



Kein weiter so!

Neue Wege in der Drogenpolitik

Positionspapier des PARITÄTISCHEN Bremen

*Drogen sind gefährlich, aber noch gefährlicher ist die globale Drogenpolitik.
Wir brauchen eine neue. Es ist Zeit für eine klügere, gesundheitsorientierte Drogenpolitik.*

Kofi Anan 2016¹



DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND
LANDESVERBAND BREMEN E.V. | www.paritaet-bremen.de

Außer der Schleifmühle 55-61
28203 Bremen
Telefon: 0421|79199-0
Telefax: 0421|79199-99
E-Mail: info@paritaet-bremen.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bremen e. V.

Redaktion: Anke Teebken
Titel: Maité Müller
Fotos: S.7 Lightspring_Shutterstock, S.8 national library of medicine_flickr, S.9 Thomas Reiner_Adobe Stock, S.10 Gerd Altmann_Pixabay,
S.12 Gordon Johnson_Pixabay

September 2019



Dr. Hermann Schulte-Sasse
Vorsitzender des Verbandsrates



Wolfgang Luz
Vorstand

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten drei Jahrzehnten war die Drogenpolitik kein zentrales Thema politischer Debatten. Noch vor 30 Jahren wurde in Bremen heftig über den ordnungspolitischen Umgang mit der offenen Drogenszene im Viertel und über die gesundheitliche und drogenpolitische Bedeutung einer Methadonsubstitution gestritten. Seitdem beschränkte sich das Interesse an drogen- und suchtpolitischen Fragen weitgehend auf die Träger von Hilfeeinrichtungen und auf Fachkreise. Daran änderte auch das zwischenzeitliche Aufflackern einer aufgeregten Diskussion vor einer Dekade über den Heroin- und Methadonkonsum von schwangeren Frauen und abhängigen Müttern nichts, die in der Forderung nach regelmäßigen toxikologischen Haaranalysen mit der Option einer Inobhutnahme der Kinder mündete.

Der PARITÄTISCHE Bremen widmet sich jedes Jahr einem Thema, das nach den Erfahrungen von Mitgliedsorganisationen auf den Nägeln brennt. 2018 war es die Wohnungsfrage, in diesem Jahr ist es die Situation von Drogenabhängigen in Bremen. Mit diesem Bericht wollen wir die drogen- und suchtpolitische Diskussion in Bremen anstoßen und auf die aus unserer Sicht nötigen Weichenstellungen hinweisen.

Im Zentrum steht dabei das Wohlergehen des einzelnen Menschen. Für uns im PARITÄTISCHEN ist das Recht eines und einer Jeden, ein Leben in Würde zu führen und die eigene Persönlichkeit frei und selbstbestimmt zu entfalten, eine grundlegende Verpflichtung in unserer Arbeit. Wir bedauern deshalb die gerade in den drogen- und suchtpolitischen Debatten häufig anzutreffenden ideologischen Vorfestlegungen, die einer sachlichen und realitätsgerechten Diskussion im Wege stehen. Dazu gehören nicht nur drogenpolitische Fragen wie der legale Status von Cannabisbesitz, sondern auch suchtpolitische Fragen wie eine mögliche Substitution mit Diamorphin.

Wir sind der Überzeugung, dass Veränderungen der bisherigen Drogenpolitik in Bremen notwendig sind. Der politische Vertrag der neuen Koalition in Bremen macht Hoffnung, dass solche Veränderungen nun auch möglich werden.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei der Arbeitsgruppe des Verbandsrats des PARITÄTISCHEN Bremen bedanken, die für dieses Papier die Ideen entwickelt und es in seiner Entstehung begleitet hat. Vor allem gilt unser Dank unserem Verbandsratsmitglied Regine Geraedts, die maßgeblich zum Gelingen beigetragen hat. Wir bedanken uns bei Prof. Dr. Uwe Gonther und Dr. Berndt Werse für konstruktive Mitarbeit und Rückmeldungen.

Hermann Schulte-Sasse, Vorsitzender des Verbandsrates

Wolfgang Luz, Vorstand

Inhalt

Seite	5	Zusammenfassung
Seite	7	Drogen- und Suchtpolitik – komplex und kontrovers
Seite	8	Drogen – Alltag oder Ausnahmezustand?
Seite	9	Legal oder illegal?
Seite	10	Sucht ist eine Krankheit! Aber nicht immer geht es um Sucht
Seite	12	Kein „Weiter so!“ - das Beispiel Cannabis
Seite	14	Neue Wege: Regulieren statt Repression
Seite	15	Krank, nicht kriminell: Strafverfolgung und Strafvollzug
Seite	17	Das Gefährliche sicherer machen: Vorrang für Schadensreduzierung
Seite	19	Therapie: Bedarfsgerechte und akzeptierende gesundheitliche Versorgung
Seite	21	Prävention
Seite	22	Anmerkungen

Zusammenfassung

Deutschland hält mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bis heute an einer auf Kriminalisierung, Strafverfolgung und Abschreckung basierenden Drogenpolitik fest. Doch diese Politik muss sich kritisch befragen lassen, ob sie eher nutzt oder ob sie zusätzlichen Schaden anrichtet. Denn sie verhindert medizinische und soziale Hilfen für schwer Suchtkranke und setzt dadurch eine Verelendungsspirale in Gang. Und sie kriminalisiert Menschen, die Substanzen mit geringem Gefahrenpotenzial konsumieren wie beispielsweise Cannabis. Die individuellen und auch die gesellschaftlichen Folgekosten dieser Politik sind hoch.

Aus der Sicht des PARITÄTISCHEN Bremen muss die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch den Konsum psychoaktiver Substanzen für den oder die Einzelne und für die Gesellschaft ins Zentrum der Sucht- und Drogenpolitik rücken.

- Drogenpolitik muss die Gesundheitsrisiken von psychoaktiven Substanzen realistisch bewerten und eine Gefährlichkeitsskala entwickeln, auf deren Grundlage sie Herstellung und Handel verbietet oder kontrolliert und mit Regeln freigibt, den Konsum aber straffrei lässt.
- Repressive Interventionen gegen Erkrankte müssen aufhören. Die Gesundheitspolitik muss an die erste Stelle rücken, Abhängigen muss ein hohes Maß an sozialer und gesundheitlicher Unterstützung zukommen.
- Das Paradigma der absoluten Abstinenz als alleinigen Weg ist überholt. Stattdessen müssen Risikokompetenz, Drogenmündigkeit und Risikobegleitung eine wichtige Rolle in Prävention und Therapie einnehmen.

Beim Cannabis zeigt sich überdeutlich, dass politisches Umdenken notwendig ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft Cannabis nicht mehr als gefährliche Droge ein. Der Konsum ist in der Bevölkerung durchaus verbreitet und stillschweigend akzeptiert, wird aber immer noch strikt kriminalisiert. Die Mehrheit aller Drogendelikte, mit denen sich die Polizei befasst, bezieht sich auf Cannabis. Das richtet mehr Schaden an als die Substanz selbst. Und es bindet Mittel und Ressourcen, die besser in wichtige sozialstaatliche Aufgabenfelder investiert würden.

Der PARITÄTISCHE Bremen fordert statt der Kriminalisierung die Regulierung des Konsums von Cannabis und fordert die Landesregierung auf, seine landespolitischen Spielräume für eine solche Politikwende zu nutzen.

Es gibt aber auch Stoffe, die hohe Risiken bergen und Menschen suchtkrank machen können. Erkrankungen sind aber kein persönliches Versagen und keine individuelle Schuld. Wer krank ist, braucht vor allem medizinische Unterstützung. Drogenhilfeangebote sind für Abhängige eine wichtige Brücke ins Gesundheitssystem, vermitteln in Therapien und helfen, die Verelendungsspirale anzuhalten. Für viele sind sie (über)lebensnotwendig. Doch die öffentliche Förderung der Drogenhilfe stagniert, investiert wird dagegen in eine Vertreibungspolitik rund um den Bremer Hauptbahnhof.

Der PARITÄTISCHE Bremen fordert, dass die öffentliche Förderung für die kommunale Suchthilfe deutlich angehoben wird. Zudem fehlen in Bremen wichtige Angebote, um weitere Schäden von Drogenkonsumierenden und auch von der Allgemeinheit abzuwenden. Dazu zählen an erster Stelle ein Drogenkonsumraum und Möglichkeiten zum Drug-Checking.

