Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband
JES
Deutsche Aidshilfe e.V.

12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025

PABST

akzept e.V., DAH, JES (Hrsg.)

12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025

Pabst Science Publishers · Lengerich

akzept e.V., Deutsche Aidshilfe e.V., JES (Hrsg.)

http://alternativer-drogenbericht.de/
Kontaktadresse:
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14
12161 Berlin
Tel.: +49 (0)30 82706946
www.akzept.eu
www.gesundinhaft.eu
www.alternativer-drogenbericht.de

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

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

Redaktion:
Heino Stöver, Nina Pritszens, Larissa Steimle, Dirk Schäffer, Christine Kluge Haberkorn

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

2025 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen
www.pabst-publishers.com
pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-95853-996-9
eBook: ISBN 978-3-95853-997-6

Layout: Patrick Orths

Druck: Printed in the EU by booksfactory

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **9**

Teil I: Substanzbezogene Drogenkontrollpolitik **13**

1 Alkoholpolitik **15**

Alkoholpolitik muss der Realität ins Auge sehen!
Der ewige Stillstand wirksamer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland –
Erfordernisse an eine verbraucher:innenorientierte Strategie 17
Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

2 Tabak-/Nikotinpolitik **27**

Über das Fehlen einer Tabakkontrollpolitik in Deutschland
– und wie sie aussehen könnte 29
Heino Stöver, Larissa Steimle

Tobacco Harm Reduction, Kontrolliertes Rauchen und Rauchfrei-
Programm als sich ergänzende Bausteine in der Sucht- und Drogenhilfe 35
Stefan Wiedemann

3 Cannabis **41**

Benötigen wir lizensierte Drogenfachgeschäfte für eine Weiterentwicklung
der Drogenhilfe? 43
Ilja Ingo Michels & Heino Stöver

Das Cannabisgesetz – Eine drogenpolitische Erfolgsgeschichte?
Ergebnisse einer Onlinebefragung von aktuell Konsumierenden 49
Larissa Steimle, Bernd Werse & Anke Stallwitz

4 Opioide **55**

Neue rechtliche Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte
Substitutionsbehandlung 57
Thomas Peschel & Dirk Schäffer

Substitution – niedrigschwellige Zugänge implementieren und integrierte
Versorgungs- und Krisenzentren für Opioidgebraucher:innen aufbauen 63
Maurice Cabanis & Nina Pritszens

Veränderte Rahmenbedingungen für die Prävention von opioidbedingten Todesfällen 72
Simon Fleißner, Maria Kuban, Heino Stöver, Dirk Schäffer

Das Projekt so-par (synthetic opioids – prepare and response) - Wie können sich Städte auf synthetische Opioide vorbereiten? 77
Maria Kuban, Anna Mühlen

Synthetische Opioide - Von der Straße in die Behörde & wieder zurück - Der Bremer Weg von Erster Hilfe bis zur Warnmeldung auf kommunaler Ebene .82
Lea Albrecht & Daniela Alex

Die Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug und im Entlassmanagement 86
Heino Stöver, Ulla-Britt Klankwarth, Ingo Ilja Michels

5 Crack/Kokain 97

Wie gehen die Kommunen mit dem zunehmenden Crackkonsum um? Handlungsempfehlungen 2025 zum Crackkonsum 99
Lea Albrecht

Zum aktuellen Diskurs zur Kokainlegalisierung 104
Ilja Michels, Heino Stöver

Versorgung von Crackgebraucher:innen gemeinsam angehen: Kooperation von Sozialer Arbeit und Psychiatrie.....114
Nina Pritszens, Inge Mick

Mikrohandel als Schlüssel zur Verhinderung von offenen Drogenszenen und effektiver sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen 119
Florian Meyer

Teil II: Übergeordnete Themen 125

Die Verschiebung von straffällig gewordenen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen vom Maßregel- in den Justizvollzug: Probleme und Perspektiven 127
Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Für eine Stadt ohne Drogentote 136
Klaus Jünschke

KI in der Suchthilfe.....142
Andrea Hardeling

„Ich brauche die Sexarbeit für meine Sucht. Ich muss die ja irgendwie finanzieren“ – Bedarfe von drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen 147
Eva Wache & Eléonore Willems

Lachgas übers Ziel hinaus - von unkontrolliert zu überreguliert 151
Phillip Gerber

Suchtberatung – Erstanlaufstellen für Betroffene und Angehörige ohne gesicherte Finanzierung..... 156
Eva Egartner & Christina Rummel

Risikokommunikation im Rahmen von Drug-Checking - eine evidenzbasierte Grundlage für Prävention und Versorgung 163
Tim Hirschfeld & Heino Stöver

Muster Drug-Checking-VO.....173
Justine Diebel, Leo Teuter

Autor:innen 179

Drogenkonsum und Drogenmärkte: Neuen Herausforderungen gemeinsam entgegentreten

Im Jahr 2025 sind Drogenpolitik und Drogenhilfe in Deutschland mit großen Herausforderungen konfrontiert: Synthetische Opioide sind in unseren Städten angekommen. Crack-Konsum hat massiv zugenommen. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle liegt weiterhin auf einem hohen Niveau. Und die Zahl der HIV-Infektionen bei intravenös Drogen konsumierenden Menschen steigt seit Jahren wieder kontinuierlich an. Zugleich ist Deutschland beim Umgang mit legalen Alltagsdrogen zurückgeblieben: Wir sind Hochkonsumland bei Tabak und Alkohol.

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht (ADSB) ist darum heute nötiger denn je. Einst (2014) entstanden als Gegenentwurf zum regierungsamtlichen Drogen- und Suchtbericht, versammelt er die Expertise aus Wissenschaft, Drogenhilfe und Prävention. Die Analysen, Konzepte und Berichte aus der Praxis machen Hoffnung, zeigen Sie doch, dass es Wege gibt, neue Herausforderungen zu adressieren – evidenzbasiert, human und zum Wohl von Drogen konsumierenden Menschen wie der Gesellschaft insgesamt. Die Bundesregierung hat derweil ihren Bericht zur Drogenpolitik einfach eingestellt – als wäre sie für die Ergebnisse ihrer Politik keine Rechenschaft schuldig.

Deutschland braucht eine neue Strategie

Dringend erforderlich ist nun, dass die deutsche Drogenpolitik den neuen Realitäten des Drogenkonsums und der Entwicklung der Märkte endlich umfassend Rechnung trägt. Die letzte Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik datiert aus dem Jahr 2012. Sie beschreibt naturgemäß weder die aktuellen Entwicklungen, noch formuliert sie entsprechende Ziele. So waren etwa die Teil-Legalisierung von Cannabis, das Aufkommen von E-Zigaretten und Lachgas sowie die Vielfalt neuer Substanzen aus dem Labor damals noch kein Thema.

Es braucht darum dringend einen neuen Angang, der alle Akteure und Perspektiven aus Politik, Medizin, Praxis, Selbsthilfe und Wissenschaft einbezieht. In einem interministeriell und interdisziplinär angelegten Prozess müssen konkrete Maßnahmen, Zeitpläne und Mittelallokationen erarbeitet werden. Es müssen Ziele gesteckt werden, die anhand von Meilensteinen transparent und überprüfbar sind.

Nur eine solche Gesamtstrategie verspricht Aussicht auf eine konsistente Drogenpolitik, die sich an den Fakten statt an Wunschdenken, moralischen Ressentiments und ideologischen Verblendungen orientiert. Es braucht eine nachhaltige Arbeit an den Herausforderungen unserer Zeit.

Der 12. Alternative Drogen- und Suchtbericht bietet dafür einen Ausgangspunkt. Unsere Hoffnung ist, dass er zu einem fachlichen, politischen und gesellschaftlichen Diskurs beiträgt, der für jeden Wandel in der Drogenpolitik unverzichtbar ist.
Der Bericht gliedert sich dabei in zwei Teile: Zum einen geht es mit Blick auf bestimmte Substanzen um Bedarfe der Behandlung, Beratung, Prävention und Selbsthilfe. Zum anderen liefert der Bericht Einschätzungen zu übergeordneten Themen der Drogen- und Suchthilfe, bei denen dringender Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht. Die Erfahrungen aus Forschung und Praxis münden in Anregungen und Forderungen an die Drogenpolitik, die substanzielle Veränderungen bis zum Ende der Legislaturperiode ermöglichen sollen.

Wirksame Maßnahmen im Umgang mit Opioiden, Kokain/Crack, Alkohol und Tabak

Beim Opioidkonsum geht es aktuell vor allem um dreierlei: Zum einen müssen dringend die Rahmenbedingungen für die Prävention von opioidbedingten Todesfällen verbessert werden. Das bedeutet vor allem: Drogenkonsumräume flächendeckend und breite Verfügbarkeit des Notfallmedikaments Naloxon. Für letzteres ist nun endlich die gesetzliche Grundlage geschaffen worden: Polizei und Feuerwehr sowie Organisationen aus der Sucht- und Drogenhilfe können Naloxon künftig direkt erwerben, es darf auch an Drogenkonsument*innen weitergegeben werden.
Die Substitution mit Diamorphin, also pharmazeutisch erzeugtem Heroin als Medikament, muss der seit 35 Jahren etablierten Substitutionsbehandlung gleichgestellt werden. Die Entscheidung wer mit welchem Medikament behandelt wird, gehört nicht in die Hände der Politik, sondern muss zwischen Ärzt:innen und Patient:innen getroffen werden. Neue rechtliche Rahmenbedingungen müssen die Verordnung erleichtern.

Zudem braucht es Wege zum Umgang mit der zunehmenden Verbreitung synthetischen Opioiden. Ein niedrigschwelliges bundesweites Monitoring ist unerlässlich. Verschiedene Formen der Substanzanalyse müssen gefördert werden, zum Beispiel vor dem Konsum in Drogenkonsumräumen, die die verletzlichsten Drogenkonsumenten*innen im Blick haben.

Der stetig wachsende Konsum von Crack bzw. Kokain bringt große Herausforderungen für die Drogenhilfe und die Kommunen mit sich. Die von akzept e.V. entwickelten Handlungsempfehlungen (https://www.akzept.eu/publikationen/) zeigen Möglichkeiten auf, damit umzugehen. Auch neue Wege der Zusammenarbeit von Drogenhilfe und der Psychiatrie müssen entwickelt werden.

Schließlich soll uns die Schweiz erneut als Vorbild dienen, die mit dem „Züricher Modell“ mutige Schritte zur Entlastung des öffentlichen Raums gegangen ist und eine verstärkte Inanspruchnahme von Hilfeangeboten erreicht hat.
Dem andauernden Stillstand in der Alkoholkontrollpolitik wird eine verbraucher:innenorientierte Strategie entgegengesetzt. Für eine funktionierende Tabakkontrollpolitik werden evidenzbasierte Maßnahmen vorgestellt.

Der ADSB soll all jenen, die in persönlicher oder beruflicher Hinsicht mit den Themen Drogen und Sucht in Deutschland konfrontiert sind, einen lebensweltnahen und wissenschaftlich fundierten Zugang zu den aktuell herausfordernden Themen ermöglichen und politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen Praxisbeispiele geben, in welcher Weise man den aktuellen Herausforderungen begegnen kann.

Wir wünschen allen Leser:innen eine inspirierende Lektüre!
Berlin, Oktober 2025

Das Redaktionsteam

Prof. Dr. Heino Stöver	(Vorstandsvorsitzender akzept e.V.)
Nina Pritszens	(stellvertr.Vorstandsvors. akzept e.V.)
Christine Kluge Haberkorn	(Geschäftsführung akzept e.V.)
Larissa Steimle	(akzept.e.V.)
Dirk Schäffer	(Deutsche Aidshilfe; JES Bundesverband)

Teil I

Substanzbezogene Drogenkontrollpolitik

Alkoholpolitik

1

Alkoholpolitik muss der Realität ins Auge sehen! Der ewige Stillstand wirksamer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland – Erfordernisse an eine verbraucher:innenorientierte Strategie

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Zusammenfassung

Fachleute fordern seit langer Zeit Änderungen am Umgang mit Alkohol, doch konkrete Vorschläge für Fortschritt stoßen häufig auf Widerstand. Angesichts zahlreicher Krankheits- und Todesfälle ist ein anderer Umgang mit Alkohol zentral. Nötig ist eine umfassende, evidenzbasierte Strategie, die Erfahrungswissen integriert, überprüfbar ist, klare Ziele und Ressourcen benennt und gemeinsam mit allen relevanten Akteur:innen entwickelt wird.

Einleitung

Der Bundesdrogenbeauftragte Hendrik Streeck (CDU) will, dass in Deutschland weniger Alkohol getrunken wird. Ein Weg sei es, Flaschen von Supermarkt-Kassen zu entfernen. Ein Schulfach „Gesundheit" soll zudem über die Gefahren aufklären (Stern 2025; Welt 2025). Das verkündete Hendrik Streeck am 15. Juli 2025 und die bundesdeutsche Presse griff diesen Vorstoß begierig auf und unmittelbar darauf kam auch schon die Retourkutsche vom Tankstelleninteressenverband, der vom Untergang der Tankstellen sprach. Wie die CDU/CSU diesen Vorstoß fand, einen Kulturwandel im Umgang mit Alkohol zu erreichen, ist öffentlich nicht kommuniziert, kann aber vermutet werden.

Der CSU-Abgeordnete Stephan Pilsinger (Mediziner und auch Suchtbeauftragte der CSU-Fraktion) antwortete im Juni 2024 auf Abgeordnetenwatch auf eine Frage zur Gefährlichkeit von Alkoholkonsum bei Jugendlichen: „(wir) (…) müssen als Politik, Wirtschaft und Gesellschaft alles tun, um Jugendliche vom Alkoholtrinken und insbesondere vom (womöglich noch regelmäßigen) Rausch abzuhalten. Es darf einfach nicht als „cool" gelten, sich zu besaufen. Alkoholgenuss in Maßen bei besonderen Anlässen durch Erwachsene halte ich aber weder aus medizinischer Sicht noch mit Blick auf Bier und Wein als Kulturgut für verwerflich oder gefährlich" (Pilsinger 2024).

