Wodarz@medbo.de

Bianca Wrana
Einrichtungsleiterin Kontaktstelle SKA, Fixpunkt gGmbH
b.wrana@fixpunktggmbh.org

Georg Wurth
Geschäftsführer Deutscher Hanfverband
Georg.Wurth@hanfverband.de

Prof. Dr. med. Daniele Zullino
Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève
Daniele.Zullino@hug.ch

Die Schwerpunkte des 13. Alternativen Drogen- und Suchtberichts sind einerseits die Situation drogenkonsumierender Gefangener bzw. Patient*innen im Justiz- bzw. Maßregelvollzug: Neben den Analysen zur Versorgung Opioidabhängiger in beiden Systemen geht es vor allem auch um angemessene Reaktionen auf die weite Verbreitung des Konsums sog. Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS). Dazu hat eine kleine Arbeitsgruppe auf der Basis eines Webinars zum Thema mit einer sehr großen Beteiligung konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet. Zum anderen steht der Umgang mit Crackkonsumierenden im Mittelpunkt dieses Alternativen Drogen- und Suchtberichts: Ebenfalls hat hier eine Arbeitsgruppe dazu bereits Handlungsempfehlungen erarbeitet. Auf dieser Grundlage werden weiterführende Ideen und Praxis (Beispiel Zürich) vorgestellt. Neben vielen weiteren interessanten Beiträgen zu aktuellen Einzelthemen der Drogentherapie und –politik geht es schließlich auch um den Beginn einer „Kokain-Agonisten-Therapie/KAT“.

Print: ISBN 978-3-69217-067-1
eBook: ISBN 978-3-69217-069-5
www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com



Friedensstiftet im Drogenkrieg
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit & humane Drogenpolitik