Notwendig sind auch Therapieangebote, die nicht allein auf Ausstieg und Abstinenz setzen. Die in Bremen gut ausgebaute Substitutionstherapie muss mindestens auf gleichem Niveau fortgesetzt werden, auch wenn absehbar Substitutionsärztinnen und -ärzte in den Ruhestand gehen. Sie muss zudem ergänzt werden durch eine Therapie mit dem Ersatzstoff Diamorphin, der Studien zufolge dem Methadon überlegen ist. Das Land muss die Voraussetzungen für die Einrichtung einer solchen Spezialambulanz schaffen.

Schließlich ist der PARITÄTISCHE Bremen der Überzeugung, dass sehr viel mehr für die Prävention getan werden muss, verstanden als gesellschaftliche Aufgabe: Gesundes Verhalten entsteht in gesunden Verhältnissen und gesunde Verhältnisse sind politisch zu gestalten.

Drogen- und Suchtpolitik – komplex und kontrovers

Der PARITÄTISCHE fühlt sich dem Wohl des einzelnen Menschen verpflichtet, dem Recht eines und einer Jeden, ein Leben in Würde zu führen und die eigene Persönlichkeit frei und selbstbestimmt zu entfalten. Auf der Basis dieser Werte ist der PARITÄTISCHE Bremen der Überzeugung, dass Veränderungen der derzeitigen Drogenpolitik notwendig sind.

Dabei wird kaum ein Thema so kontrovers, polarisiert und häufig ideologisch diskutiert, während sich zugleich der einmal eingeschlagene Kurs substantiell nicht verändert. Mit diesem Positionspapier wollen wir zu einer sachlichen Debatte beitragen und Anstöße zur dringend nötigen Veränderung geben - ohne dass wir auf alle Fragen Antworten hätten.

Den Rahmen für den Umgang mit psychotropen Substanzen in der Gesellschaft setzt die Drogenpolitik. Dazu zählen Fragen nach der Kontrolle des Drogenangebots und -konsums und die Verhinderung oder Minimierung von Schäden für die Betroffenen und die Gesellschaft.

Die Suchtpolitik ist das andere Feld, um das es hier gehen soll. Darunter versteht der PARITÄTISCHE Bremen den medizinischen und sozialen Umgang mit krankhafter Substanzabhängigkeit, mit Prävention und Therapie. Drogen- und Suchtpolitik sind untrennbar miteinander verwoben und umfassen verschiedene Politikbereiche: die Innen-, die Kriminal- und die Rechtspolitik, die Gesundheits- und die Sozialpolitik, die Jugendpolitik, sogar die internationalen Beziehungen spielen eine Rolle. Das macht die Auseinandersetzung damit so komplex.



Drogen – Alltag oder Ausnahmezustand?

Drogen sind psychoaktive Substanzen. Sie beeinflussen das seelische und körperliche Befinden, die Wahrnehmung und das Bewusstsein. Ob anregend, beruhigend oder halluzinogen – psychoaktive Substanzen sind ein Teil des gesellschaftlichen Lebens. Schon in der Antike waren Opium, Alkohol, und Cannabis bekannt. Später kamen Kaffee, Tabak und Kokain dazu. Schließlich wurden in Laboren gezielt Wirkstoffe synthetisiert wie Heroin und LSD. Heute werden immer neue psychoaktiven Stoffe erfunden, die auch als „Designerdrogen“ bezeichnet werden. In den letzten Jahren nimmt ihre Zahl beständig zu: Bis zum Jahresende 2017 wurden in Europa mehr als 670 dieser neuen psychoaktiven Stoffe ermittelt, im Jahres-Wochendurchschnitt wird etwa eine weitere Substanz in Umlauf gebracht.²

Das zeigt: Die Substanzen, über die wir reden, sind vielfältig und sehr unterschiedlich. Es macht keinen Sinn, sie alle über einen Kamm zu scheren. Und: Die Lust auf Rausch ist eine Konstante in der Menschheitsgeschichte. Das Idealbild völliger Abstinenz ist nicht nur unrealistisch, sondern ebenso wenig allseits und zu jeder Zeit erwünscht.

Wie mit diesen Ambivalenzen umgegangen wird, entscheidet die Politik. Sie gibt vor, welche der psychoaktiven Substanzen ganz legal zu Genussmitteln verarbeitet werden dürfen - wie beispielsweise Alkohol, Nikotin und Coffein - und mit welchen Beschränkungen sie dann verkauft und konsumiert werden können. Die Politik setzt auch fest, welche Stoffe für illegal erklärt und weder angebaut, hergestellt, in Verkehr gebracht oder konsumiert werden dürfen.

Dabei ist die Trennlinie zwischen legal und illegal kulturell oder im Zeitverlauf weder konstant noch unumstritten. So wurde der bekannte Softdrink Coca-Cola vor mehr als 130 Jahren in den USA von einem Apotheker als süßer Kick gegen Müdigkeit und Kopfschmerzen erfunden, indem er Kokain zusammen mit Coffein und Zucker zu einem Getränk mixte. Der Verkaufserfolg war grandios. Im selben Land unterlag der Alkohol einige Zeit später über Jahre hinweg einer strikten Prohibition. Das Beispiel verdeutlicht: Welche Stoffe als illegal deklariert werden, ist von wirtschaftlichen, moralischen, religiösen und gesundheitspolitischen Erwägungen geprägt.



In Deutschland gehören Nikotin und Alkohol zu den legalen Suchtmitteln. Repräsentativen Studien zufolge sind 12 Millionen Menschen von Tabak und 1,6 Millionen Menschen krankhaft von Alkohol abhängig.³ Ungeachtet dessen fungiert der Alkohol als geradezu unverzichtbares kulturelles Bindeglied in unserer Gesellschaft.

Legal oder illegal?

In unserem Papier geht es um die von der Politik für illegal erklärten Substanzen. Um die Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland und auch im Land Bremen einordnen und die politischen Handlungsspielräume vor Ort ausloten zu können, müssen wir den Bogen zunächst etwas weiterspannen. Denn die Ursprünge der heutigen Drogenpolitik liegen in den 1960er Jahren.



Damals wurde eine allgemeine Zunahme des Wunschs nach Rausch konstatiert und insbesondere von den westlichen Industrienationen als sozial-schädlich eingestuft. In der Überzeugung, dass die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung und des Einzelnen nur durch strenge Maßnahmen geschützt werden könnten, wurden in der Folge bei den Vereinten Nationen (UN) verschiedene völkerrechtliche Verträge ausgehandelt, die die völlige Abstinenz bestimmter Substanzen, die radikale Angebotsreduzierung durch ein Totalverbot (Prohibition) und die Abschreckung durch Kriminalisierung zum Ziel hatten.⁴

In dem vor mehr als einem halben Jahrhundert ausgerufenen „Krieg gegen die Drogen“ sind die Mitglieder der Staatengemeinschaft seither verpflichtet, den Anbau, Handel und den Konsum von solchen psychoaktiven Substanzen unter strenge Freiheitsstrafe zu stellen, die in den internationalen Verträgen als illegal definiert worden sind.

Deutschland hat mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) im Jahr 1972 diese internationalen Vorgaben umgesetzt und verfolgt seither konsequent den Ansatz der repressiven Drogenkontrolle. Das BtMG verbietet den Umgang mit jeder einzelnen für illegal erklärten Substanz in jeder Form und – im Unterschied zur UN - ohne eine Klassifizierung nach Gefährlichkeitsstufen.⁵ Das betrifft auch den Kauf und Besitz für den Eigenbedarf und damit den Konsum.

Nach mehreren Verschärfungen wurde das BtMG mit einem Strafraum ausgestattet, wie man ihn sonst eher im Zusammenhang mit schwersten Straftaten kennt. Unter der Überschrift „Therapie statt Strafe“ wurden zwar 1982 die §§ 35 ff in das BtMG aufgenommen, wonach bei Drogenabhängigen eine ausgesprochene Gefängnisstrafe zugunsten einer Therapie zurückgestellt werden kann. Es besteht aber kein Anspruch auf Einstellung der Strafverfolgung.