Der FDP-Politiker Kubicki sieht hingegen in diesen Ideen Streecks eine „absurde Diskussion“, da sie seines Erachtens das eigentliche Problem nicht löse. Er betrachte Streecks Vorschläge als beispielhaft für einen Zeitgeist, der in staatlichen Vorgaben „das Heil schlechthin“ sehe. Dabei sei der Staat oftmals nicht der Heilsbringer, sondern produziere in vielen Fällen das Problem erst, „etwa durch zu viele Vorgaben und Verordnungen“ (Katz 2025).

Der Diskurs ist nicht neu. Bereits im September 2008 trafen sich rund 30 Verbände, Sachverständige und Politiker:innen zu einer Expert:innenanhörung der damaligen Bundes-Drogenbeauftragten Sabine Bätzing, um dann über den Drogen- und Suchtrat Empfehlungen an die Bundesregierung auszusprechen, die sofort auf heftige Gegenwehr stießen. Der damalige suchtpolitische Sprecher der FDP-Fraktion, Detlef Parr, äußerte sich in der Zeitschrift des tm tankstellen markt: „tm: Herr Parr, wie beurteilen Sie die Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates? Detlef Parr: Das geht mir eindeutig zu weit in Richtung Kindermädchen-Staat und Entmündigung des Verbrauchers. Wir brauchen nicht mehr Gesetze, sondern mehr Aufklärung, damit der mündige Bürger eigenverantwortlich entscheiden kann“ (tm tankstellen markt 2008).

Beim Thema Cannabislegalisierung setzt die FDP in der Tat auf die Eigenentscheidung der Konsument:innen, während konservative Politiker:innen hier ein Eingreifen des Staates für notwendig halten. Stellt das ein Dilemma dar in der Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und deren psychodynamischer Bewältigung?

Suchtmediziner:innen sehen den Vorstoß des neuen Drogenbeauftragten positiv. Der Münchener Suchtmediziner Oliver Pogarell von der LMU etwa verwies darauf, dass Angebote in den sogenannten „Quengel-Gängen“ der Supermärkte vor allem Menschen mit problematischem Alkoholkonsum anziehen. Der visuelle Reiz kann ein starkes Verlangen auslösen, was zum Griff ins Regal führt und zum Kauf des Alkohols. Ist der Alkohol dort nicht verfügbar, verhindere das Impulskäufe (Reinhard/Goudkamp 2025). Laut dem epidemiologischen Suchtsurvey trinken neun Millionen Erwachsene zu viel. Und auch ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland trinkt regelmäßig Alkohol. Im europäischen Pro-Kopf-Konsum liegt Deutschland mit Platz 11 von 42 weit über dem Durchschnitt (Rauschert et al. 2022).

Schon Streecks Vorgänger, der Drogenbeauftragte der Ampelkoalition, Burkhard Blienert hatte das „begleitete Trinken“ ab 14 Jahren, das in Deutschland noch möglich ist, kritisiert und dessen Abschaffung gefordert (NTV 2025) und erreichen können, dass es einen entsprechenden Vorstoß der Bundesländer gab zur entsprechenden Änderung des Jugendschutzgesetzes.

Alkohol verursacht massive gesundheitliche, soziale, finanzielle Probleme und bleibt doch weitgehend unbeachtet

Der Konsum von Alkohol steht im Zusammenhang mit mehr als 200 Erkrankungen und Verletzungen. Im Jahr 2021 starben in Deutschland schätzungsweise 21.700 Erwachsene im Alter von 15 bis 69 Jahren aufgrund ihres Alkoholkonsums (Kraus et al. 2024). Hinzukommen über 600.000 alkoholbedingte stationäre Behandlungsfälle unter den 15- bis 69-Jährigen. Unfälle, Gewalt, Suizid sowie die Übertragung von sexuell übertrag-

baren Erkrankungen einschließlich dem Human-Immundefizienz-Virus (HIV) können die Folge eines einmaligen Alkoholkonsums sein bzw. durch diesen begünstigt werden. Manthey und Kilian weisen im Jahrbuch Sucht zudem zu Recht darauf hin, dass sich neben den gesundheitlichen Folgen für Konsumierende (…) Alkoholkonsum auch auf Dritte aus(wirkt). Dies geschieht auf vielfältigen Wegen und kann unterschiedlich schwere gesundheitliche und soziale Folgen für Betroffene haben (Manthey/Kilian 2025).

Um die vom Alkoholkonsum verursachten, gesellschaftlichen Schäden zu bezahlen, werden auf alkoholische Erzeugnisse Verbrauchssteuern erhoben. In einer europäischen Vergleichsstudie haben die Autor:innen um Jakob Manthey vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung am UKE untersucht, wie viele alkoholische Getränke sich ein durchschnittlicher Haushalt leisten kann (Manthey et al. 2021). Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass deutsche Haushalte im Jahr 2020 fast doppelt so viele alkoholische Getränke kaufen konnten wie Haushalte im europäischen Durchschnitt (3.120 vs. 1.628). Dass Deutschland diesen Erschwinglichkeitsindex anführt, ist laut den Autor:innen durch die unterdurchschnittliche Steuerlast auf alkoholische Getränke hierzulande zu erklären. So wird in Deutschland lediglich 0,05 Euro Biersteuer bei einer Flasche Bier fällig und auf Wein wird gar keine Alkoholsteuer erhoben. Eine frühere Untersuchung der Autor:innen zeigte zudem, dass die Verkaufspreise alkoholischer Getränke in den letzten 20 Jahren weniger stark gestiegen sind als das durchschnittliche Haushaltseinkommen (Kilian et al. 2022). Alkohol ist also de facto immer erschwinglicher geworden. Vor dem Hintergrund der zahlreichen Krankheits- und Todesfälle, die jährlich durch den Konsum von Alkohol verursacht werden, empfehlen die Autor:innen eine deutliche Steuererhöhung für alkoholische Getränke, insbesondere von Bier, sowie die Einführung einer Verbrauchssteuer von Wein.

Auch diese Forderung ist nicht neu. Deutschland hat sich als Mitgliedsstaat der WHO im Jahr 2013 dazu verpflichtet, den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um 10 % zu verringern (World Health Organization 2024). Da der Gesamtkonsum zwischen 2013 und 2023 bislang nur um 8 % zurückgegangen ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass das selbstgesteckte Ziel erreicht wird.

Alkoholaktionspläne sind nicht neu!

Im Jahr 2007 gab es intern im Büro der damaligen Drogenbeauftragten Caspers-Merk Überlegungen, wie in der deutschen Alkoholdiskussion eine überfällige Erarbeitung einer langfristig angelegten nationalen Alkoholpolitik umgesetzt werden könnten. Bereits im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ von 2003 gab es dazu konkrete Hinweise (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003). In dem Aktionsplan hieß es: „Bei legalen Substanzen muss sich der Staat steuernder Mechanismen bedienen, um etwa über Preisgestaltung, Lizenzierung, Produktionskontrollen, Verkaufs- und Werbeeinschränkungen den Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.“ Es wurde festgehalten, dass „die Reduzierung von Suchterkrankungen eine gesundheitspolitische wie ordnungsrechtliche Aufgabe der Gesellschaft sei“ und „dass eine übergreifende Strategie in einem Aktionsplan (…) notwendig (ist), um alle gesellschaftlichen Kräfte zur Reduzierung von Suchtproblemen zu bündeln.“ Es

wird zudem ausgeführt, dass „die wesentlichen Inhalte des von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 1997 verabschiedeten Aktionsplans Alkohol (…) in den Aktionsplan Drogen und Sucht integriert (sind)“.

Im Februar 2008 legte die Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“ des Drogen- und Suchtrates des ein Strategiepapier für ein „Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention“ vor, in dem heißt: Im Jahre 1997 wurde in Deutschland ein „Aktionsplan Alkohol“ beschlossen, der auf dem Europäischen Plan von 1992 aufbaute. Von der Bundesregierung wurde im Jahre 2003 ein „Aktionsplan Drogen und Sucht“ verabschiedet, der auch für die Alkoholprävention Orientierungen lieferte. Hierzu legte der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung im Jahre 2006 Ziele und Umsetzungsschwerpunkte fest. Gleichzeitig wurde von der WHO ein Handlungsrahmen für eine Alkoholpolitik in der Europäischen Union vorgelegt und die Europäische Kommission veröffentlichte Empfehlungen zur Alkoholpolitik (Drogen- und Suchtrat 2008).

Eine Reihe der in diesen Programmen vorgeschlagenen Vorhaben wurde in den vergangenen Jahren in Deutschland umgesetzt. Da diese jedoch überwiegend vereinzelt blieben, zeigten sich weder einschneidende Veränderungen des Konsumverhaltens von Alkohol in der Bevölkerung noch eine Verringerung der alkoholassoziierten Schäden. Alkoholprävention bleibt somit eine nationale Herausforderung und ein vorrangiges Entwicklungsfeld zukünftiger Gesundheitspolitik. Um Gesundheitsziele im Bereich der Alkoholprävention Schritt für Schritt zu erreichen, wurden gesellschaftliche Ressourcen bisher in viel zu geringem Umfang mobilisiert und gebündelt.

Freiwilligkeit zieht nicht!

Im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 2000 hieß es: „Gesetzlich will die rot-grüne Regierung nicht gegen die Alkoholwerbung vorgehen. Sie setzt vielmehr auf Freiwilligkeit und gemeinsame Verhandlungen mit der Alkohol- und Werbeindustrie. Diese müsse in die gesamtgesellschaftliche Verantwortung besonders für Kinder und Jugendliche eingebunden werden, sagte Christa Nickels (Bündnis 90/Die Grünen), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG), anlässlich der WHO-Tagung zum Europäischen Alkohol-Aktionsplan 2000 bis 2005 Mitte Juni in Bonn“ (Deutsches Ärzteblatt 2000).

Hat die Freiwilligkeit zu konkreten Ergebnissen geführt? Bislang nicht wirklich, sondern weitgehend zur Selbtbeweihräucherung. So heißt es in den Verhaltensregeln des Deutschen Werberats über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke von 2000: „Die meisten Menschen in Deutschland konsumieren alkoholhaltige Getränke verantwortungsvoll, ohne dadurch sich selbst oder ihre Umgebung zu schädigen“ (Deutscher Werberat 2015). Das klingt nach vernunft-orientierter Einsicht in die Wirklichkeit, denn „angesichts der Tatsache, dass auf der anderen Seite der missbräuchliche Konsum von alkoholhaltigen Getränken zu ernsthaften Konsequenzen für die Betroffenen selbst, für ihre Familien und Freunde und für die Gesellschaft als Ganzes führt, erkennen die im ZAW organisierten Hersteller und Importeure alkoholhaltiger Getränke ihre Verpflichtung an, kommerzielle Kommunikation für ihre Erzeugnisse so zu gestalten, dass dadurch nicht der missbräuchliche Konsum alkoholhaltiger Getränke gefördert wird“ (Deutscher Werberat 2015).

Diese Vernunftlogik wird beim Cannabiskonsum nicht verwendet, obwohl auch hier die meisten Konsument:innen nicht gesundheitsschädlich konsumieren. Hier ist aber im Cannabisgesetz die Werbung, in diesem Fall für Cannabis-Anbauvereinigungen, ausdrücklich verboten. Zudem sind Jugendliche das auserwählte Zielpublikum für bestimmte alkoholische Getränke und hier greifen diese „Selbstverpflichtungen" der Industrie selten oder gar nicht. Erst recht greifen die Regeln nicht bei der Werbung für Erwachsene, etwa im Kontext von Sportveranstaltungen. Im SPIEGEL heißt es dazu: „Alkoholwerbung läuft in Deutschland zur besten Sendezeit. Daran wird auch die neue EU-Medienrichtlinie nicht viel ändern. Ein großer Erfolg für die Lobbyisten, die den Irrglauben verbreiten, Alkohol in Maßen sei gesund" (Stiens 2017).

Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen kommt in der Publikation aktueller Forschungsergebnisse zu folgenden Ergebnissen:

„1. Ergebnisse der Wissenschaft zeigen zunehmend, dass es keinen potenziell gesundheitsförderlichen und keinen sicheren Alkoholkonsum gibt. 2. Auch geringe Trinkmengen können zur Verursachung von körperlichen Krankheiten beitragen. 3. Eine neue Leitlinie für den Umgang mit Alkohol sollte in Übereinstimmung mit anderen internationalen Empfehlungen an folgenden Aussagen ausgerichtet sein: Zur Verbesserung der physischen Gesundheit sollte der Alkoholkonsum reduziert werden, unabhängig davon wie hoch die Trinkmenge ist. Für die körperliche Gesundheit ist es am besten keinen Alkohol zu trinken" (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2024).

Das ist keine Empfehlung zur Abstinenz, aber zur Vorsicht und die Alkoholindustrie wird sich nicht weiter auf vermeintliche Ergebnisse der Forschung zum Nutzen alkoholischer Getränke beziehen können. Der SPIEGEL enthüllte: „Dass die Alkohol-Lobby Werbeeinschränkungen bislang erfolgreich verhindert hat, hängt auch mit gelungener Desinformation zusammen. Bierbrauer und Weinbauern stellen Alkohol fast schon als gesunde Medizin dar. Seit 2003 sorgt die ERAB (European Foundation for Alcohol Research) im Namen der Alkoholindustrie dafür, dass das so bleibt. Mit einer halben Million Euro pro Jahr fördern die europäischen Brauer die Stiftung - und diese vergibt Stipendien an Forscher, die gesundheitliche Aspekte des Alkoholkonsums untersuchen" (Stiens 2017).

Was gibt es Neues im Bereich der Behandlung einer Alkoholerkrankung? Was sollte in einer politischen Strategie berücksichtigt werden?