An dieser auf Kriminalisierung, Strafverfolgung und Abschreckung basierenden Drogenpolitik hält Deutschland bis heute fest. Auch in der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik dominiert ein Abstinenz- und bezogen auf die illegalen Substanzen ein strikt prohibitiv-repressiver Ansatz.⁶

Sucht ist eine Krankheit! Aber nicht immer geht es um Sucht

Bei dieser Ausrichtung der Politik gerät in den Hintergrund, dass Sucht eine Krankheit ist. Suchterkrankungen entstehen in einer engen Wechselwirkung von individuellem Verhalten und gesellschaftlichen Verhältnissen. Meist liegt ihnen ein komplexes Geflecht aus individuellen Vorbelastungen, Störungen im emotionalen Gleichgewicht und schwierigen Lebensumständen zugrunde. Wer mit instabilen familiären Verhältnissen, unsicheren Arbeitsplätzen und allgemein belastenden Lebensbedingungen konfrontiert ist, weist ein ungleich höheres Risiko für Abhängigkeitserkrankungen auf. Auch die soziale Einbettung von Rauscherfahrungen und ihre gesellschaftlichen Rahmenbedingungen spielen eine Rolle.⁷

Erkrankungen sind aber kein persönliches Versagen und keine individuelle Schuld. Das gilt selbstverständlich auch für Suchterkrankungen. Umso widersinniger erscheint die Kriminalisierung von Suchtkranken, zumal dann, wenn ihnen nichts anderes vorgeworfen werden kann als der Kauf oder Besitz der Substanz, von der sie abhängig sind. Kranke Menschen zu verfolgen, zu bestrafen und ihnen die Freiheit zu entziehen statt ihnen Hilfe zukommen zu lassen, widerspricht den Werten und dem Menschenbild des PARITÄTISCHEN Bremen zutiefst. Auch mit den ethischen Vorstellungen der Menschen- und der Grundrechte lässt sich dies aus unserer Sicht schwerlich vereinbaren.

Klar machen muss man sich auch: Nicht alle Konsumierenden sind Suchtkranke. Es gibt die krankhafte Abhängigkeit, es gibt den riskanten Missbrauch, vor allem aber gibt es den kontrollierten Konsum psychoaktiver Stoffe. Ein weiterer Fakt ist: Nicht jede Substanz löst unmittelbar eine Abhängigkeit aus, es lässt sich nicht einmal behaupten, dass sie alle und in jedem Fall gesundheitsschädlich wären. Jede hat ihr eigenes Risikopotenzial, auf das die Menge, die Häufigkeit und die Begleitumstände des Konsums einen wichtigen Einfluss nehmen. Zugleich gibt es aber Stoffe, die sehr hohe physische, psychische und soziale Risiken bergen, extrem zerstörerisch wirken, schnell irreversible Schäden verursachen und vor denen die Gesellschaft zu Recht Schutz erwartet.



In diesem Trilemma zwischen der Hilfe für Erkrankte, der Würde und dem Recht auf Selbstbestimmung jedes und jeder Einzelnen und schließlich dem Anspruch auf staatlichen Schutz vor krankmachenden und schädlichen Substanzen muss die Sucht- und Drogenpolitik ihren Weg finden. Die Lust am Rausch pauschal zu verdammen, hilft dabei ebenso wenig weiter wie die Risiken zu verharmlosen.

Aus der Sicht des PARITÄTISCHEN Bremen muss die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch den Konsum psychoaktiver Substanzen für den oder die Einzelne und für die Gesellschaft ins Zentrum der Sucht- und Drogenpolitik rücken. Aus dieser Perspektive muss sich die repressive Verbots- und Abschreckungspolitik kritisch befragen lassen, ob sie eher nutzt oder ob sie zusätzlichen Schaden anrichtet, ob das Abdrängen in einen kriminalisierten Markt den Konsum reduziert oder zusätzliche Risiken produziert, ob die Illegalisierung die Gesundheitsgefahren bannt oder ob sie Barrieren vor Hilfen und Überlebenshilfen errichtet und die individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten in die Höhe treibt.

Wir sind überzeugt: Die Prioritäten der Sucht- und Drogenpolitik müssen sehr grundsätzlich verschoben werden, wenn die Verhinderung und Reduzierung von Schäden und die Sicherung sozialer und gesundheitlicher Teilhabe auch für Erkrankte in den Vordergrund rücken sollen:

- Drogenpolitik muss auf der Grundlage der Gefährlichkeit von psychoaktiven Substanzen und evidenzbasierter Risikoabschätzung ein differenziertes System entwickeln, das nach einer Gefährlichkeitsskala⁸ Herstellung und Handel verbietet oder kontrolliert und mit Regeln freigibt, den Konsum aber straffrei lässt.
- Repressive Interventionen gegen Erkrankte müssen aufhören. Die Gesundheitspolitik muss an die erste Stelle rücken, und Gesundheitsförderung macht man nicht mit der Polizei. Abhängigen muss ein hohes Maß an sozialer und gesundheitlicher Unterstützung zukommen.
- Das Paradigma der absoluten Abstinenz als alleinigen Weg ist überholt. Stattdessen müssen Risikokompetenz, Drogenmündigkeit und Risikobegleitung eine wichtige Rolle in Prävention und Therapie einnehmen.

Kein „Weiter so!“ - das Beispiel Cannabis

Der in Cannabis enthaltene Wirkstoff THC gilt als weltweit meistkonsumierte illegale psychoaktive Substanz. Auch in Deutschland ist der Cannabiskonsum weit verbreitet, und zwar in allen sozialen Schichten und mit steigender Tendenz. Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung zeigt: 44,5 Prozent der jungen Menschen unter 25 Jahren haben mindestens einmal Cannabis konsumiert. Bei Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren waren es fast ein Drittel.

Vor allem bei jungen Menschen ist der Konsum verbreitet: In den Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen haben 13,2 Prozent, der 18- bis 25-jährigen 17,6 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis benutzt. Bei den Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren waren es 6 Prozent. Hochgerechnet auf die Bevölkerung geht es um mehrere Millionen Menschen.¹⁰ Dabei ist der Konsum noch unterschätzt. Denn die Daten werden in Telefonbefragungen gewonnen und es ist bekannt, dass das Antwortverhalten bei Interviews zu persönlich sensiblen Themen deutlich zu sozial erwünschten Antworten tendiert.



Die Verbreitung zeigt: Cannabis erfährt trotz des Totalverbots nach dem BtMG als Mittel zum Rausch eine stillschweigende Akzeptanz in der Bevölkerung. Das mag auch daran liegen, dass sich die gesundheitlichen Schäden durch THC in Grenzen halten. Die akuten Effekte sind vorübergehend und nicht lebensbedrohlich, Todesfälle sind nicht bekannt und Abhängigkeitserkrankungen treten im Verhältnis selten auf. Allerdings sind Jugendliche in der Entwicklungsphase gefährdeter, besonders wenn sie in jungen Jahren mit dem Konsum beginnen.¹¹

Die Verbreitung von THC ändert jedoch nichts daran, dass es eine illegale Substanz bleibt. Das heißt im Umkehrschluss: Das Potenzial der wegen ihres Konsums zu kriminalisierenden Bevölkerung ist groß. Das spiegeln auch die Statistiken des Bundeskriminalamts wider. Nach dem „Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität“ bezogen sich im Jahr 2017 fast zwei Drittel aller Rauschgiftdelikte auf Cannabis (knapp 200.000 Fälle). Davon waren mehr als 80 Prozent sogenannte konsumnahe Delikte (166.000 Fälle).¹² In Bremen beziehen sich etwa 75 Prozent der etwa 3.500 Drogendelikte pro Jahr auf Cannabis, davon geschätzte 90 Prozent auf den Konsum.¹³ Die Drogendelikte, mit denen sich die Polizei befasst, sind demnach vor allem Konsumdelikte, und die allermeisten beziehen sich auf Cannabis. Das bindet Ressourcen, die für anderes nicht zur Verfügung stehen – auch in Bremen.

Die Folgen von Ermittlungen und Strafverfahren können bei den Konsumierenden zu gravierenden Einschnitten führen. Nicht selten wird ihnen die Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr abgesprochen und der Führerschein entzogen, und zwar unabhängig davon, ob sie unter Cannabiseinfluss Auto gefahren sind. Manche verlieren ihren Arbeitsplatz, junge Menschen bekommen häufig Probleme mit der Schule oder in ihrer Ausbildung. In der Konsequenz werden die beruflichen Perspektiven gestört und die soziale Teilhabe eingeschränkt – und zwar nicht etwa als unmittelbare Folge des Substanzkonsums, sondern als Folge der repressiven Drogenpolitik.