In der S3 Leitlinie für alkoholbezogene Störungen heißt es in der Einleitung: „Die Angebote für eine Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) sind in Deutschland breit gefächert. Allerdings fehlt es oft an der nötigen Abstimmung, zum Beispiel zwischen den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Es bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten. Hinzu kommen Wissenslücken bzgl. der Chancen einer modernen Suchttherapie. Eine Grundlage hierfür ist ein eklatantes Defizit in Lehre und Ausbildung zum Beispiel von Medizinern und Psychologen" (Mann/Hoch 2016). Für Kurzinterventionen heißt es: „Die Evidenz für fehlende Wirkung einzelner Kurzinterventionsformen ist nicht belegt. Die weitaus überwiegende Zahl der Studien weist

Wirksamkeit aus, so dass der Einsatz der üblichen Formen von Kurzinterventionen empfohlen werden kann." (S.46).

Einer in Überblicksarbeiten und neueren Studien gefundenen fehlenden Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Alkoholabhängigen bzw. Personen mit schwerer Alkoholproblematik im Bereich der medizinischen Basisversorgung stehen neuere Wirksamkeitsnachweise von Kurzinterventionen auch bei Abhängigen gegenüber. Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifizierten Entzug soll eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden (in der Wirklichkeit noch immer mit vielen Hürden versehen) als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft. Dabei „stellt die Abstinenz bei abhängigem Konsum die übergeordnete Zielsetzung dar" (S.289), so die Leitlinie, aber sie konstatiert auch: „Ist die Erreichung von Abstinenz z.Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden". Auch für eine pharmakologische postakute Behandlung mit Acamprosat und Naltrexon ist die Wirksamkeit nachgewiesen, aber in der praktischen Anwendung gibt es noch viele Hürden (z.B. fehlendes Fachwissen bei Allgemeinärzt:innen); auch weil bei psychischen und psychiatrischen Komorbiditäten noch Praxiserfahrung und Forschung fehlen. Außerdem gib es noch Forschungsbedarf bei Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, sozioökonomischem Status und Setting der Behandlung. Auch die Angehörigenarbeit bedarf deutlicher Verbesserungen (Hornig 2023). Die Behandlung mit Disulfiram (Antabus) ist nach wie vor umstritten, auch von der Wirksamkeit, aber neuere Studien und Praxiserfahrungen zeigen, dass die Anwendung wieder zunimmt, wohl auch, weil „Aversionsbehandlungen" scheinbar wieder akzeptiert werden in der Fachwelt. Die S3 Leitlinie verweist aber zu Recht darauf, dass nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse die begründete Aussicht bestehen muss, dass diese Behandlung zu einem Erfolg führt. Inwieweit zu den Maßnahmen der Konsumreduzierung auch „kontrolliertes Trinken" anerkannt sind, bleibt weiterhin umstritten. Bereits im September 2022 wurde im Newsletter des Bundesforschungsministeriums ein Beitrag publiziert zum Thema „Welche Therapie hilft bei Alkoholabhängigkeit – kontrolliert trinken oder abstinent bleiben?" in dem es heißt: „Eines der größten Gesundheitsrisiken weltweit ist die Alkoholabhängigkeit, Therapien bleiben häufig erfolglos. Studien zeigen, dass neben der Abstinenz kontrolliertes Trinken unter enger medizinischer Begleitung ein geeignetes Therapieziel sein könnte" (Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt 2022; siehe auch Henssler et al. 2021; Körkel 2002; Wienberg 2001). Von ärztlicher Seite gibt es stattdessen immer noch den gleichen Rat wie seit Jahrzehnten, zu einer Beratungsstelle, Selbsthilfe und vielleicht zur Therapie zu gehen. „Wir müssen diese Abhängigkeit genauso als schwere chronische Krankheit betrachten", betont der Allgemein- und Suchtmediziner Albrecht Ulmer aus Stuttgart. Das bedeutet, die Betroffenen bedürfen der kontinuierlichen medizinischen Versorgung, die sie aber nur selten bekommen. „Der stationäre Entzug ist dabei nicht der Knackpunkt, er steht in der Regel flächendeckend zur Verfügung. Doch nach der Entlassung bleiben die meisten Patienten ohne weitere Betreuung. Und eine medikamentöse Behandlung, bei anderen chronischen Erkrankungen eine Selbst-

verständlichkeit, erhalten sie so gut wie nie“ (Braunwarth 2022; siehe auch Ulmer 2021). Der Suchtmediziner und sein Team haben in ihrer Gemeinschaftspraxis in den vergangenen über 30 Jahren Ansätze für eine effektive Behandlung alkoholabhängiger Menschen entwickelt, etwa mit Substanzen wie Clomethiazol oder auch Dihydrocodein (DHC) und Buprenorphin; wobei diese Ansätze in der Fachwelt trotz ihrer gut dokumentierten Verläufe umstritten sind, auch bei Kolleg:innen in der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS). Darauf verweist auch die Autorin des Beitrags über diese neuen Möglichkeiten: „Die induzierte Abhängigkeit erwies sich in der Praxis unter strukturierten Bedingungen als problemlos. (…) Einen Pferdefuß gibt es generell: Alle genannten Medikamente sind nicht für diese Indikation zugelassen und müssen von den Patienten selbst bezahlt werden. (…) Unabdingbare Voraussetzung für eine Standardisierung der Therapien ist es, die genannten Ansätze in Studien zu validieren“ (Braunwart 2022). Bis heute finden sich dafür keine Sponsoren.

Eine übergreifende und umfassende Alkoholstrategie muss sich nicht neu erfinden

Das Strategiepapier der Facharbeitsgruppe Prävention des Drogen- und Suchtrats vom 25 Februar 2008 legt die Grundsteine fest; sie müssen nur noch umgesetzt werden (Drogen- und Suchtrat 2008). In dem Papier heißt es:

Nüchternheit fördern: Alkoholkonsum stellt in bestimmten Situationen ein besonderes Risiko dar - sei es für die Konsument:innen selbst oder für Dritte. Hierzu gehören die Probleme, die sich aus der durch Alkohol herabgesetzten Konzentrationsfähigkeit und Selbstüberschätzung ergeben, z.B. im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz. Punktnüchternheit ist auch in der Schwangerschaft unabdingbar, um das ungeborene Leben zu schützen. Auch Menschen, die Medikamente einnehmen, sollten auf den Konsum von Alkohol verzichten.

Alkoholverzicht im Straßenverkehr: Alkohol am Steuer gehört noch immer zu den Hauptursachen für Verkehrsunfälle und ist verantwortlich für rund jede:n neunten Verkehrstoten.

Alkoholverzicht am Arbeitsplatz: In deutschen Unternehmen und Behörden haben etwa 5% bis 10% der Mitarbeiter:innen Probleme mit Alkohol. Viele trinken am Arbeitsplatz. Durch Alkoholkonsum im Betrieb wird die Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Etwas 25-30% der Arbeitsunfälle sind alkoholbedingt. Mitarbeiter:innen in Betrieben sollten motiviert werden, am Arbeitsplatz vollkommen auf Alkohol zu verzichten.

Alkoholverzicht in der Schwangerschaft: Etwa 10.000 Kinder pro Jahr leiden in Deutschland an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft. Besonders schwerwiegend ist das fetale Alkoholsyndrom (FASD). Es zählt zu den häufigsten angeborenen Behinderungen in Deutschland. Vorsichtige Schätzungen gehen von ca. 4.000 Neugeborenen pro Jahr aus, die betroffen

sind. Der absolute Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft ist geboten. Dabei müssen betroffene Frauen unterstützt und nicht diskriminiert werden.

Werbung und Sponsoring einschränken: Der Werbeetat der Alkoholindustrie beträgt pro Jahr mehr als 500 Millionen Euro. Ziel der Werbung und des Sponsorings ist es, Alkoholkonsum als Normalität darzustellen und Alltagssituationen mit dem Genuss von alkoholischen Getränken in Verbindung zu bringen. Zum Beispiel werden Sportveranstaltungen und Sportübertragungen im Fernsehen von Alkoholproduzenten gesponsert.

Alkoholkonsum durch Preisgestaltung reduzieren: Deutschland verfügt im europäischen Vergleich zum Teil über niedrige Steuersätze für Alkohol. So entsprechen die Steuersätze für Bier und Wein gerade den EU-Mindeststeuersätzen oder liegen nur leicht darüber (Bier), sodass in der Konsequenz auch die Einzelhandelspreise im europäischen Vergleich relativ niedrig sind. Dies trägt auch dazu bei, dass Alkoholika für die meisten Menschen – insbesondere auch für Jugendliche – leicht verfügbar sind. Maßnahmen zur Preisregulierung über Steuererhöhung können einen unmittelbaren und relevanten Effekt auf die Senkung des Alkoholkonsums ausüben.

Verfügbarkeit von Alkohol einschränken: Alkohol ist nicht nur wegen des relativ niedrigen Preises in Deutschland leicht verfügbar. Auch aufgrund von Verkaufszeiten rund um die Uhr und der Vielzahl der Verkaufsstätten ist das Beschaffen von Alkohol selten ein Problem. Das muss deutlich eingeschränkt werden nach skandinavischem Vorbild!

Ressourcen bereitstellen: Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden pro Jahr auf mindestens 20 Milliarden Euro geschätzt. Demgegenüber sind die Aufwendungen des Bundes und der Länder für die Alkoholprävention gering. Dies hat zur Folge, dass der Werbung der Alkoholindustrie in den Medien praktisch keine im Umfang auch nur annähernd vergleichbare öffentlichkeitsbezogene Kampagne der Alkoholprävention entgegensteht, es ist eine deutliche Anhebung der Mittel für Alkoholprävention erforderlich. Auf diese Weise ist das bestehende Defizit in der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zur Alkoholprävention zu beheben.

Maßnahmen koordinieren: Im Bereich der Alkoholprävention ist eine Vielzahl von Akteur:innen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene tätig. Im Sinne eines effektiven Mitteleinsatzes und zur Erreichung von Synergieeffekten sind die Maßnahmen der verschiedenen Verantwortlichen zu koordinieren. Eine stärkere Wirkung der Maßnahmen ist durch ein abgestimmtes Vorgehen in der Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie eine koordinierte Strategie der kommunizierten Botschaften an die gesamte Bevölkerung oder Teilzielgruppen zu erwarten.

Maßnahmenqualität prüfen: Die AG Suchtprävention empfiehlt, die durchgeführten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Die Abschätzung, ob Maßnahmen und Strategien erfolgreich waren, ist nur auf einer gesicherten Datenbasis möglich. Für die Adjustierung der gewählten Strategien sind Erkenntnisse über die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen notwendig.

Fazit

Wenn der Bundesdrogenbeauftragte Hendrik Streeck dies als Maßstab nimmt, dann könnte es gelingen, alkoholbedingte individuelle und gesamtgesellschaftliche Risiken und Schäden erheblich zu minimieren. Es braucht aber eine Gesamtstrategie, die evidenzbasiert ist, praktisches Erfahrungswissen miteinbezieht, die wissenschaftlich überprüfbar ist, Milestones formuliert, Mittelallokationen enthält, und die vor allem unter Beteiligung aller relevanten Akteur:innen erarbeitet und fixiert werden muss, um sich nicht in Einzelaktionen zu verlieren.

Daran wird sich seine Arbeit messen lassen.

Literatur

Braunwart, A. (2022): Neue Wege aus der Alkoholabhängigkeit, in: Medical Tribune, online verfügbar unter: https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/neue-wege-aus-der-alkoholabhaengigkeit; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (2022): Welche Therapie hilft bei Alkoholabhängigkeit – kontrolliertes trinken oder abstinent bleiben? Online verfügbar unter: https://www.gesundheitsforschung-bmftr.de/de/welche-therapie-hilft-bei-alkoholabhangigkeit-kontrolliert-trinken-oder-abstinent-bleiben-15387.php; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2024): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol, online verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Deutscher Werberat (2015): Verhaltensregeln des Deutschen Werberates über die kommerzielle Kommunikation für alkoholhaltige Getränke, online verfügbar unter: https://werberat.de/wp-content/uploads/2023/06/dwr_flyer_alkoholregeln_2019.pdf; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2000): Industrie soll freiwillig die Werbung einschränken, in: Deutsches Ärzteblatt, 97(27): 1858-1860.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003): Drogen und Sucht. Ein Plan in Aktion, online verfügbar unter: https://www.aerztlicher-arbeitskreis.de/media/aktionsplan_drogen_und_sucht_2003.pdf; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Drogen- und Suchtrat (2008): Strategiepapier für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention vorgelegt am 25. Februar von der Facharbeitsgruppe „Suchtprävention“, Berlin.

Henssler, J./Müller, M./Carreira, H./Bschor, T./Heinz, A./Baethge, C. (2021): Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression, in: Addiction 116(8): 1973-1987. DOI: 10.1111/add.15329.

Hornig, L. (2023): Angehörigenarbeit im Rahmen der Suchthilfe. Empfehlungen für eine verbesserte Praxis, Baden-Baden, Nomos.

Katz, N. (2025): „Als seien die so blöd“: FDP-Vize attackiert CDU-Mann Streeck scharf wegen Supermarkt-Vorstoß, in: Frankfurter Rundschau, online verfügbar unter: https://www.fr.de/verbraucher/als-seien-die-so-bloed-fdp-vize-attackiert-cdu-mann-streeck-scharf-wegen-supermarkt-vorstoss-zr-93842366.html; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Kilian, C./Manthey, J./Neufeld, M./Rehm, J. (2022): Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union, in: Eur Addict Res 29(1): 63-66. DOI: 10.1159/000527096.

Körkel, J. (2002): Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht, in: Suchttherapie 3: 87-96.

Kraus, L./Möckl, J./Manthey, J./Rovira, P./Olderbak, S./Rehm, J. (2024): Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021: A modelling study, in: Drug Alcohol Rev 43(7): 1662-1675. DOI: 10.1111/dar.13928.

Mann, K./Hoch, E. (2016): Einleitung und Begriffsdefinition, in: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen", online verfügbar unter: https://www.kraichtal-kliniken.de/wp-content/uploads/2018/07/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Manthey, J./Kilian, C. (2025): Alkohol, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025, Lengerich, Pabst, 39-56.

Manthey, J./Kilian, C./Carr, S./Rehm, J. (2025): Besteuerung von Alkohol in Deutschland, in: akzept e. V. (Hrsg.): 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Lengerich/Westfalen, Pabst Sciences Publisher, 38-45.

NTV (2025): Mindestalter für Alkoholkonsum soll auf den Prüfstand, online verfügbar unter: https://www.n-tv.de/panorama/Drogenbeauftragter-Blienert-will-Mindestalter-fuer-Alkoholkonsum-auf-Pruefstand-stellen-article23872472.html; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Pilsinger (2024): Abgeordnetenwatch, online verfügbar unter: https://www.abgeordnetenwatch.de/profile/stephan-pilsinger/fragen-antworten/fuer-alkohol-gibt-es-sehr-grosszuegige-regelungen-fuer-jugendliche-dies-wirkt-wie-eine-wertung-alkohol-ist; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Rauschert, C./Möckl, J./Seitz, N. N./Wilms, N./Olderbak, S./Kraus, L. (2022): The use of psychoactive substances in Germany – findings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse 2021, in: Dtsch Arztebl Int 119: 527–34. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Reinhard, R./Goudkamp, L. (2025): Kein Alkohol an Tankstellen: Wie sinnvoll wäre das? In: BR 24, online verfügbar unter: https://www.br.de/nachrichten/bayern/kein-alkohol-an-tankstellen-wie-sinnvoll-waere-das,Ur77C86; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Stern (2025): Schluss mit Bier von der Tanke? Streeck will Alkoholverkauf einschränken, online verfügbar unter: https://www.stern.de/politik/deutschland/alkohol--drogenbeauftragter-will-verkauf-an-tankstellen-einschraenken-35897282.html; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Stiens, T. (2017): Wie die Alkohol-Lobby die Politik einlullt, in: Spiegel, online verfügbar unter: https://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/alkohol-werbung-ein-prosit-auf-die-lobbyisten-von-erba-a-1148227.html; letzter Zugriff: 09.09.2025.

tm tankstellen markt (2008): Alkohol-Verbot an Trankstellen. „Der mündige Bürger soll selbst entscheiden", online verfügbar unter: https://media1.autohaus.de/fm/4079/Alkoholnochmal.556755.pdf; letzter Zugriff: 09.09.2025.

Ulmer, A. (2021): Alkoholabhängigkeit anders behandeln? Ansätze zu neuen Hoffnungen, Hamburg, Tredition GmbH.

Welt (2025): Hendrik Streeck will Alkoholverkauf an Tankstellen und in Supermärkten einschränken, online verfügbar unter: https://www.welt.de/politik/deutschland/article256407006/Hendrik-Streeck-will-Alkoholverkauf-an-Tankstellen-und-in-Supermaerkten-einschraenken.html; letzter Zugriff: 09.09.2025.

World Health Organization (2024): Global alcohol action plan 2022-2030, online verfügbar unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1; letzter Zugriff: 12.09.2025.

Wienberg, G. (2001): Die „vergessene Mehrheit" heute. Teil I: Ein Blick zurück nach vorn, in: Wienberg, G., Driessen, M. (Hrsg): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen, Bonn, Psychiatrie–Verlag.

Tabak-/Nikotinpolitik

2

Über das Fehlen einer Tabakkontrollpolitik in Deutschland – und wie sie aussehen könnte

Heino Stöver & Larissa Steimle

Zusammenfassung

Deutschland hat weder eine wirksame nationale Drogenstrategie noch eine konsequente Tabakkontrollpolitik. Prävalenz und gesundheitliche Folgen des Rauchens sind hoch, Maßnahmen wie Werbeverbote und Steuererhöhungen bleiben begrenzt. Internationale Vorbilder setzen stärker auf Schadensminderung, klare Ziele und gezielte Programme. In Anlehnung an die deutlich ambitionierteren Programme unserer Nachbarländer braucht Deutschland eine evidenzbasierte, koordinierte Strategie mit ambitionierten Zielen, um besser mit dem Thema Rauchen umgehen zu können.

Einleitung

Weltweit ist Tabakkonsum der zweithäufigste Risikofaktor für Tod und Behinderung (IHME 2024a). Raucher:innen sind vermehrt von bestimmten Erkrankungen betroffen, z.B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (Starker et al. 2025). Für das Jahr 2018 wurde geschätzt, dass etwa ein Fünftel aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen sind (Mons et al. 2018). Weiterhin gilt Rauchen als Hauptrisikofaktor für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (KKH 2025). An den Folgen des Rauchens sterben ca. 99.000 (IHME 2024b) bis 127.000 (RKI 2025) Menschen jährlich. Der volkswirtschaftliche Schaden beläuft sich auf ca. 97 Mrd. Euro (Effertz 2020).

Im Vergleich zu anderen Ländern unternimmt Deutschland wenig, um die Folgen für Individuen und Gesellschaft zu reduzieren. Deutschland hat keinen nationalen Tabakkontrollplan. Im Jahr 2021 haben sich daher 52 Gesundheits- und zivilgesellschaftliche Organisationen anlässlich des Weltnichtraucher:innentages mit einem Aufruf an die Politik gewandt: Danach sollen bis 2040 in Deutschland weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumieren (DKFZ 2021). Ihr Strategiepapier fasst zehn konkrete Maßnahmen zur Tabakkontrolle und einen Zeitplan für deren Umsetzung zusammen (DKFZ 2021).

Auf dieses Strategiepapier hat die Bundesregierung nur sehr eingeschränkt reagiert. Die gesetzlichen Maßnahmen zur Tabakprävention in Deutschland seit 2021 sind begrenzt auf folgende Maßnahmen (Starker et al. 2025):

- Schrittweise Werbebeschränkungen für Tabakerzeugnisse, E-Zigaretten und Nachfüllbehälter, Einbeziehung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht (Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes 2021)
- Anpassung der Steuertarife und steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn–Produkten, Einführung der Besteuerung von nikotinhaltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten (Tabaksteuermodernisierungsgesetz 2022)
- Verbot von Aroma-Tabak für erhitzte Tabakprodukte (Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes 2023)

Diese Maßnahmen waren zum Teil lange überfällige Reaktionen, die international gefordert wurden – wie etwas das Werbeverbot – oder höchst umstrittene Entscheidungen, wie die Besteuerung nikotinhaltiger Substanzen. Letztere zeigte den Menschen, die von Tabakverbrennungs- auf Dampfprodukte umgestiegen sind, dass dieser wichtige gesundheitliche Schritt nicht monetär belohnt wird. Der Fokus der aktuellen Tabakkontrollpolitik in Deutschland besteht damit weitestgehend aus einem Werbeverbot (z. B. von Tabakaußenwerbung), einer Besteuerung ebendieser Produkte – wobei gemäß WHO zu lasch -, Maßnahmen zum Nichtraucher:innenschutz, Jugendschutz und Produktregulierung sowie Aufklärungskampagnen. Darüber hinaus gibt es zumindest für einige Raucher:innen die Möglichkeit der Übernahme der Kosten bei der Teilnahme an einem evidenzbasierten Programm zur Rauchentwöhnung (z. B. Kurzberatungen, Verhaltenstherapien etc.) (Steimle et al. 2024).

Die Rahmenbedingungen bleiben dieselben: Ein bunter Flickenteppich von sehr uneinheitlichen Nichtraucher:innenschutzgesetzen in Deutschland, die Zahl der Zigarettenautomaten etwa im öffentlichen Raum – international überwiegend längst verschwunden – beläuft sich auf 340.000 Automaten, die mit Graffiti verziert zum Stadtbild gehören und zur Banalisierung des Rauchens beitragen. In der europäischen Tabakkontrollskala 2021 (Joossens et al. 2022), die die Umsetzung der von der WHO empfohlenen Maßnahmen für eine effektive Tabakkontrolle in 37 Ländern misst, liegt Deutschland daher auch auf dem viertletzten Platz.

Die mangelhafte Umsetzung der Tabakkontrollmaßnahmen trägt dazu bei, dass die Prävalenz des Rauchens Deutschland laut DEBRA-Studie 28,3% beträgt (DEBRA 2024) – im internationalen Vergleich der Industrieländer ein sehr hoher Wert. Dies impliziert hohe Gesundheitsrisiken für Menschen, die rauchen und/oder dem Passivrauch ausgesetzt sind. In Untergruppen ist die Prävalenz jedoch bedeutend höher: 92% in einer Untersuchung von Menschen in Opioidagonistbehandlung (z. B. Grischott et al. 2019). Überhaupt findet sich in allen Altersgruppen sowohl bei Frauen als auch bei Männern der höchste Anteil von Raucher:innen in der Gruppe von Menschen mit niedrigem Bildungsstatus (Starker et al. 2022).

Laut Daten der Kaufmännische Krankenkasse (KKH) stieg die Zahl der Tabakabhängigen von 2013 auf 2023 um fast die Hälfte an (47,5 Prozent). Laut KKH-Hochrechnung wurden 2023 bundesweit rund sechs Millionen Menschen wegen Tabakabhängigkeit, Entzugserscheinungen, oder psychischer Probleme aufgrund von Tabakkonsum ärztlich behandelt. Fast ein Viertel dieser exzessiven Raucher:innen (22,8 Prozent) war zu diesem Zeitpunkt bereits an einer COPD erkrankt. Zehn Jahre zuvor lag die Quote noch bei 19,5 Prozent (KKH 2025). Diese Zahlen zeigen jedoch

nur die Spitze des Eisbergs, denn es konnten nur diejenigen Fälle ausgewertet werden, bei denen eine Tabakabhängigkeit ärztlich diagnostiziert wurde (KKH 2025).

Angesichts dieser unzureichenden Situation drängen sich zwei zentrale Fragen auf, die dringend beantwortet werden müssen:

1. Wer gestaltet die Drogen- und Tabakpolitik in Deutschland und in welchem Maß basiert sie auf wissenschaftlichen Erkenntnissen?
2. Welche Strategien verfolgen unsere Nachbarländer zur Reduktion der Rauchprävalenz und wie lässt sich die derzeitige Prävalenz von 28,3 % (DEBRA 2024) bis zum Jahr 2040 auf 5 % reduzieren?

Drogenpolitik in Deutschland

Die 2012 beschlossene „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012) bildet laut dem Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2025) bis heute die Grundlage der deutschen Drogenpolitik. Sie verfolgte einen integrativen Ansatz mit den Säulen Prävention, Behandlung, Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung.

Die Kritik an diesem Strategiepapier ist groß, indem sie beispielsweise keine Mittelallokationen, keine Zielüberprüfungen durch Evaluationen, keine Koordinationsinstanzen und keine festgelegten Meilensteine, etwa eine klare Vision, wo Deutschland drogenpolitisch bis 2030 stehen will, enthält. Insofern ist sie eher als Absichtserklärung denn als „Strategie“ zu verstehen. Die gegenwärtige staatliche „Nationale Drogenpolitik“ ist eher ein zufälliges Resultat der Gesamtheit drogenpolitischer Orientierungen und Maßnahmen verschiedener Ressorts bzw. Ministerien und nachgeordneter Anstalten (Bundesministerien für Gesundheit, Ernährung und Landwirtschaft, Justiz etc.) ohne erkennbare koordinierte oder evidenzbasierte Steuerung.

Die zuständige Stelle des Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesgesundheitsministerium verfügt nur über sehr begrenzte Ressourcen und Befugnisse und übernimmt vor allem eine moderierende Rolle. Konkrete politische Entscheidungen, etwa zur Tabakkontrolle, treffen einzelne Ministerien. Die Drogenbeauftragten sind politisch gebunden, was eine unabhängige, wissenschaftlich fundierte Politik erschwert (Stöver et al. 2016).

Eine verbindliche Steuerung nationaler Antworten auf den Konsum von Drogen fehlt ebenso wie eine koordinierte Zusammenarbeit unter den einzelnen Akteur:innen. Insgesamt zeigt sich, dass Deutschland keine gezielte, nachhaltige und bundesländerübergreifende Drogenpolitikstrategie besitzt.

Die fehlende nationale Drogenstrategie hat gerade auch im Tabakbereich enorme Auswirkungen, wie die eingangs genannten Zahlen zeigen. Dass Deutschland zu wenig tut, um den Konsum von Tabak zu kontrollieren, stellte vor kurzem auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2025) in einem Bericht fest. Unter anderem müsse die Bundesregierung die Steuern auf Tabakprodukte erhöhen. Denn mit 61,4% befindet sich Deutschland in der WHO-Europa-Region, zu der 53 Länder gehören, demnach eher im unteren Viertel.

Insgesamt liegt der zentrale Fokus in Deutschland auf der Unterstützung des Rauchausstiegs bzw. einem Ausstieg aus der Nikotinabhängigkeit durch die Linderung von Entzugssymptomen. Dieser Ansatz scheint – wie die aktuellen Prävalenzen zeigen – nicht ausreichend zu funktionieren. Andere Länder setzen daher auf die Strategie der Schadenminimierung, indem sie weniger schädliche Produkte Personen mit schwerer Tabakabhängigkeit (z. B. E-Zigaretten) zur Rauchentwöhnung oder Schadensminimierung empfehlen. Obwohl das Konzept der Schadensminimierung eine Säule der Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik darstellt, spielt sie beim Thema Rauchen kaum eine Rolle (Steimle et al. 2024).

Beispiele innovativer Tabakkontrollmaßnahmen aus unseren Nachbarländern

Frankreich: In Frankreich kommt zunehmend Bewegung in die Tabakkontrollpolitik, indem verschiedene Maßnahmen eingeführt wurden, darunter z. B:

- Die Verschärfung des Rauchverbotes im Freien, sodass nun an Stränden, in Parks, an Haltestellen, in Sportanlagen sowie rund um Schulen das Rauchen verboten ist.