Bei dem Verbreitungsgrad von Cannabis erstaunt es nicht, dass sich auch die Einrichtungen der Mitgliedsorganisationen des PARITÄTISCHEN Bremen im Alltag immer wieder mit dem Cannabiskonsum von Klientinnen und Klienten auseinandersetzen müssen. In Jugendeinrichtungen bleibt wegen des politischen Paradigmas des Totalverbots und absoluter Abstinenz am Ende kaum ein anderer Weg als ein Hausverbot, das gerade solche jungen Menschen ausschließt, die diese Angebote vielleicht am dringendsten brauchen. Aber auch in anderen Bereichen mehren sich die offenen Fragen: Wie damit umgehen, wenn jemand in Senioreneinrichtungen im neuen Zuhause Cannabis rauchen will statt abends ein Glas Rotwein zu trinken? Damit müssen die Einrichtungen einen Umgang finden und werden von der Politik dabei allein gelassen.

Wir sind enttäuscht, dass die Landesregierung in der vergangenen Legislaturperiode ihre landespolitischen Spielräume für die Entkriminalisierung von Cannabis nicht ausgeschöpft und der Senat die von der Bürgerschaft beschlossenen Eckpunkte nicht umgesetzt hat. Mit ihnen wäre ein neuer und für ein einzelnes Bundesland gangbarer Weg in der Cannabispolitik eröffnet worden.¹⁴ Sie bleiben aktuell und müssen nun von der jetzigen Landesregierung umgesetzt werden.

Forderungen:

- ⇒ Der Konsum von Cannabis bleibt im Land Bremen ebenso frei von Strafverfolgung wie der Erwerb und Besitz zum Eigengebrauch.¹⁵
- ⇒ Der private Anbau von Cannabispflanzen zum Eigengebrauch wird im Land Bremen zulässig.
- ⇒ Die bei der Strafverfolgung eingesparten Mittel werden zur Stärkung der Jugendarbeit und der Prävention eingesetzt.
- ⇒ Der Führerschein wird nicht allein auf der Grundlage von Cannabisfunden eingezogen.
- ⇒ Für alle Einrichtungen muss es die Sicherheit geben: Weder für die Träger und ihre Beschäftigten noch für ihre Klient/innen führt der Cannabiskonsum zu negativen Folgen. Das ermöglicht nicht zuletzt Jugendhilfeeinrichtungen die Entwicklung von Konzepten, die verhindern, dass junge Menschen gänzlich aus allen institutionellen Kontexten herausfallen.

Neue Wege: Regulieren statt Repression

Eine grundlegende Entkriminalisierung von Cannabis kann aber nur bundesgesetzlich erreicht werden. Dass die Drogenpolitik die Gefährlichkeit und das Risikopotenzial von Cannabis deutlich überschätzt, ist lange bekannt.¹⁶ Zuletzt hat nun die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Januar 2019 mitgeteilt, dass die Einstufung von Cannabis als gefährliche Droge nach langjährigen und eingehenden wissenschaftlichen Studien nicht mehr haltbar sei.¹⁷ Spätestens 2020 wird eine Entscheidung der UN über eine Neuklassifizierung erwartet. Das wird auch die drogenpolitischen Vorzeichen in Deutschland verändern.

Vor dem Hintergrund solcher wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter sorgfältiger Abwägung von Schutz und Risiken haben mittlerweile zwei Staaten den Freizeitkonsum von Cannabis für Erwachsene kontrolliert freigegeben: Uruguay und Kanada. Beide Länder verfolgen das Ziel, durch einen staatlich regulierten legalen Markt, durch die Kontrolle der Produkte und klare Begrenzungen für Kauf und Konsum den Raum für einen effektiven Verbraucher-, Gesundheits- und Jugendschutz zurückzugewinnen.¹⁸ Beide hatten ihre bisherigen Erfahrungen so ausgewertet, dass dies unter der Maßgabe des Totalverbots und der Illegalisierung nicht gelingt und sogar vermeidbare zusätzliche Schäden festzustellen sind.

Als erstes Land in Europa stellt aktuell Luxemburg die Weichen für den staatlich regulierten Anbau, Verkauf und Konsum von Cannabis.¹⁹ Diese Entwicklungen werden auch in Deutschland die Frage auf die Agenda setzen, ob es vernünftig ist, den Konsum von Cannabis weiter zu kriminalisieren.

Eine lebendige Debatte über die kontrollierte Freigabe gibt es schließlich auch hier schon seit Jahren.²⁰ Zuletzt setzten sich im Bundestag BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die LINKE und die FDP mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen für die Entkriminalisierung von Cannabis für Erwachsene ein.²¹

Die Optionen für einen legalen, wohl aber kontrollierten Markt mit klaren Regeln für die Verarbeitung und die Abgabe von Cannabis sind vielfältig: Vom Apothekenmodell über ein Lizenzsystem bis hin zu lizenzierten Orten für Kauf und Konsum analog zur Schankerlaubnis für Alkohol bieten sich unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten. Durch Qualitätsvorgaben und -kontrollen für den angebotenen Stoff könnten zudem die Gesundheitsrisiken weiter reduziert werden, die von der Forschung nicht zuletzt dem gestiegenen THC-Gehalt in hochgezüchteten Cannabispflanzen und dem gleichzeitigen Absinken des CBD zugeschrieben werden. Der auch Cannabidiol genannte Stoff CBD ist nämlich ein chemischer Gegenspieler des THC, dem zugleich antipsychotische Wirkung zugeschrieben wird.²² Nicht zuletzt lassen sich Bedingungen und Beschränkungen für den Konsum gesetzlich definieren, wie dies auch für Tabak und Alkohol geschehen ist.

Kritische Stimmen wenden gegen solche Vorschläge immer wieder ein, dass Jugendliche nicht mehr ausreichend geschützt seien, wenn Cannabis für Erwachsene legal erhältlich wäre. Der PARITÄTISCHE Bremen ist überzeugt, dass für Jugendliche sehr spezifische Vorsorge zu treffen ist. Das gelingt aber besser, wenn der Cannabiskonsum nicht mehr als kriminell gilt. Wenn in der Schule, in der Familie, in Jugendhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen offen und ohne Angst vor Polizei und empfindlichen Strafen darüber gesprochen werden kann, gelingt Suchtprävention effektiver als bisher.

Forderungen:



Die Landesregierung soll sich im Bundesrat für die Entkriminalisierung von Cannabis und für die regulierte und kontrollierte Freigabe einsetzen.

Krank, nicht kriminell: Strafverfolgung und Strafvollzug

Die relevanten drogenpolitischen Reformvorhaben zur Entkriminalisierung weltweit, in Deutschland und auch in Bremen beziehen sich auf das zu den Freizeitdrogen zählende Cannabis. Das hat mit seiner Verbreitung zu tun, aber sicher auch damit, dass die Gesundheitsrisiken durch THC begrenzt sind und die zusätzlichen und unnötigen Schädigungen durch Totalverbot und Illegalisierung auf der Hand liegen. Es gibt aber auch die anderen Stoffe, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen, deren Konsum individuell gesundheitliche Beeinträchtigungen oder irreversible Schädigungen erwarten lassen und oftmals mit dem sozialen Abstieg einhergeht. Durch eine Freigabe solcher sogenannten harten Drogen - seien die Beschränkungen auch noch so eng geführt - wären diese Gefahren nicht gebannt.

Die Erfahrungen aus der Praxis unserer Mitgliedsorganisationen zeigen aber, dass die heutige Politik der Illegalisierung des Konsums und der Kriminalisierung der Konsumierenden eine sich immer schneller drehende Spirale der gesundheitlichen Zerrüttung und sozialen Verelendung in Gang setzt. Der Druck polizeilicher Verfolgung verschärft die Situation zusätzlich, weil er oftmals dem Zugang zu Therapien, Hilfen und Überlebenshilfen im Wege steht. Als problematisch erweist sich auch, dass die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten an das strikte Ziel der Drogenabstinenz gekoppelt bleibt, solange der Konsum illegal ist.

Der illegale Markt, der sich jeglicher staatlichen Kontrolle entzieht, auf organisierter Kriminalität und mafiösen Strukturen basiert und hoch problematische Substanzen mit oft stark gesundheitsgefährdenden Verunreinigungen in Umlauf bringt, trägt ein Übriges zum Verelendungsprozess bei. Wer sich dort regelmäßig mit Stoff versorgen muss, ist oftmals auf Beschaffungskriminalität angewiesen oder muss sich prostituieren.

In den Gefängnissen in Deutschland saßen zum Stichtag 31.03.2017 rund 6.506 Menschen eine Freiheitsstrafe wegen eines Drogendelikts ab – den bereits zitierten Statistiken des Bundeskriminalamts zufolge dürfte es dabei überwiegend um Konsumdelikte gehen. Darunter waren 175 Jugendliche.²³ Dabei sind diejenigen nicht berücksichtigt, die zur Finanzierung ihrer Sucht in die Beschaffungskriminalität abgerutscht sind und deshalb im Gefängnis sitzen. Im Land Bremen waren zum Stichtag 17. März 2017 34 Menschen wegen Drogendelikten inhaftiert. Einen Eindruck über die Kosten vermittelt eine Berechnung des Senats aus dem Jahr 2017: Demnach lag im Jahr 2015 der Tageshaftkostensatz im Land Bremen bei 140,75 Euro, pro Jahr bei 51.370 Euro. Allein für die Gefangenen mit Verurteilungen nach dem BtMG in Bremen wären demnach Haftkosten von 1.750.000 Euro entstanden.²⁴ Auch im Land Bremen ist die Zahl der drogenabhängigen Gefangenen höher als die der wegen eines Drogendelikts einsitzenden. Zum Stichtag 31. März 2018 war fast jeder sechste Häftling suchtkrank (190 Menschen).²⁵ Das zeigt: Die von der Gesellschaft aufzubringenden Finanzmittel für die Kriminalisierung von Drogenabhängigen sind hoch.

Illegale Drogen füllen die Gefängnisse mit suchtkranken Menschen. In den Gefängnissen gibt es aber weiter Zugang zu diesen Rauschmitteln. Doch der Zugang dieser Kranken zu Gesundheitsversorgung, Therapie, Substitutionsprogrammen oder schadensreduzierenden Angeboten wie Spritzentausch ist beschränkt.²⁶




Um diesen Teufelskreis von Krankheit, Kriminalisierung, Verelendung und Gefängnis zu durchbrechen, hat Portugal im Jahr 2001 seine Drogenpolitik radikal reformiert - als weltweit bisher einziges Land. Ins Zentrum ist explizit die Würde des Menschen gestellt und daraus abgeleitet das Prinzip, Drogenkonsumierenden zu helfen anstatt ihnen zu schaden. Die entscheidende Strategie ist die Entkriminalisierung: Der Besitz von Drogen zum Eigenverbrauch ist in Portugal nicht mehr strafbar, son-

dern gilt als Ordnungswidrigkeit, für die im Wiederholungsfall ein Bußgeld verhängt werden kann. Für jede Substanz ist eine gesetzliche Höchstmenge als Eigenbedarf definiert. Wer mit einer solchen Menge angetroffen wird, muss vor eine Beratungskommission, die multiprofessionell besetzt ist, über Gefahren aufklärt, das Suchtrisiko einschätzt und in Therapien vermittelt.²⁷

Die Gefängnisse in Portugal sind seitdem leerer geworden, die Kosten für den Strafvollzug gesunken. Mit den eingesparten Ressourcen finanziert der Staat Aufklärungskampagnen, therapeutische Maßnahmen, Substitutionsprogramme, Streetwork und Spritzentausch.

Die Entkriminalisierung des Konsums ist in Portugal aber nicht gleichbedeutend mit der Legalisierung der nicht erlaubten psychoaktiven Substanzen: Der Handel oder Verkauf von den weiterhin verbotenen Drogen wird nach wie vor mit hohen Gefängnisstrafen geahndet. Die Ergebnisse dieser mutigen und weltweit beachteten Reform werden regelmäßig evaluiert und bezeugen den Erfolg: 75 Prozent weniger registrierte Drogenfälle, 85 Prozent weniger Tote durch Überdosen, ein 95-prozentiger Rückgang der HIV-Neuinfektionen, im europäischen Vergleich wenig konsumierende Jugendliche.²⁸

Forderungen:

-  Die Landesregierung soll sich im Sinne der Entkriminalisierung der Konsumierenden auf Bundesebene für die zügige, wissenschaftlich und interdisziplinär begründete Evaluation der aktuellen Drogenpolitik einsetzen.
-  Um den Boden für die Entkriminalisierung zu bereiten, soll sie sofort eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel starten, im Betäubungsmittelgesetz die gesetzlichen Grundlagen für Modellprojekte zu schaffen, die die Strafverfolgung von Suchtkranken aussetzen. Das Land Bremen soll zur Modellregion werden.
-  Unterdessen müssen die medizinische Versorgung und therapeutische Behandlung von inhaftierten Suchtkranken verbessert werden.

Das Gefährliche sicherer machen: Vorrang für Schadensreduzierung

In Bremen werden von einigen Mitgliedern des PARITÄTISCHEN und anderen Trägern verschiedenste Angebote vorgehalten, um zusätzlichen Schaden von Suchtkranken abzuwenden, die sogenannte harte Drogen konsumieren. Dazu gehören die Beratung, die auch anonym durchgeführt wird und die jährlich von 1.300 Menschen in Anspruch genommen wird, sowie der Spritzentausch direkt in der Beratungsstelle als auch an acht Automaten an verschiedenen Orten in der Stadt. Jährlich werden über 70.000 Spritzen ausgegeben. Es gibt eine Medizinische Ambulanz, die sich um Akuterkrankungen und Wundversorgung kümmert, ein Café mit Mittagessen, Abgabe von Tafellebensmitteln, Kleiderkammer und Duschkmöglichkeiten, Vermittlung in weiterführende Angebote und das interdisziplinäre Streetworkteam.

Viele Betroffene sind wohnungslos, psychisch auffällig oder krank. Sie brauchen dringend sozialpädagogische und -sozialpsychiatrische Unterstützung und medizinische Überlebenshilfen. All diese Angebote sind auch eine wichtige Brücke ins Gesundheitssystem, vermitteln in Therapien und helfen, die Verelendungsspirale anzuhalten.

Die öffentliche Förderung für die Drogenhilfe stagniert aber im Land Bremen seit 15 Jahren. Dabei sind die Sach- und Personalkosten bei den Trägern seither gestiegen.²⁹ Bei allem Engagement können sie das Leistungsniveau unter diesen Bedingungen nicht aufrechterhalten. Investiert wird dagegen in eine Vertreibungspolitik rund um den Bremer Hauptbahnhof. Sie trifft ganz besonders vulnerable Gruppen wie beispielsweise chronifiziert abhängige Frauen, die auf der Straße leben. Das halten wir für einen fatal falschen Weg.

Es fehlen in Bremen auch wichtige Angebote in der Drogenhilfe. Ganz zentral ist ein Drogenkonsumraum, auch Druckraum genannt, in dem Abhängige ohne Angst vor Repressalien und unter hygienischen Bedingungen von ihnen mitgebrachte Substanzen wie Heroin und Kokain konsumieren können. Das dort anwesende geschulte Personal kann auch in therapeutische Einrichtungen, soziale Hilfen oder Wohnprojekte weitervermitteln. Andere Bundesländer verfügen bereits seit vielen Jahren über Druckräume. Allein in der Stadt Frankfurt gibt es vier solche Einrichtungen, die regelmäßig evaluiert werden. Zuletzt sind dort 191.015 Konsumvorgänge gezählt worden, das sind 523 Konsumvorgänge pro Tag.³⁰




Diese Größenordnungen unterstreichen einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Effekt: Je mehr Konsum in geschützten Räumen möglich ist, desto mehr wird der öffentliche Raum davon entlastet. Dort wird der offene Drogenkonsum zumeist als problematisch, manchmal auch als bedrohlich empfunden. Druckräume sind deshalb im Interesse aller. Die Einrichtung in Bremen hängt allein vom politischen Willen der Landesregierung ab, denn die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums obliegt den zuständigen Landesbehörden.³¹ Die Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin)³² wurden Ende August 2019 vorgestellt. Bremens Gesundheitssenatorin spricht sich bereits für die Einrichtung eines Drogenkonsumraums aus.