Großbritannien: Großbritannien setzt wie kaum ein anderes Land auf eine evidenzbasierte Tabakkontrollpolitik, indem der Umgang mit Tabak eng mit der Wissenschaft abgestimmte Maßnahmen enthält, darunter beispielsweise:

- „Swap to stop"-Programm in dem E-Zigaretten an eine Million Raucher:innen verschickt wurden, wobei vor allem auch Gruppen adressiert wurden, die besonders hohe Prävalenzen aufweisen oder besonders gefährdet sind
- Verkaufsverbot für Einweg-E-Zigaretten seit 1. Juni 2025
- Geplantes Verkaufsverbot von Zigaretten für Personen, die 2009 oder später geboren sind
- Geplanter Verkauf von Tabakprodukten nur noch in speziellen Geschäften

Schweden: Ebenso wie Großbritannien setzt auch Schweden auf Schadensminimierung als Grundsatz und steht damit im Gegensatz zu restriktiven Ansätzen in anderen Ländern, indem beispielsweise:

- Nikotin-Pouches als sicherere Alternative „beworben" wurden.

Fazit

Es ist höchste Zeit die innovativen Maßnahmen der Tabakkontrolle und Prävention unserer Nachbarländer zu analysieren und auf eine Übertragbarkeit hin zu überprüfen. Für eine wirksame Tabakkontrollpolitik, die die Gesundheitsschäden reduziert bräuchte es folgende Maßnahmen:

- Zunächst braucht es eine echte, bundesländerübergreifende evidenzbasierte drogenpolitische Strategie, indem klare Ziele vorgegeben werden, ausreichend finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, um diese Ziele zu erreichen, eine klare Aufgabenverteilung besteht, wer die beschlossenen Maßnahmen umsetzt und schließlich eine Überprüfung der Erreichung dieser Ziele.
- Weiterhin braucht es für eine wirksame Tabakkontrollpolitik eine Integration der Säule Schadensminderung in die bestehende Tabakkontrollpolitik, wie diese auch bei anderen Substanzen in Deutschland integriert wurde und wie auch der Blick in die Nachbarländer gezeigt hat. Das bedeutet, Raucher:innen die nicht aufhören wollen oder können, schadensminimierende Optionen anzubieten. Weiterhin ist es notwendig, fiskalische Schritte mit gesundheitspolitischen Zielsetzungen zu koppeln werden. Beispielsweise sollten Steuern sollten risikoorientiert erhoben werden und Produkte mit geringerem Risikopotential sollten weniger besteuert werden.
- Der Blick in die Nachbarländer zeigt außerdem, welche weiteren Maßnahmen es für eine gelingende Tabakkontrollpolitik gibt. Diese sollten kritisch überprüft und ggf. übernommen werden. Beispielsweise sollten Einweg-E-Zigaretten sowohl aus ökologischen als auch aus Jugendschutzgründen nach dem Vorbild von Großbritannien verboten werden. Ein weiteres Beispiel sind Programme, um insbesondere Subgruppen der Bevölkerung mit hohen Rauchprävalenzen zu erreichen (z.B. Konsument:innen anderer Drogen, siehe Beitrag von Stefan Wiedemann in diesem Band).

Insgesamt brauchen wir ambitionierte Ziele als das Mitlaufen mit dem EU-Ziel erst 2040 rauchfrei werden zu wollen.

Literatur

DEBRA (2024): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums. Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Online unter: https://www.debrastudy.info/, Zugriff: 12.08.2025.

DKFZ – Deutsches Krebsforschungsinstitut (2021): Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. Online unter: https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf, Zugriff: 11.08.2025.

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2025): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Online unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/, Zugriff 12.08.2025.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Online unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf, Zugriff 12.08.2025.

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.

Grischott T/Falcato L/Senn O/Puhan MA/Bruggmann P (2019): Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among opioid-dependent patients in agonist treatment. A diagnostic study. In: Addiction 114: 868–76.

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (2024a): Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Online unter: https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf, Zugriff: 13.12.2024.

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (2024b): GBD Results. Washington. Online unter: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/, Zugriff: 27.11.2024.

Joossens L/Olefir L/Feliu A/Fernandez E (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels. Online unter: https://tobaccocontrolscale.org/, Zugriff: 26.11.2024.

KKH – Kaufmännische Krankenkassen (2025): jeder vierte Exzessiv-Konsument leidet an COPD – Krankheit nur durch Rauchstopp aufzuhalten. Online unter: https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/rauchenundcopd, Zugriff 12.08.2025.

Mons U/Gredner T/Behrens G/Stock C/Brenner H (2018): Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt International, 115(35-36), 571–577.

RKI – Robert Koch Institut (2025): Rauchen. Online unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Lebensweise-und-Gesundheit/Rauchen/rauchen-node.html, Zugriff 11.08.2025.

Starker A/Kuhnert R/Hoebel J/Richter A (2022): Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. In: Journal of Health Monitoring, 7(3), 7–22.

Starker A/Olderbak S/Möckl J/Klosterhafen S/Kotz D/Orth B/Hoebel J (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: DHS (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2025, S. 57ff.

Steimle L/Grabski M/Stöver H (2024): Tabak Harm Reduction: Die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der deutschen Tabakkontrollpolitik. In: Bundesgesundheitsblatt, 67, 956-961.

Stöver H (2016): Umdenken in Drogenpolitik und Drogenhilfe: mehr Menschen mit Substanzstörungen früher erreichen und besser versorgen. In: Neue Ansätze in der Suchthilfe, 47(1), 26–38.

WHO – World Health Organization (2025): WHO report on the global tobacco epidemic, 2025. Warning about the dangers of tobacco. Online unter: https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063, Zugriff 12.08.2025.

Tobacco Harm Reduction, Kontrolliertes Rauchen und Rauchfrei-Programm als sich ergänzende Bausteine in der Sucht- und Drogenhilfe

Stefan Wiedemann

Zusammenfassung

In Deutschland ist Tabakkonsum trotz rückläufiger Trends mit 30,7 % weiterhin sehr hoch. Jährlich sterben ca. 127.000 Menschen daran – deutlich mehr als an Alkohol oder illegalen Drogen. Vorhandene Hilfen fokussieren auf Abstinenz („Rauchfrei"), während Ansätze zur Konsumreduktion oder Tobacco Harm Reduction wenig etabliert sind. Besonders in der Suchthilfe fehlt eine systematische Integration von Tabakinterventionen, obwohl Klient:innen dort überdurchschnittlich betroffen sind. Bedarfsorientierte, kombinierte und niedrigschwellige Angebote sind notwendig.

Einleitung

Auch wenn die Prävalenz des Tabakgebrauches in den letzten Jahren in Deutschland zurückgegangen ist, ist sie mit 30,7% der Gesamtbevölkerung im europäischen Vergleich sehr hoch (vgl. Kotz 2024). Daten des statistischen Bundesamtes deuten darauf hin, dass sich im vergangenen Jahr der Trend zum Nichtrauchen abgeschwächt hat. Erstmalig seit 2019 stieg die Anzahl der durchschnittlich pro Einwohner:in gerauchten Zigaretten in 2024 von 758 auf 784 wieder an (Statistisches Bundesamt, 27.1.25 Pressemitteilung 035). Angesichts von 127.000 Menschen, die bundesweit jährlich an den Folgen des Tabakkonsums versterben steht Tabak weit vor Alkohol (ca. 40.000 Tote) und illegalisierten Drogen (ca. 2.100 Tote) an erster Stelle bezüglich der negativen Folgen von Substanzabhängigkeiten.

Interventionsmaßnahmen für Menschen die illegalisierte Substanzen gebrauchen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark ausdifferenziert. Neben abstinenzorientierten Entwöhnungsmaßnahmen spielen solche der „harm reduction", (z.B. Drogenkonsumräume, Substitution, Safer Use-Maßnahmen, …) eine zentrale Rolle in der Drogen- und Suchthilfe. Entsprechend dem Paradigma der „zieloffenen Suchtarbeit" (Körkel 2024) besteht ein differenziertes Angebot um substanzgebrauchende Menschen individuell, situations- und bedarfsgerecht zu unterstützen. Wie Steimle und Stöver (2024) feststellen sind Akzeptanz und Verbreitung von Ansätzen der „Harm Reduction" paradoxerweise bei Unterstützungsmaßnahmen für Gebrauchen-

de legaler psychoaktiver Substanzen wie Alkohol und vor allem Tabak weniger bis kaum ausgeprägt.

Vorhandene Ansätze zur Intervention bei Tabakgebrauch

„Rauchfrei“ Programme
Vorherrschend sind abstinenzorientierte Ansätze wie z.B. das vom Institut für Therapieforschung (IFT) evaluierte „Rauchfrei“-Programm. Im Rahmen des Programmes werden Teilnehmende durch 6-7 Gruppentermine in ihrer Abstinenzmotivation unterstützt, auf den „Rauchstopp“ vorbereitet und nach diesem begleitet. Neben dem Rauchstopp-Programm existieren vielfältige, betrieblich orientierte Angebote zur Unterstützung der Tabakabstinenz, Kursangebote der Krankenkassen, zahlreiche Online-Angebote (wie z.B. die App „Nichtraucherhelden“) und Empfehlungen zu strukturierten „Kurzinterventionen“ bei Raucher:innen etwa durch behandelnde Ärzt:innen. Das „Rauchfrei“-Programm wird im Rahmen des § 20 SGB 5 von Krankenkassen gefördert, d.h. die Kosten werden (zum Teil) als Präventionsmaßnahme übernommen. Es verbleibt in vielen Fällen allerdings ein Eigenanteil. Angeboten werden die Kurse z.B. in Kliniken, Reha-Einrichtungen sowie von niedergelassenen (Psycho)therapeut:innen oder Heilpraktiker:innen. Angebote im Rahmen der professionellen Drogen- und Suchthilfe sind in der Minderzahl (z.B. vista gGmbH Berlin).

Konsumreduktion
Hier ist z.B. das im Gruppen- oder Selbstlernkontext zu nutzende 12 Schritte Programm „selbstbestimmtes- und kontrolliertes Rauchen“ zu nennen (Drinkmann 2007), welches an bewährten Maßnahmen zur Konsumreduktion und Reflexion (z.B. „Kontrolle im Selbstbestimmtes Substanzkonsum“ – KISS, oder „Kontrolliertes Trinken“ - KT) orientiert ist. Es ermöglicht Teilnehmenden eine Reflexion des Tabakgebrauches, fördert Veränderungsmotivation und unterstützt z.B. durch die Analyse von Risikosituationen und die Planung von Handlungsalternativen bei der Umsetzung von Reduktionszielen. Angeboten wird das Programm vor allem im Kontext der Förderung sozialer Teilhabe und (vereinzelt) in Suchtberatungsstellen. Insgesamt ist tabakbezogene Konsumreduktion sowohl in der Öffentlichkeit als auch im Kontext der Suchthilfe wenig präsent. Eine Förderung, etwa im Rahmen des § 20 ist nicht vorgesehen.

Tobacco Harm Reduktion (THR)
Abzugrenzen vom Einsatz von Nikotinsubstituten (vor allem Nikotinpflaster oder -Kaugummis) in der (abstinenzorientierten) Entwöhnung sind damit strukturierte Programme zur Unterstützung des Umstieges vom Tabakgebrauch auf weniger schädliche Alternativen, wie z.B. E-Zigaretten gemeint. Die THR orientiert sich am (oben dargestellten) Paradigma der Schadensminimierung und will Raucher:innen, die aktuell nicht in der Lage oder motiviert sind das Rauchen einzustellen eine weniger gesundheitsschädliche Alternative zum Tabakgebrauch anbieten. Ansätze der THR sind in Deutschland bislang wenig verbreitet. Im europäischen Ausland spielen sie eine größere Rolle. So wird z.B. in Großbritannien der Einsatz von E- Zigaretten in

die nationale Strategie zur Überwindung der Tabakabhängigkeit integriert. Der Ersatz von Tabakprodukten durch E Zigaretten wird z.B. im Kontext von Haftanstalten gezielt gefördert. Strukturierte Anwendung findet dieser Ansatz in Deutschland erst seit kurzer Zeit in einzelnen Suchthilfeorganisationen in den Bereichen der Förderung sozialer Teilhabe oder der Suchtberatung.

Bewertung vorhandener Interventionsansätze

In einer Evaluation des IFT aus dem Jahr 2011 zum „Rauchfrei"-Programm gaben 31,8% der Befragten an, ihre Abstinenz längerfristig (>1 Jahr) erhalten zu haben. Ein mit katamnestischen Erhebungen im Bereich der Alkohol- und Medikamentenentwöhnung vergleichbarer Wert (siehe z.B. Bachmeier 2021).

Es gibt Hinweise, dass abstinenzorientierte „Rauchfrei"-Angebote zur Erreichung der Tabakabstinenz, sofern sie nicht im Rahmen klinischer Behandlungen angeboten werden, eher die „Normalbevölkerung" erreichen, welche in der Lage ist, sich selbstständig im System zu orientieren und ggf. auch einen finanziellen Eigenanteil zu erbringen. Der Zugang zu den Programmen erfolgt vor allem über das medizinische System, das Internet sowie Krankenkassen. Eine Vermittlung über Angebote der Sozialen Arbeit oder der Drogen- und Suchthilfe ist die Ausnahme. Die Evaluation des IFT (Kröger 2016) deutet, angesichts einer Erwerbstätigenquote von mehr als 70% der Teilnehmenden, darauf hin, dass Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten nicht spezifisch angesprochen werden.