Wichtig ist auch eine Stelle zur Substanzeanalyse, in der Konsumierende den von ihnen verwendeten Stoff auf Verunreinigungen, Streckmittel und Wirkstoffgehalt überprüfen lassen können. Das seit vielen Jahren aus der Schweiz und der Stadt Wien als Drug-Checking bekannte Verfahren bietet Schutz vor schweren, teilweise lebensgefährlichen Konsumfolgen bei besonders gesundheitsschädlichen Beimengungen oder unerwartet hohem Wirkstoffgehalt.³³

Befürworter versprechen sich zudem von niedrigschwelligen Angeboten zum Drug-Checking einen besseren Zugang zu Konsumierenden sogenannter Partydrogen wie Ecstasy, um im Sinne der Drogenmündigkeit über Gefahren und Risiken aufklären zu können.³⁴

In Deutschland ist die rechtliche Zulässigkeit von Drug-Checking nach dem BtMG leider bis heute unsicher. Die Chemikerinnen und Chemiker, die die Substanzen untersuchen, könnten sich wegen des unerlaubten Besitzes strafbar machen. Das Land Berlin will trotzdem ein solches Projekt starten und wird eine Ausnahmegenehmigung für ein Modellangebot erwirken. Das Land Bremen sollte ein eigenes Modellprojekt auf den Weg bringen, um den Druck auf den Bundesgesetzgeber zu erhöhen, endlich Rechtssicherheit herzustellen. Dabei können demnächst Erkenntnisse aus einem Forschungsprojekt zum Drug-Checking zusätzlichen Rückenwind geben, an dem auch die Universität Bremen beteiligt ist.³⁵ Es ist angesichts von knapp 1.300 Drogentoten in Deutschland ein Skandal, dass solche Überlebenshilfen an einer bisher unklaren Rechtslage scheitern.

Forderungen:

-  Die öffentliche Förderung für die kommunale Suchthilfe muss deutlich angehoben werden, um nicht nur die Kostensteigerung aus der Vergangenheit auffangen, sondern die Kapazitäten und Öffnungszeiten erweitern zu können.
-  Bremen braucht zusätzliche Angebote, um Lücken zu schließen. Zentral sind ein Drogenkonsumraum und Möglichkeiten zum Drug-Checking sowohl für harte Drogen als auch niedrigschwellig für sogenannte Partydrogen, und schließlich öffentliche Warnungen vor Verunreinigungen und anderen Auffälligkeiten.
-  Bis das Drug-Checking eingeführt ist, soll hilfsweise die Polizei die Substanzen analysieren, die sie auf dem Schwarzmarkt sichergestellt hat, und bei Auffälligkeiten regelmäßige Warnungen veröffentlichen.

Therapie: Bedarfsgerechte und akzeptierende gesundheitliche Versorgung

Es ist gut, wenn Suchtkranke, die ihren Konsum beenden möchten, uneingeschränkter Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation erhalten. Aus Sicht des PARITÄTISCHEN gibt es in Bremen zu diesem Zweck vielfältige Behandlungsmöglichkeiten für abstinentwillige Patientinnen und Patienten. Wir vermissen aber ein Angebot für solche Abhängigen, die nicht oder noch nicht willens oder in der Lage sind, ihren Konsum einzustellen.

Wir brauchen deshalb ergänzend Therapieangebote, die nicht auf Ausstieg und absolute Abstinenz abzielen, sondern darauf, den Patientinnen und Patienten ein menschenwürdiges und sozialintegriertes Leben mit der Droge zu ermöglichen. Heute ist unbestritten, dass ein reflektiert selbstkontrollierter Konsum psychoaktiver Substanzen unter bestimmten Voraussetzungen möglich, für manche Abhängigen vielleicht sogar der einzige Weg ist.

In verschiedenen Regionen werden diese neuen Wege bereits beschritten. Das verhaltenstherapeutische Selbstmanagementprogramm „KISS - Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“ gilt als beispielgebend für Therapieangebote mit einem akzeptierenden und schadensminimierenden Ansatz: Abhängigkeitsproblematik und Lebensqualität werden schrittweise durch selbstgesteuerte Reduktion des Konsums verbessert. Der PARITÄTISCHE Bremen würde es sehr begrüßen, wenn die Landesregierung sich für solche Therapieansätze einsetzen würde.

Bei Heroinabhängigen stellt derzeit die Substitutionstherapie die effektivste akzeptierende Behandlungsform dar. Substitution meint das Ersetzen des Stoffs Heroin durch eine andere Substanz, um den gesundheitlichen Zustand und die soziale Situation des oder der Suchtkranken zu verbessern. In Deutschland wird vornehmlich mit Methadon substituiert. Bremen weist mit 1.768 Substitutionsfällen die höchste Dichte unter allen Bundesländern auf.³⁶ Doch der Bedarf ist hoch. Es müssen aktuell immer wieder Fälle abgewiesen werden, weil die Kapazitäten nicht ausreichen. Zugleich gehen immer mehr Substitutionsärztinnen und –ärzte in den Ruhestand. Es muss deshalb in Bremen gezielt Nachwuchs für diese Form der suchtmmedizinischen Grundversorgung ausgebildet werden.

Der Ersatzstoff Methadon kann zu Antriebslosigkeit führen und löst nicht den „Kick“ aus, den die Konsumierenden suchen. Das führt bei einem Teil der Patientinnen und Patienten zu Beikonsum von Heroin und anderen Substanzen. Die Gefährdung durch Nebenwirkungen und der drohende Ausschluss aus der Methadonsubstitution sind die Folge. Der PARITÄTISCHE schlägt vor, dass ein interdisziplinäres ambulantes Team geschaffen wird, das gerade solche Patientinnen und Patienten betreut, die wegen ihres Beikonsums mit der Methadontherapie nicht mehr erreicht werden können und andere Therapieoptionen brauchen.

Zu diesen Optionen gehört die Substitution mit Diamorphin, also mit synthetisch hergestelltem reinem Heroin. Auf den ersten Blick scheint es absurd, eine Heroinabhängigkeit mit Heroin therapieren zu wollen. Doch es ist wissenschaftlich längst belegt, dass Gesundheitsschäden jenseits der eigentlichen Suchterkrankung die Folgen von giftigen Streckmitteln, infizierten Spritzbestecken, unhygienischen Rahmenbedingungen sind, kurz: aus den Begleitumständen des illegalen Konsums resultieren. Der Stoff selbst wirkt nicht organschädigend.

Klinische Vergleichsstudien haben zudem belegt, dass die heroingestützte Therapie auch dem Methadon überlegen ist. Denn sie verbessert den psychosozialen und gesundheitlichen Zustand stärker, reduziert den Beigebrauch mehr und verringert die Kriminalitätsrate.³⁷ Seit 2009 ist deshalb in Deutschland die Diamorphintherapie gesetzlich zugelassen und als weitere Behandlungsmethode in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung integriert.³⁸




Doch trotz der positiven Bilanz³⁹ erhalten bundesweit lediglich ein Prozent der Substitutionspatientinnen und -patienten eine diamorphingestützte Behandlung. Das liegt einerseits an den strengen Kriterien zur Aufnahme einer Diamorphintherapie, die als „ultima ratio“ nur für schwerstabhängige Patientinnen und Patienten zugänglich ist.⁴⁰ Andererseits sind die personellen Anforderungen, die Öffnungszeiten und die hohen räumlichen Standards eine Hürde für die Ausweitung des Angebots.⁴¹ Bundesweit gab es 2019 nur 10 Diamorphin-Ambulanzen. Im Land Bremen gibt es keine, so dass bisher kein einziger schwer Suchtkranker von diesem therapeutischen Angebot profitieren kann. Und auch der Allgemeinheit entgehen die Vorteile durch weniger Beschaffungskriminalität, weniger Kosten für Strafverfolgung und -vollzug und dadurch freiwerdende finanzielle Mittel im Landeshaushalt.

Das muss anders werden. Bremen war einmal bundesweit Vorreiter bei der Substitutionstherapie, jetzt droht es den Anschluss zu verlieren. Die Landesregierung muss mit der Übernahme eines Investitionszuschusses für die Einrichtung einer Spezialambulanz zur Diamorphinsubstitution ein klares politisches Signal senden und mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde auch die formalen Voraussetzungen dafür schaffen. Die laufenden Behandlungskosten tragen dann die Krankenkassen.

Die psychosoziale Begleitung gehört – unabhängig vom Ersatzstoff - zum fachlichen Standard jeder Substitutionstherapie. Der PARITÄTISCHE plädiert dafür, dass sie wieder ergänzt wird um Angebote öffentlich geförderter Beschäftigung mit dem Ziel, soziale Teilhabe zu stärken.

Mit der Diamorphinsubstitution ließen sich in einem nächsten Schritt auch die Probleme angehen, auf die Berichte von Mitgliedern des PARITÄTISCHEN hinweisen. So kommt es vor, dass akut Pflegebedürftige, bei denen auch eine Heroinabhängigkeit vorliegt, ad hoc einen Platz in der Langzeitpflege bekommen. Oder es werden Menschen in psychiatrischen Einrichtungen aufgenommen und die Doppeldiagnose Psychose und Opiatabhängigkeit gestellt. Das stellt die Einrichtungen vor sehr schwierige Fragestellungen, denn wer abhängig ist, braucht seinen Stoff, und zwar ohne Zeitverzug. Die Erweiterung der Diamorphintherapie für solche Handlungsfelder könnte ein innovativer Beitrag Bremens auf dem Weg zu einer neuen Drogenpolitik sein.

Forderungen:

-  Die Landesregierung soll neue Therapieansätze wie KISS fördern, die Erkrankten ein menschenwürdiges und sozialintegriertes Leben mit der Droge ermöglichen, ohne Abstinenzwilligkeit vorauszusetzen.
-  Die Landesregierung muss dafür sorgen, dass sich weiter ausreichend viele Praxen an dem bisher in Bremen gut ausgebauten Methadonprogramm beteiligen, wenn absehbar Substitutionsärztinnen und -ärzte in den Ruhestand gehen.
-  Das Angebot muss durch Diamorphinsubstitution ergänzt werden. Das Land muss die Voraussetzungen für die Einrichtung einer solchen Spezialambulanz schaffen.

Prävention

Der PARITÄTISCHE Bremen ist der Überzeugung, dass sehr viel mehr für die Prävention getan werden muss. Dabei verstehen wir Prävention wie die WHO nicht als individuelle Anforderung, sondern als gesellschaftliche Aufgabe: Gesundes Verhalten entsteht in gesunden Verhältnissen, und gesunde Verhältnisse sind politisch zu gestalten.⁴² Für die Suchtpolitik ist die Gewichtung und das Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention von besonderer Bedeutung, denn Suchterkrankungen entstehen zumeist in einem komplexen Geflecht aus individuellen Vorbelastungen und schwierigen Lebensumständen. Die Prävention muss deshalb darauf abzielen, in der alltäglichen Lebenswelt Belastungen zu minimieren und Ressourcen zu stärken.

Auch in der individuellen Suchtprävention brauchen wir einen Paradigmenwechsel: Weg von der Abschreckung und hin zu Drogenmündigkeit und Risikokompetenz. Ein solcher Ansatz zielt auf Befähigung ab, auf Wissen und Handlungsfähigkeit.⁴³ Dabei lässt sich eine Verknüpfung mit dem Präventionsgesetz herstellen. Die für das Ziel der Gesundheitsförderung wenig dienliche Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention⁴⁴ sollte dabei überwunden werden. Auch die alleinige Förderung befristeter „Leuchtturmprojekte“, für die sich die Akteure im Land Bremen entschieden haben, sollte überdacht und stattdessen mehr auf Nachhaltigkeit gesetzt werden.

Bei Jugendlichen sind die Förderung und der Erhalt der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit das oberste Ziel. Die entscheidende Präventionsaufgabe ist es daher, die positive individuelle Entwicklung und auch das familiäre und soziale Umfeld, zu stärken, um den Konsum sowohl legaler als auch illegaler psychoaktiver Substanzen möglichst weit ins Erwachsenenalter zu verschieben oder doch zumindest kontrolliert und sozialintegriert zu konsumieren. Alle öffentlichen und öffentlich geförderten Institutionen in Bildung und Jugendhilfe sollen diese Aspekte in ihre Konzepte integrieren.

Auch die konkrete Jugendschutzpolitik gelingt nicht in erster Linie über Abschreckung, Verbote und Stigmatisierung. Stattdessen müssen die Stärkung von Lebenskompetenz, die Drogenmündigkeit und Risikokompetenz im Mittelpunkt stehen.

Besonders gefährdete Jugendliche, die bereits durch riskantes Verhalten aufgefallen sind, brauchen eine gute Risikobegleitung, die ursachen- und lebensweltorientiert interveniert und niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem ermöglicht. Risikogruppen sollten direkt angesprochen werden. Dafür müssen spezielle Konzepte entwickelt werden, die vernetzte Hilfen und „warme Übergaben“ zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe sicherstellen, damit kein junger Mensch durch die Maschen fällt. Dieser Aufgabe müssen wir uns alle stellen.

Anmerkungen

¹ Kofi Anan (2016): Wider den Bann. Ein Essay. Der Spiegel 8/2016. Kofi Anan war bis 2006 Generalsekretär der Vereinten Nationen und bis zu seinem Tod 2018 Kommissar der Global Commission on Drug Policy

² Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/nps.html>

³ Epidemiologischer Suchtsurvey 2018, siehe Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>

⁴ Zentral sind drei internationale Abkommen der Vereinten Nationen: das Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel von 1961, die Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 und das Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988.

⁵ Die Substanzen sind in den Anlagen I bis III genau erfasst. Anlage I erfasst die nicht verkehrsfähigen Betäubungsmittel (Handel und Abgabe verboten), Anlage II die verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (Handel erlaubt, Abgabe verboten), Anlage III die verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (Abgabe nach BtMVV, etwa Morphin). Das BtMG wird seit 2016 ergänzt durch das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG), das auf die Entwicklung immer neuer, chemisch nur leicht veränderter Varianten psychoaktiver Stoffe reagiert. Es stellt ganze Stoffgruppen unter Verbot, weil die Regelungen zu Einzelstoffen im Betäubungsmittelrecht sich als nicht schnell genug anpassbar erwiesen.

⁶ Mit der seit 2012 in Deutschland geltenden Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik verfolgt die Bundesregierung einen integrativen Ansatz, der legale und illegale Suchtstoffe gleichermaßen in den Blick nimmt. Der gesundheitspolitische Schwerpunkt liegt auf Alkohol, Tabak und dem Missbrauch von Medikamenten.

⁷ Dr. Henrik Jungaberle (2015): Die Droge im Griff oder im Griff der Droge? Die ZEIT online 12. Juni 2015

⁸ Vgl. Nutt, D. J. et al. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse, In: Lancet 369 (9566), S. 1047–1053; Nutt D. J. (2012): Drugs Without the Hot Air: Minimising the Harms of Legal and Illegal Drugs, Cambridge

⁹ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018

¹⁰ Eva Hoch, Chris Maria Friemel, Miriam Schneider (Hrsg.) (2019): Cannabis: Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

¹¹ Kurzbericht Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis), 2017. Auch der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung zeigt: Nur bei 1,2 Prozent der Konsument*innen ist ein klinisch relevanter Konsum erkennbar. Psychische und Verhaltensstörungen als klinische Behandlungsfälle treten durch Alkohol verursacht achtzehnmal so häufig auf wie durch Cannabinoide. Vgl.: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018

¹² Bundeskriminalamt (2018): Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2017 und Bundeskriminalamt (2018): Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2017 - Tabellenanhang

¹³ Weserkurier (2016), Zwischen Freigabe und gesellschaftlicher Ächtung, WK vom 26.03.2016

¹⁴ Bremische Bürgerschaft (2016): Antrag der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der SPD: Spielräume nutzen für neue Wege in der Cannabispolitik, Drs. 19/340 vom 15. März 2016

¹⁵ Nach § 36a BtMG kann von der Verfolgung eines Drogendelikts abgesehen werden, wenn kein öffentliches Interesse besteht und die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge angebaut, hergestellt oder erworben wurden. Die Definition der „geringen Menge“ legen die Länder fest. Im Land Bremen gelten 6 g Cannabis als Obergrenze. Vier andere Bundesländer liegen mit 10 g bzw. 15 g deutlich darüber.

¹⁶ Schon 1994 fasste das Bundesverfassungsgericht im sogenannten Cannabis-Beschluss die einschlägigen wissenschaftliche Befunde so zusammen, dass Cannabisprodukte keine körperliche Abhängigkeit hervorrufen, unmittelbare gesundheitliche Schäden als eher gering anzusehen sind und das Suchtpotential als sehr gering eingestuft wird. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 09. März 1994 - 2 BvL 43/92 - Rn. (1-259). Die vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte 2017 veröffentlichte Studie „Cannabis: „Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse“, für die zwei Jahre lang über 2100 wissenschaftliche Publikationen analysiert wurden, bestätigt diese Ergebnisse dem Grunde.