Die RauS-Studie (Werse et al. 2023) untersucht, welche Methoden für die Erreichung von Tabakabstinenz oder einem kontrollierten Konsum als wirksam empfunden wurden. Hierbei zeigte sich, dass im Rahmen von Konsumreduktionsangebote immerhin 14 % der Befragten ihren Konsum im Rahmen einer zunächst geplanten Reduzierung dauerhaft einstellten und 10% ihr Reduktionsziel längerfristig aufrechterhalten konnten. 52% gaben an, ihre Reduktionsziele zumindest vorrübergehend erreicht zu haben. Angesichts der unterschiedlichen soziodemographischen Zusammensetzung der Befragtengruppen ist also eine durchaus vergleichbare Wirksamkeit festzustellen. Über beide Ansätze hinweg stellte die RauS Studie eine durchschnittliche Anzahl von 4 Versuchen bis zum längerfristigen Erreichen des individuellen Zieles fest.

Für die THR-Programme liegen bislang wenig belastbare Evaluationsergebnisse vor. Die Ergebnisse der RauS-Studie weisen aber auf eine weite Verbreitung des E- Zigaretten Gebrauchs in individuellen Reduktions- oder Abstinenzstrategien hin. Bei der Auswertung eines THR-Pilotprojektes der vista gGmbH aus dem Jahr 2024 stellten 3 von 10 Teilnehmenden nach Abschluss des Projektes ihren Nikotingebrauch (zumindest kurzfristig) ein. Weitere 5 Teilnehmer*innen reduzierten ihren Tabakgebrauch im Rahmen des Programms um mehr als 50% (Wiedemann et al. 2024)

Bemerkenswert ist, dass Befragte der RauS-Studie insbesondere auf die Wirksamkeit individueller Faktoren wie der „eigenen" Willenskraft" sowie die Unterstützung des sozialen Umfeldes hinwiesen. Ansätze der Kurzintervention (etwa durch behandelnde Ärzt:innen) wurden als weniger wirksam bewertet.

„Rauchfrei"-Programme, Konsumreduktion und THR erreichen offensichtlich unterschiedliche Zielgruppen. Während abstinenzorientierte Programme eher Menschen mit hoher Motivation den Tabakkonsum einzustellen ansprechen, werden durch Angebot der Konsumreduktion bzw. der THR auch Menschen erreicht, die bislang bezüglich einer Veränderung ihres Tabakgebrauches ambivalent, oder durch erfolglos verlaufende Abstinenzversuche frustriert sind.

Interventionen zur Tabakabhängigkeit erweisen sich offensichtlich als besonders erfolgreich, wenn sie in vorhandene Angebote (der Sozialen Arbeit und der Drogen- und Suchthilfe) integriert sind, Selbstwirksamkeitserfahrungen („eigene Willenskraft") und Ressourcen im sozialen Umfeld einbeziehen und bedarfsorientiert differenzierte Interventionen vorhalten.

Klient:innen in Angeboten der Suchthilfe sind überdurchschnittlich von Tabakabhängigkeit (und somit auch von tabakbedingten Todesfällen und Erkrankungen) betroffen (92% im Rahmen einer Substitutions-Behandlung nach Grischott et al. 2019). Gleichzeitig sind in dieser Gruppe multiple soziale Problemlagen überrepräsentiert. Angebote der Sozialen Arbeit und insbesondere der Drogen- und Suchthilfe thematisieren Tabakabhängigkeit nicht oder nicht ausreichend. Dabei sind diese für Menschen mit multiplen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen oft die wichtigste und manchmal einzige Anlaufstation.

Bedarfsorientierte Intervention bei Tabakabhängigkeit für Klient:innen der Drogen- und Suchthilfe

Ansätze zur Intervention bei Tabakabhängigkeit sind in der Drogen- und Suchhilfe und gesundheitsorientierter Sozialer Arbeit noch nicht ausreichend präsent. Vorhandene Angebote sind zu wenig differenziert und miteinander abgestimmt, um Menschen ein individuell passendes Angebot machen zu können.

Ein bedarfsorientiertes Angebot für tabakgebrauchende Menschen mit multiplem Substanzgebrauch und in besonderen sozialen Lebenslagen muss also Angebote zur THR, zur Konsumreduktion und zur Unterstützung der Abstinenz verbinden und in Angebote der Sozialen Arbeit und Suchthilfe integriert sein.

Der Anamnese des Tabakgebrauches sowie der in diesem Zusammenhang erfolgten Veränderungsbemühungen sollte die gleiche Bedeutung zukommen wie der Gebrauchsgeschichte anderer Substanzen. Auch wenn Tabakabhängigkeit im Rahmen der deutschen Suchthilfestatistik erhoben werden soll, kommt dem Thema zu wenig Bedeutung zu, weshalb die Datenlage höchst lückenhaft ist (siehe hierzu: Wiedemann et.al. 2024). Der Erhebung von Problemempfinden und Veränderungsmotivation bezüglich des Tabakgebrauches muss der gleiche Stellenwert zukommen, wie z.B. des Kokaingebrauches. Natürlich können und müssen Veränderungswünsche priorisiert werden. Es ist legitim, wenn Menschen etwa im Kontext der Initiierung einer Substitutionsbehandlung zunächst wenig an ihrem Tabakgebrauch ändern wollen. Anspruch auf ein entsprechendes Angebot haben sie dennoch, zumal die Wirksamkeit von Reduktions- oder Abstinenzinterventionen unter Einbeziehung aller gebrauchten Substanzen deutlich steigt.

Offenes Angebot zur Konsumreflexion
Die Reflexion der Tabakabhängigkeit muss in vorhandene Konsumreduktions- und Reflexionsangebote (z.B. KISS oder KT) integriert werden. Auch jenseits von strukturierten Gruppenangeboten, müssen Klient:innen der Suchthilfe eingeladen werden, ihren Tabakgebrauch durch bewährte Methoden (wie Konsumtagebücher, Motivationsklärung, Analyse von Risikosituationen, Planung von Zielen und alternativen Erlebnisformen) im Rahmen einer Beratung oder Betreuung zu reflektieren und ggf. zu reduzieren. Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe sollten offene, modularisierte Gruppenangebote zur Orientierung vorhalten, die Informationen zur Epidemiologie sowie zu Risiken des Tabakgebrauches, alternativen Nikotinaufnahmeformen und möglichen Interventionen vorhalten aber auch Motivationsklärung und ein zieloffenes Ausprobieren von Reflexions- und Veränderungsmethoden (s.o.) ermöglichen.

Ein solches „Konsumreflexionsmodul“ ermöglicht Tabakgebrauchenden, den eigenen Gebrauch zu reflektieren, Veränderungsmotivation zu entwickeln und erste Erfahrungen bezüglich der Umsetzung von Veränderungsschritten zu machen.

THR und „Rauchfrei“ Angebote
Ausgehend vom Angebot der Konsumreflexion und abhängig von der individuellen Veränderungsmotivation sollte den Teilnehmenden ein Angebot zu einem THR-Workshop (siehe z.B. Wiedemann et al. 2024) oder einem „Rauchfrei“-Kurs gemacht werden. Um Vermittlungs- und Schnittstellenprobleme zu vermeiden, sollten beide Angebote in das Portfolio der Organisation bzw. Einrichtung integriert sein. Eine zieloffene Ausrichtung sollte auch in den THR bzw. abstinenzorientierten Angebotszweigen gegeben sein. Teilnehmende der THR-Workshops müssen im möglichen Prozess der Motivationsbildung hin zu einer Abstinenz Unterstützung finden sowie Teilnehmende an einem abstinenzorientierten Angebot die Möglichkeit bekommen, sich ggf. beim Umstieg auf die E Zigarette unterstützen zu lassen, sofern sich das Abstinenzziel (noch) nicht umsetzen lässt. Der Zugang zu den unterschiedlichen „Interventionszweigen“ muss niedrigschwellig und kostenfrei möglich sein.

Bezüglich der Angebotsausrichtung der Drogen- und Suchthilfe sind auch Kostenträger bzw. Zuwendungsgeber:innen gefragt, dem Tabakgebrauch mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Ein derart integriertes Angebot setzt eine enge Zusammenarbeit und Kooperation der beteiligten Fachkräfte voraus. Im Rahmen gemeinsamer Aus- und Weiterbildungen sollte nicht nur ein wechselseitiges Wissen um Inhalte und Durchführung der unterschiedlichen „Interventionszweige“ gegeben sein, sondern ein Zusammenwirken der Fachkräfte in den unterschiedlichen Angeboten, insbesondere im Angebot der Konsumreflexion. Zentral ist die Entwicklung einer gemeinsamen zieloffenen Haltung, die unterschiedliche Wege in Richtung einer gesundheitsfördernden Veränderung des Tabakgebrauches nebeneinander gelten lässt.

Literatur

Kotz, D. (2024): DEBRA – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten, online verfügbar unter: https:/ www.debra-study.info; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Statistisches Bundesamt (2025): Pressemitteilung 035, online verfügbar unter: https:/www. destatis.de/ DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/01/PD25_035_73.html; letzter Zugriff: 31.07.2025.

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

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.

Drinkmann, A. (2007): ‚12-plus-Programm'. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen. Heidelberg: GK-Quest.

Kröger, C./Ofner, S./Schmidt, A. (2016): Nutzung und Nutzen der E-Zigarette bei der Tabakentwöhnung: Ergebnisse der Nachbefragung der Teilnehmer am „Rauchfrei Programm" der IFT-Gesundheitsförderung zur Einstellung, Nutzung und Effekten der E-Zigarette im Jahr 2015, online verfügbar unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/E-Zigarette/161005_Anlage_6-Abschlussbericht_IFT.pdf, letzter Zugriff: 31.07.2025.

Bachmeier, R./Bick-Dresen, S./Funke, W./Kemmann, D./Kersting, S./Klein, T./Weissinger, V./Medenwaldt, J./Premper, V./Reger, F./Teigeler, H./Wagner, A./Granowski, M. (2021): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation, online verfügbar unter: https:/www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/ user_upload_dshs/05_publikationen/katamnesen/FVS_fachkliniken_alkohol_medikamente/FVS_ Katamnese_-_Alkohol_Medikamente_SuchtAktuell__2021-1.pdf, letzter Zugriff: 10.09.2025.

Werse, B./Kuhn, S./Lehmann, K./Stöver, H. (2023): Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse. Ergebnisse der RauS-Studie, in: Stöver, H. (Hrsg.): Die Zigarette liegt in den letzten Zügen - Alternative Formen der Nikotinaufnahme. Idstein: Fachhochschulverlag, 63-96.

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.

Wiedemann, S./Bialetzki, A./Iding, H. (2024): Tobacco Harm Reduktion mit drogengebrauchenden Menschen. Ein Praxisbericht aus zwei Einrichtungen der vista gGmbH (Berlin), in: Stöver, H. (Hrsg.): Tabakkontrolle und Tobacco Harm Reduction. Idstein: Fachhochschulverlag, 202-228.

3 Cannabis

Benötigen wir lizensierte Drogenfachgeschäfte für eine Weiterentwicklung der Drogenhilfe?

Ilja Ingo Michels & Heino Stöver

Einleitung

Die Drogenpolitik in Bezug auf Cannabis befindet sich weltweit in einem Umbruch. Viele Staaten bewerten die politische Fokussierung auf das polizeilich umzusetzende Drogenverbot als nicht mehr zeitgemäß und vor allem als nicht effektiv und effizient und haben Neuregulierungen geschaffen. Dies hat zu einer Erosion des internationalen Drogenverbots (siehe Barop 2023) geführt, mit vielen Sonderregelungen jenseits der drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen (EMCDDA 2002/2023; FES 2015; akzept 2022, IDCP 2024).

Die Festlegung auf eine Cannabis-Legalisierung im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP vom 25.11.2021 hat auch in Deutschland die Frage nach dem ‚Warum?' auf die Frage des ‚Wie?' einer Legalisierung eingegrenzt.

Im Koalitionsvertrag von 2021 beschloss die damalige Regierungskoalition, die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene in lizenzierten Fachgeschäften einzuführen. Im Verlauf der Umsetzung dieser Vereinbarung entstanden heftige Auseinandersetzungen über das Warum und Wie (siehe Michels/Stöver in Konturen). Der Kern dieses Konflikts war, dass mit Cannabis zum ersten Mal eine verbotene Substanz aus dem Betäubungsmittelgesetz herausgelöst und als Freizeitdroge legalisiert wird. Zwar gibt es Cannabis bereits seit 2017 als verschreibungspflichtiges und erstattungsfähiges Therapeutikum (ebenso wie Diacetylmorphin, d. h. Heroin, seit 2010), aber eben nicht als „Droge zum Genuss", sondern ausschließlich als Medikament gegen Schmerzen und andere „medizinische Störungsbilder" (siehe Michels/Stöver Sonderheft RAUSCH).

Die (veränderte) Debatte um medizinisches Cannabis

Seit Ende 2024 entwickelte sich eine zunehmende medien-öffentliche Debatte über die Frage, ob durch die ermöglichte leichtere Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken ohne BtM-Rezept durch das **Konsumcannabisgesetz** (**KCanG**) insbesondere über online-Anbieter ohne ärztliche Abklärung, die noch nicht erfolgte Einrichtung von Fachgeschäften unterlaufen würde. Im NDR wurde am 25. Juni 2025 berichtet: *„Der Zugang zu medizinischem Cannabis sollte nach Einschätzung von Niedersachsens Gesundheitsminister Andreas Philippi (SPD) eingeschränkt wer-*

den.“ Philippi zufolge nutzen Online-Portale eine neue Verordnungspraxis aus. Seit der Teillegalisierung im vergangenen Jahr sei es zu einfach, die Droge im Internet mit einem elektronischen Rezept zu bekommen, sagte der niedersächsische Minister der „(Hannoverschen Allgemeinen Zeitung“(HAZ)). Das Vorgehen der Online-Portale habe häufig nichts mehr mit einer medizinisch notwendigen Maßnahme zu tun. Stattdessen gehe es um „Genusskiffen“, zitierte die Zeitung den Gesundheitsminister.

Diese kritische Haltung wurde auch von den Apothekenkammern und der Bundesärztekammer eingenommen und auch in der neuen Regierungskoalition und der neuen Gesundheitsministerin. Nina Warken (CDU) will den „Missbrauch von medizinischem Cannabis“ verhindern – und dafür die Onlineverschreibung einschränken. (Deutsches Ärzteblatt vom 26. Mai 2025).