¹⁷ Gemäß den Empfehlungen der WHO sollen Cannabisblüten und Haschisch aus der Liste der gefährlichsten Drogen gestrichen werden und nur noch in der Liste der weniger gefährlichen Drogen verbleiben. World Health Organisation (2019): Cannabis Recommendations, abrufbar unter <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/en/>

¹⁸ Uruguay hat 2014 als erstes Land der Welt einen regulierten Markt für Cannabis vom Anbau über den Handel bis zum Konsum geschaffen. Der Verkauf von gesetzlich begrenzten Mengen und ausschließlich an vorab registrierte Erwachsene erfolgt über lizenzierte Apotheken und zu festgesetzten Preisen. Verboten sind Cannabiswerbung, Konsum am Arbeitsplatz, das Führen eines Fahrzeugs unter Drogeneinfluss. Begleitet wird die regulierte Freigabe durch eine Fokusverschiebung der Drogenpolitik auf Gesundheitsschutz, Drogenmündigkeit und Schadensminimierung. In Kanada sind seit Oktober 2018 Anbau, Verkauf und Konsum erlaubt. Die Produzenten und Abgabestellen sind staatlich lizenziert, die Preise festgelegt. Der Verkauf erfolgt ausschließlich an Erwachsene. Auch einzelne Bundesstaaten in den USA sind inzwischen diesen Weg gegangen.

¹⁹ ZEIT online, Als erstes Land in Europa: Luxemburg bereitet Legalisierung von Cannabis vor, 25. April 2019

²⁰ So übergaben im August 2015 über 100 Strafrechtsprofessor/innen eine Resolution an den Deutschen Bundestag, in der sie die repressiv-prohibitive Drogenprohibition für gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch erklärten. Die Neue Richtervereinigung – Zusammenschluss von Richterinnen und Richtern sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälten e.V. schloss sich dem an; siehe: <http://schildower-kreis.de/resolution-deutscher-strafrechtsprofessorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages/> Im selben Jahr übte auch die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) scharfe Kritik und forderte eine Generalrevision des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), siehe Ärzte Zeitung, 20.02.2015. 2018 forderte der Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) öffentlich ein Ende des Cannabis-Verbots; siehe Spiegel online, Bund der Kriminalbeamten fordert ein Ende des Cannabis-Verbots, 05.02.2018

²¹ Bundestagsdrucksache 19/819, Bundestagsdrucksache 19/832 und Bundestagsdrucksache 19/515

- ²² In den letzten Jahrzehnten ist der THC-Gehalt von Cannabis stark angestiegen und hat sich innerhalb von 20 Jahren verdreifacht. Parallel dazu ist der Cannabidiol-Anteil (CBD) gesunken, das die Wirkung des THC abmildern kann. Dadurch steigen die Risiken für gesundheitliche Folgeschäden insbesondere für Jugendliche und für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018
- ²³ Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2018): Gefängnis Workbook Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA
- ²⁴ Bremische Bürgerschaft (2017): Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 22. Februar 2017, Drucksache 19/ 1007
- ²⁵ Bremische Bürgerschaft (2018): Mitteilung des Senats - Umgang mit Drogen im Strafvollzug, Drs. 19 / 1758 vom 31. Juli 2018
- ²⁶ Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2018): Gefängnis Workbook Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA
- ²⁷ Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste (2018): Materialien zur portugiesischen Drogenpolitik, WD 9-3000 -036/18 vom 6. Juni 2018
- ²⁸ Osia Katsidou (2019): Abhängige sind Patienten, keine Kriminellen, ZEIT online 11. Juni 2019, vgl. auch die einzelnen Quellen in: Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste (2018): Materialien zur portugiesischen Drogenpolitik, WD 9-3000 -036/18 vom 6. Juni 2018
- ²⁹ Stefan Simon (2019): Unterfinanzierte Suchtberatung; in: taz bremen vom 13./14.April 2019
- ³⁰ Stöver, Heino, Förster, Stefan (2018): Drogenkonsumraum – Dokumentation; Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume, Jahresbericht 2017, durchgeführt vom Institut für Suchtforschung (ISFF) im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main
- ³¹ In Deutschland gibt es derzeit auf der Grundlage des § 10a BtMG 22 Drogenkonsumräume in sechs Bundesländern und ein Drogenkonsummobil. Die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums obliegt den zuständigen Behörden der Bundesländer.
- ³² Die Studie wurde durch die Senatorin für Gesundheit in Auftrag gegeben und durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, unter der Leitung von Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch durchgeführt.
- ³³ In Bremen ist insbesondere Kokain in hoch konzentrierter Form auf dem illegalen Markt zu haben, das immer wieder zu gravierenden Intoxikationen führt, die klinisch behandelt werden müssen.
- ³⁴ In der Schweiz bietet das Drogeninformationszentrum (DIZ) der Stadt Zürich zweimal in der Woche Termine zur Abgabe von Drogen zur Analyse. Warnungen werden auch im Internet veröffentlicht. Mehrmals pro Jahr gibt es zudem ein sogenanntes mobiles Drug-Checking an verschiedenen Stellen in der Stadt. Diese Analyse dauert etwa eine halbe Stunde. Vgl. Ärzte Zeitung online (2018): Drug-Checking in Berlin - Amtlich geprüfte Drogen, 09.11.2018
- ³⁵ Im Rahmen des Forschungsprogramms „Zukünftige Sicherheit in Urbanen Räumen“ untersucht das Projekt DRUSEC objektive Risiken und subjektiv gefühlte Gefahren in urbanen Räumen, in denen Drogen präsent sind. Dabei spielt auch die chemische Substanzanalyse eine Rolle. Zum Forschungsverbund gehört die Universität Bremen, Projektpartner sind der Verein für Innere Mission in Bremen e.V. und die comeback GmbH. Die Forschungsergebnisse sind für Mitte 2020 angekündigt.
- ³⁶ Bundesopiumstelle (2019): Bericht zum Substitutionsregister, 23.01.2019

³⁷ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2007), Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Band 1: Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution; Band 2: Der Einfluss der Diamorphinbehandlung auf Kriminalität und Delinquenz Opiatabhängiger, vgl. auch Bendek, Christopher (2016): Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in Deutschland. Ein Überblick über die gegenwärtige Entwicklung des stark diskutierten Behandlungskonzeptes, in: HRRS Höchststrichterliche Rechtsprechung zum Strafrecht, Dezember 2016 (12/2016);

³⁸ Mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung wurden sowohl das BtMG, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und das Arzneimittelgesetz geändert. Um mehr Rechtssicherheit für Ärzte zu erreichen, wurde schließlich auch die entsprechende Richtlinie der Bundesärztekammer angepasst, nach der nun auch die „Sicherstellung des Überlebens“ und die „Stabilisierung des Gesundheitszustands“ als Behandlungsziele einer Drogentherapie genannt sind.

³⁹ Deutscher Bundestag (2019): Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Zehn Jahre diamorphingestützte Substitutionsbehandlung – Erfolge und Weiterentwicklungsbedarf, Drucksache 19/9003, 18.04.2019

⁴⁰ Voraussetzung ist eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei überwiegend intravenösem Konsum. Vor Beginn der Diamorphinbehandlung müssen mindestens zwei erfolglose Therapien stattgefunden haben.

⁴¹ Es ist ein multidisziplinäres Team vorgeschrieben, das ärztlich geleitet wird (mind. drei ärztliche Vollzeitstellen, konsiliarische Hinzuziehung fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz und eine angemessene Zahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen). Die Einrichtung muss über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden an 365 Tagen im Jahr geöffnet sein.

⁴² Der PARITÄTISCHE Bremen (2017): Der Preis der Ungleichheit. Armut als Gesundheitsrisiko. Positionspapier des PARITÄTISCHEN Bremen

⁴³ Weibel, J. et.al. (2007): Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention: Stadt Zürich, Suchtpräventionsstelle.

⁴⁴ Die primäre Prävention zielt darauf ab, bei einem gesunden Personenkreis die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Die sekundäre Prävention zielt auf Früherkennung von Krankheiten bei Risikogruppen, die tertiäre Prävention hat das Ziel, bei Erkrankten die Krankheitsfolgen zu mildern oder die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern.



DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND
LANDESV ERBAND BREMEN E.V. | www.paritaet-bremen.de

Außer der Schleifmühle 55-61
28203 Bremen

Telefon: 0421|791 99-0
Telefax: 0421|791 99-99
E-Mail: info@paritaet-bremen.de