Aber selbst der Deutsche Hanfverband und die Selbsthilfeorganisationen von Patient:innen von medizinischem Cannabis sehen diese kaum kontrollierbare Form der Cannabisbeschaffung kritisch, wenngleich es kaum nachweisbar ist, ob über diesen Verschreibungsweg diejenigen Cannabiskonsumierenden, die nicht in Anbauvereine gehen wollen oder keinen Eigenanbau betreiben, den Schwarzmarkt umgehen wollen.

Aber wenn es so wäre, so ist dies ein deutlicher Hinweis darauf, dass konsequenterweise der zweite Schritt der Cannabisregulierung in Deutschland gegangen werden muss, um tatsächlich den Schwarzmarkt zurückzudrängen und den Jugend- und Verbraucherschutz zu stärken.

Lizensierte Fachgeschäfte als wichtige Ergänzung

Der Paradigmenwechsel durch das Konsumcannabisgesetz und die vorausgehende Debatte um die Cannabislegalisierung hat in der Allgemeinbevölkerung, aber auch in Fachkreisen (Ärzteschaft, Apotheker:innen, Polizei) vielfache Ängste und Befürchtungen ausgelöst: Die Zahl der Cannabiskonsumierenden könne insgesamt steigen, v. a. unter Jugendlichen, ebenso die Zahl der Beratungs- und Behandlungssuchenden, die Wirkung der Droge werde verharmlost etc. Das Bundesgesundheitsministerium hatte bereits im Sommer 2022 viele dieser Ängste aufgegriffen und in Fachdebatten versucht, Antworten zu finden. Allerdings ließ man die Allgemeinbevölkerung in einem Gewirr von Behauptungen, Zahlen und Argumenten allein und desorientiert zurück.

Angesichts europarechtlicher Bedenken gegenüber der ursprünglich intendierten legalen Abgabe von Cannabis in lizenzierten Fachgeschäften ist ein Zwei-Säulen-Modell entstanden. Die damaligen Koalitionsfraktionen hatten sich Ende November 2023 auf eine abschließende Fassung des Gesetzes über die Legalisierung von Cannabis verständigt. Das Gesetz ist am 01.04.2024 in Kraft getreten.

Seit dem 01.07.2024 können Anbauvereinigungen gegründet werden (Säule 1). Zum Schutz von Konsument:innen soll die Qualität von Cannabis kontrolliert und die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert werden. Der Besitz von bis zu 50 Gramm aus dem privaten Eigenanbau durch Erwachsene sowie der gemeinschaftliche, nichtgewerbliche Eigenanbau in Anbauvereinigungen („Cannabis Social Clubs“) ist damit erlaubt. Die Strafbarkeit des Umgangs mit Cannabis soll im privaten Raum generell erst ab 60 Gramm greifen. Im öffentlichen Raum, wo Erwachsene bis zu 25 Gramm Cannabis bei sich haben dürfen, beginnt die Strafbarkeit bei 30 Gramm. Der

Besitz von Cannabis zwischen 50 und 60 Gramm im privaten Raum und zwischen 25 und 30 Gramm im öffentlichen Raum gilt als Ordnungswidrigkeit.

Im Juli 2025 gab es etwa 220 Cannabisanbauvereine in Deutschland mit großem regionalen Gefälle (bei etwa 700 Anträgen; weit weniger als ursprünglich angenommen). Wie viele Menschen Cannabispflanzen im Eigenanbau heranzüchten, ist nicht bekannt - es dürften einige Hunderttausend sein.

Interessant sind hier die aktuellen Ergebnisse einer Studie der Hochschule Geisenheim[1] zum Eigenanbau von Cannabis:

- Knapp die Hälfte der Befragten findet die Legalisierung des privaten Anbaus akzeptabel.

Etwa ein Drittel findet die Legalisierung inakzeptabel.

- Die Zustimmungswerte sind vergleichbar mit früheren Umfragen, in denen wurde allerdings häufig nicht zwischen der Legalisierung des Konsums und des Anbaus unterschieden.
- Gruppenvergleiche zeigen, dass Personen, die selbst Cannabis anbauen und/oder konsumieren, die Legalisierung eher akzeptieren.
- 10,6% der Befragten haben schon einmal Cannabis zu Hause angebaut. Zum Vergleich: Eine Umfrage von t-Online hatte kurz vor der Legalisierung ergeben, dass 11% selbst anbauen wollen (t-Online, 2024).
- Weitere 11,1% können sich den Eigenanbau grundsätzlich auch vorstellen.

Welche Effekte hat der Eigenanbau auf Abbau von Kriminalität?

- Ca. 46% der Befragten gehen davon aus, dass durch die Legalisierung des privaten Anbaus die illegalen Aktivitäten innerhalb Deutschlands zurückgehen.
- Ca. 43% der Befragten gehen davon aus, dass durch die Legalisierung des privaten Anbaus die illegalen Aktivitäten außerhalb Deutschlands zurückgehen.
- Personen, die selbst angebaut und/oder konsumiert haben, gehen jeweils signifikant häufiger von einem Rückgang der Kriminalität aus als Personen, die dies nicht getan haben.

Im Jahr 2023 war Cannabis mit insgesamt 207.563 Delikten die psychoaktive Substanz mit dem mit Abstand höchsten Anteil an den Drogendelikten in der deutschen Kriminalstatistik (BKA, 2025) – überwiegend waren dies sog. Konsumnahe Delikte (im wesentlich zum Eigenbedarf und überwiegend weit unter den seit dem 1.4.2024 legalisierten Mengen).

Der ursprüngliche Plan, Cannabis auch in lizenzierten Fachgeschäften zum Verkauf an Erwachsene anzubieten (Säule 2), wurde zunächst nicht umgesetzt.

Die begleitende wissenschaftliche Evaluation des Konsumcannabisgesetzes durch das „Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung“ (ZIS) an der Universität Hamburg begann im Januar 2025 und soll bis April 2028 beendet werden. Das Forschungs-

1 Dr. Mira Lehberger, Prof. Dr. Kai Sparke: Die eigene Ernte – privater Anbau von Cannabis. Studie der Hochschule Geisenheim 2025

projekt untersucht die Auswirkungen auf drei Zielbereiche: 1. den Kinder- und Jugendschutz, 2. den allgemeinen Gesundheitsschutz und 3. die cannabisbezogene Kriminalität. Die Evaluation erfolgt in vier Arbeitspaketen (AP). In AP1 werden unterschiedliche Sekundärdaten zusammengeführt, wobei zwischen Befragungs- (z.B. Epidemiologischer Suchtsurvey) und Routinedaten (z.B. Krankenhausstatistik) unterschieden werden kann. In AP2 werden durch qualitative Interviews und quantitative Befragungen sowie durch ein Marktmonitoring verschiedene Primärdaten erhoben. In AP3 werden die Daten aus AP1 und AP2 hinsichtlich definierter Teilziele ausgewertet. Zur Prüfung der oben genannten Fragestellungen werden Indikatoren wie z.B. Konsumprävalenz, THC-Gehalt oder Bezugsquellen herangezogen. AP4 umfasst eine Synthese aller zur Verfügung stehenden Ergebnisse." (website des ZIS vom Juni 2025).

Ob und wie es weitergeht mit der Cannabis-Teillegalisierung und der Evaluation ist aber noch unklar, denn die neue Bundesregierung – eine Koalitionsregierung aus CDU/CSU – die ursprünglich das Gesetz revidieren wollten – und SPD – die es eingebracht und mit verabschiedet hat, hat in ihrem Koalitionsvertrag vom 5. Mai 2025 folgendes festgelegt: „Im Herbst 2025 führen wir eine ergebnisoffene Evaluierung des Gesetzes zur Legalisierung von Cannabis durch." (Michels, 2025)

Dass das verabschiedete Konsumcannabisgesetz weit hinter der ursprünglichen Zielsetzung des Koalitionsvertrages zurückbleibt, sollte uns veranlassen weiterzudenken und einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen für einen regulierten, staatlich kontrollierten Markt (Säule 2), der unter Gesichtspunkten des Jugend- und Verbraucherschutzes organisiert wird.

Da durch den Bruch der Ampelkoalition im November 2024 die Weiterentwicklung und mögliche Änderungen des Gesetzes „verschoben" worden sind, hatten mehr als 20 Großstädte – wie u.a. Frankfurt, Hannover, Hamburg, Bremen, München, Berlin - ab Oktober 2024 damit begonnen, Modellprojekte zu beantragen, um zu erproben, wie in dafür lizensierten Fachgeschäften der legale Verkauf von Cannabis (hauptsächlich an Gelegenheitskonsumierende) organisiert werden kann unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Jugend- und Verbraucherschutz und Schadensminimierung. Die Rechtsgrundlage dafür ist die im Gesetz festgelegte „Wissenschaftsklausel": § 2 (4) KCanG: *„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 und die für die Überwachung sowie für die Durchführung der in den Sätzen 3 bis 5 genannten Regelungen zuständige Bundesbehörde fest."*

Fazit

In Fachkreisen herrscht in großen Teilen Einigkeit darüber, dass die seit Jahrzehnten praktizierte Prohibition mit ihrem strafrechtlichen Kontrollregime nicht nur die eigenen Ziele (Schutz der Volksgesundheit und eine generalpräventive Wirkung) verfehlt hat, sondern dass sich – ganz im Gegenteil – die gesundheitliche und soziale Lage von Menschen, die psychotrope Substanzen (neben Cannabis auch Heroin, Kokain/Crack, Methylamphetamin etc.) konsumieren, durch Strafbarkeit und einen unkontrollierten illegalen Markt deutlich verschlechtert hat. Daher ist aus gesundheitspolitischen, kriminalpolitischen, rechtsstaatlichen und nicht zuletzt aus verfassungsrechtlichen Gründen der o.g. Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik dringend geboten. Mit der Straffreiheit des Erwerbs und Besitzes von Cannabis für den Eigenbedarf sowie mit der Zulassung von Anbauvereinigungen hat der Gesetzgeber in einem ersten Schritt endlich die Konsequenzen daraus gezogen, dass das Drogenstrafrecht mehr Schaden als Nutzen gebracht hat.

Die Anträge auf den wissenschaftlich begleiteten Betrieb von lizensierten Fachgeschäften zur kontrollierten Cannabisabgabe werden vom Bundesamt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) in Bonn geprüft und sind noch nicht endgültig beschieden. An den Ergebnissen wird die Glaubwürdigkeit der Drogenpolitik der Regierungskoalition zu messen sein.

Literatur

Akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.) (2022) 10. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Lengerich: Pabst Science Publishers. https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2023/11/ADSB10in2023.pdf (letzter Zugriff: 07.08.2024)

Barop, H. (2023) Der große Rausch. Warum Drogen kriminalisiert werden. Eine globale Geschichte vom 19. Jahrhundert bis heute. München: Siedler Verlag

Bundeskriminalamt (BKA). Bundeslagebilder Rauschgiftlkriminalität. Wiesbaden 2025

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2002) Prosecution of drug users in Europe – Varying pathways to similar objectives, Insight Series, Number 5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2023) European Drug Report 2023: Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en (letzter Zugriff: 07.08.2024)

FES (Friedrich-Eberth-Stiftung) (2015) Von Repression zu Regulierung. Eckpunkte einer sozialdemokratischen Drogenpolitik. Positionspapier des Arbeitskreises Drogenpolitik. Koordinator: Burkhard Blienert, MdB. https://library.fes.de/pdf-files/iez/11582.pdf (letzter Zugriff: 07.08.2024)

International Drug Policy Consortium: German cannabis legalisation explained. In IDPC News 10 March, 2024

Michels I I, Stöver H (2024): Chronologie der jüngeren Entwicklung in der Cannabisregulierung. In: KONTUREN 28. Juni 2024

Chronologie der jüngeren Entwicklung in der Cannabisregulierung – KONTUREN

Michels I I, Stöver, H (2024): Cannabis-Legalisierung und ihre Bedeutung für die Kommunen Alles easy? In: Alternative Kommunalpolitik AKP 1 2024

Michels I I, Stöver, H (Gastherausgeber) (2019): Cannabis als Medizin. In: rausch Wiener Zeitschrift für Suchttherapie. 8. Jahrgang · Heft 3-2019

Stöver, H , Michels I I (Hrg) (2022) : Cannabis-Legalisierung. In: Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 2022-3_2022-4 ISSN (Print) 2190-443X ISSN (Online) 2190-443X:

t-online: Umfrage: So viele Menschen sind für Cannabis-Legalisierung. Von dpa. Aktualisiert am 19.10.2021

Das Cannabisgesetz – Eine drogenpolitische Erfolgsgeschichte? Ergebnisse einer Onlinebefragung von aktuell Konsumierenden

Larissa Steimle, Bernd Werse & Anke Stallwitz

Zusammenfassung

Mit dem Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) am 1. April 2024 hat sich die Rechtslage rund um Besitz, Konsum und Bezugswege von Cannabis in Deutschland grundlegend verändert. Der folgende Beitrag analysiert erste empirische Erkenntnisse zu den Auswirkungen des Gesetzes auf Konsummuster und Beschaffungswege und leitet daraus Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der drogenpolitischen Maßnahmen ab.

Einleitung

Das Cannabisgesetz (CanG) markiert einen historischen Wendepunkt in der deutschen Drogenpolitik. Seit dem 1. April 2024 ist es Erwachsenen gestattet, bis zu drei Cannabispflanzen pro Person selbst anzubauen (§ 9 CanG) oder sich gemeinschaftlich in sogenannten Anbauvereinigungen zu organisieren. Auch der medizinische Zugang wurde vereinfacht: Durch Änderungen am MedCanG ist medizinisches Cannabis nun über eine reguläre ärztliche Verschreibung erhältlich (§ 3 MedCanG), anstelle einer Verschreibung nach dem Betäubungsmittelgesetz. Damit gehört Deutschland nun zu jenen wenigen Ländern, die in den vergangenen Jahren legale Zugangswege für nichtmedizinisches Cannabis geschaffen haben – wie etwa Kanada oder Uruguay.

Mit dem Gesetz verfolgt die Bundesregierung mehrere Ziele: den Gesundheitsschutz stärken, den illegalen Markt zurückdrängen und insbesondere Jugendliche besser vor Cannabiskonsum schützen (Bundesministerium für Gesundheit 2025a). Dazu, inwiefern diese Ziele erreicht wurden, liegen bislang sehr wenige Erkenntnisse vor. Der vorliegende Beitrag präsentiert Ergebnisse einer aktuellen Online-Befragung und gibt Aufschluss über erste Auswirkungen auf Cannabis-Konsumierende, insbesondere was die Bezugsquellen betrifft.

Einige Ergebnisse der Online-Befragung zum CanG

Die hier präsentierten Daten entstammen einer im Frühjahr 2025 (24.03.-10.06.) durchgeführten, nicht-repräsentativen Online-Befragung. Zielgruppe waren Personen ab 14 Jahren, die seit dem 01.04.2024 mindestens einmal Cannabis konsumiert haben (Steimle et al. 2025). Insgesamt wurden mit 11.471 eine hohe Anzahl von Personen erreicht, von denen 86% männlich und 13% weiblich sind; 0,7% ordnen sich der Kategorie divers zu. Die Stichprobe ist jünger, gebildeter und weniger migrantisch und zudem öfter aus westdeutschen Bundesländern (insbesondere Bayern) als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Mit 96 Personen (0,8%) wurden nur wenige Minderjährige (14- bis 17-Jährige) erreicht.

Konsummuster

39% aus der Stichprobe konsumieren täglich Cannabis, 29% mehrmals pro Woche, 13% etwa einmal pro Woche, 12% mindestens einmal im Monat und 7% seltener. Dementsprechend wurde schwerpunktmäßig eine ausgesprochen cannabisaffine Stichprobe erreicht und somit die Gruppe, die für einen erheblichen Teil des Verbrauchs psychoaktiver Hanfprodukte in Deutschland verantwortlich sein dürfte (van Laar et al. 2013), weshalb insbesondere die Angaben über Änderungen der Beschaffungsquellen gute Aussagen über die gesamte Marktentwicklung zulassen.

Die häufigste Konsumform unter den Befragten bleibt mit 40% der Joint mit Tabak, aber auch Vaporizer erreichen mit 38% einen hohen Anteil an Nutzer*innen. Während Männer, diverse Personen und Erwachsene insgesamt häufiger schadensminimierende Konsumformen wie Vaporizer nutzen, konsumieren insbesondere Jugendliche und Frauen Cannabis häufiger in Form von Joints.

Bezugswege

Die Auswirkungen des CanG auf die Bezugswege unter Erwachsenen fallen sehr deutlich aus: 88% haben zum Zeitpunkt der Erhebung auf legal produziertes Cannabis (aus Eigenanbau, Apotheken oder Anbauvereinen) zurückgegriffen, während vor der Gesetzesänderung nur 24% der Konsumierenden derartige Quellen nutzten. Vor allem die Anteile von Eigenanbau und Apotheken als Quelle sind seit der Einführung des Cannabisgesetzes stark gestiegen: fast 80% der Befragten (Eigenanbau: 49%, Apotheken: 29%) geben eine dieser beiden Kategorien als hauptsächliche Bezugsquelle an. 94% derjenigen, die ihr Cannabis aus der Apotheke beziehen, haben kein Rezept mit Kassenerstattung. Der Kauf über Dealer:innen ist hingegen stark zurückgegangen. Am ehesten noch greifen junge Erwachsene auf illegale Quellen zurück, wohingegen die älteren Personen in noch stärkerem Maße auf legale Bezugswege umgestiegen sind. Auch Gelegenheitskonsumierende greifen noch eher auf illegale Quellen zurück, während täglich Konsumierende eher eindeutig legale Quellen nutzen. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sich gelegentlich Konsumierende (vermutlich oft unentgeltlich) deutlich häufiger über Freund*innen/Bekannte versorgen.

Die Beteiligung an Anbauvereinigungen war zum Zeitpunkt der Erhebung noch gering. Zwar gaben immerhin 9% eine Mitgliedschaft an; jedoch gaben viele Vereinigungen noch kein Cannabis an ihre Mitglieder:innen ab; lediglich 2% nannten Anbauvereine als Hauptquelle. Unterdessen ist die Anzahl der genehmigten Vereine aber weiterhin gestiegen, weshalb sich deren (potenzieller) Einfluss auf den Markt daher derzeit nur schwer einschätzen lässt.

In der kleinen Teilstichprobe der Jugendlichen zeigten sich kaum Veränderungen im Hinblick auf die Bezugswege seit der Cannabislegalisierung.

Veränderungen cannabisbezogener Wahrnehmung/Empfindungen

77% der Befragten stimmen der Aussage zu, durch das Gesetz keine Angst mehr vor Strafverfolgung zu haben; darüber hinaus fühlt sich auch jeweils eine Mehrheit weniger beobachtet beim Konsum sowie allgemein akzeptierter als Person, die Cannabis konsumiert. Gleichzeitig ist die Bereitschaft gestiegen, bei Problemen mit dem Konsum Hilfe in Anspruch zu nehmen: 69% der Befragten geben an, weniger Hemmungen zu haben, sich Hilfe zu suchen, falls ihnen ihr Konsum Probleme bereiten würde. Dies deutet auch drauf hin, dass insbesondere Intensivkonsument:innen nun besser erreicht werden können – ein Trend, der durch gezielte Angebote gestützt werden sollte.

Bewertung des Cannabisgesetzes

Diese Daten lassen eine erste, vorsichtig positive Bilanz des Cannabisgesetzes zu – zumindest mit Blick auf regelmäßig konsumierende Erwachsene: Insbesondere der enorme Anstieg des Eigenanbaus als Bezugsquelle, daneben auch der Bezug aus Apotheken war mit Blick auf Erfahrungen aus anderen Ländern nicht unbedingt zu erwarten. So zeigte sich beispielsweise in Kanada, dass, obwohl dort von Beginn der Legalisierung 2018 an Fachgeschäfte für Cannabisprodukte existierten, der Anteil der Konsumierenden, die sich legal versorgten, nur allmählich anstieg und Eigenanbau, nur eine geringe Rolle spielt (Government of Canada 2024). Insbesondere der offenbar deutliche Bedeutungsverlust des illegalen Marktes trotz eingeschränkter Möglichkeiten der legalen Versorgung spricht für einen drogenpolitischen Fortschritt. Nicht zu unterschätzen ist auch die wahrgenommene Entkriminalisierung sowie die Wahrnehmung, akzeptierter in der Gesellschaft zu sein, die für viele Konsumierende für eine erhebliche Entlastung der psychischen Gesundheit sorgen dürfte. Insbesondere aus schadensminimierender Perspektive ist dies als Erfolg zu betrachten. Dennoch bleiben Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf Jugendliche und vulnerable Konsumgruppen.

Handlungsempfehlungen und Änderungsbedarfe

Schadensminimierung verbessern

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Männer konsumieren insgesamt deutlich häufiger regelmäßig Cannabis und tun dies auch tendenziell intensiver, nutzen aber eher schadensmindernde Methoden als Frauen. Diese wiederum (sowie diverse Personen) nutzen eher schädlichere Konsumformen (z. B. Joints mit Tabak) und greifen auch etwas öfter zu synthetischem Cannabis. Hier sind gezielte Aufklärungsangebote wünschenswert, die sich speziell an diese Gruppen richten und niedrigschwellig über risikoärmere Konsumformen informieren. Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass Cannabis in allen Gruppen mehrheitlich zusammen mit Tabak konsumiert wird, was sich bereits in anderen Erhebungen vor dem Cannabisgesetz gezeigt hatte (Hoch et al. 2025). Daher sind Botschaften zur Schadensminderung grundsätzlich für alle Cannabisgebraucher:innen sinnvoll.

Weiterhin fällt auf, dass vor allem Männer Eigenanbau betreiben und auch häufiger ihr Cannabis aus Apotheken beziehen. Bereits in früheren Studien hatte sich gezeigt, dass konsumierende Frauen seltener aktiv in die Beschaffung der Cannabisprodukte involviert sind (Werse/Bernard 2016), was sich auch in der Verteilung der Quellen in der vorliegenden Studie bestätigt, da sie zu einem höheren Anteil ihr Cannabis von Freund:innen oder Bekannten beziehen – nach aktueller Rechtslage bewegen sie sich damit weiterhin in der Illegalität. Auch hier besteht die Möglichkeit, Frauen gezielter zu adressieren, wobei es mehr Forschung braucht, um festzustellen, welche legalen Bezugswege den Bedürfnissen von Frauen eher entsprechen. Zu vermuten ist dabei, dass ein legaler Verkauf über Cannabisgeschäfte insbesondere bei weiblichen Konsumentinnen eine Lücke füllen könnte.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob und in welcher Form die jüngst von der Bundesministerin für Gesundheit anberaumte Änderung des MedCanG (Bundesministerium für Gesundheit 2025b), die den Bezug von medizinischem Cannabis wieder erschweren würde, in Kraft treten wird. Falls der Apothekenbezug tatsächlich wieder deutlich erschwert werden sollte, ist – gerade angesichts der noch unzureichenden Versorgung mit Anbauvereinen – anzunehmen, dass ein großer Teil derer, die aktuell ihr Cannabis aus Apotheken beziehen, zukünftig wieder zurück auf den illegalen Markt wechseln, was aus der Perspektive der Schadensminderung ein klarer Rückschritt wäre.

Während es Anzeichen dafür gibt, dass Cannabis bereits seit einiger Zeit unter Jugendlichen unpopulärer wird (Frankfurt UAS 2025), zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass vor allem unter Jugendlichen Cannabis mehrheitlich als Joint konsumiert wird und auch synthetische Cannabinoide vergleichsweise stark verbreitet sind. Daher sollte auch in dieser Gruppe verstärkt für schadensminimierende Optionen geworben werden.

Hilfsangebote stärken und entstigmatisieren

Die erhöhte Bereitschaft, sich bei Problemen Hilfe zu holen, sollte von der Suchthilfe genutzt werden. Bislang wurde der seit der Jahrtausendwende zu beobachtende Trend eines höheren Anteils an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen (Verdreifachung im ambulanten Bereich, Versiebenfachung im stationären Bereich; Hoch et al. 2025) lediglich als Anzeichen für wachsende Probleme mit Cannabis betrachtet. Tatsächlich ist zwar der Cannabiskonsum insgesamt in den letzten drei Jahrzehnten angestiegen (Hoch et al. 2025), aber es wurden in dieser Zeit auch deutlich mehr Angebote für Menschen mit Cannabisprobleme geschaffen, womit zumindest ein Teil des Anstiegs zu erklären ist. Dennoch ist davon auszugehen, dass weiterhin viele problematische Konsummuster unbearbeitet bleiben. Hier bietet die gesunkene Hemmschwelle, sich Hilfe zu suchen, eine Chance für spezialisierte, gut erreichbare Angebote für Cannabiskonsument:innen, welche die neue Rechtslage berücksichtigen und sich an der Lebensrealität der Betroffenen orientieren.

Auch wenn das Cannabisgesetz offenbar jetzt schon zu einer Entstigmatisierung von Cannabisgebraucher:innen beiträgt, sollten Bemühungen, das bestehende Stigma zu reduzieren, weiterhin verfolgt werden. Aufgrund des starken Anstieges an Personen, die Cannabis aus Apotheken beziehen, besteht die Gefahr, dass Menschen, die Cannabis aus medizinischen Gründen gebrauchen, zukünftig noch mehr stigmatisiert werden, wobei diese Gruppe auch vor dem Cannabisgesetz schon von weitreichenden Vorurteilen betroffen war (Borojevic/Söhner 2025).

Weitere Möglichkeiten zur legalen Versorgung schaffen

Auch wenn ihr aktueller Marktanteil gering ist, können Anbauvereinigungen langfristig eine tragende Rolle im legalen Cannabisvertrieb übernehmen. Um dies zu unterstützen, sollten bürokratische Hürden abgebaut und klare rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die hohe Anzahl an Personen, die aktuell Cannabis aus der Apotheke beziehen, könnte darauf hindeuten, dass der Bedarf danach besteht, „sauberes“ Cannabis aus offiziellen Quellen zu bekommen, die nicht aus Eigenanbau bestehen. Daher sollte auch das ursprünglich von der letzten Bundesregierung verfolgte Ziel, Fachgeschäfte für Cannabis zum Freizeitkonsum zu schaffen, weiterverfolgt werden, etwa durch die Ermöglichung von entsprechenden Modellprojekten.

Fazit

Ein Jahr nach Inkrafttreten des CanG zeigen sich erste positive Entwicklungen: Erste Daten lassen darauf schließen, dass der illegale Markt stärker zurückgedrängt worden ist, als erwartet werden konnte: Insbesondere häufig Konsumierende versorgen sich bereits jetzt mehrheitlich mittels legal hergestellten Cannabisprodukten. Zudem äußert sich die Mehrheit der Konsumierenden dahingehend, dass sie sich weniger stigmatisiert fühlen. Gleichzeitig offenbaren die Daten deutliche geschlechts- und altersbezogene Unterschiede, die in zukünftigen drogenpolitischen Maßnahmen stärker

berücksichtigt werden müssen. Damit das Cannabisgesetz langfristig als Erfolg gelten kann, bedarf es gezielter Nachjustierungen.

Literatur

Borojevic, V./Söhner, F. (2025): Detecting and understanding potential stigma among medical cannabis users in Germany, in: BMC Public Health 25: 874. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22084-w

Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz, online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz.html; letzter Zugriff: 27.06.25.

Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Referentenentwurf, online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/RefE_AEndG_MedCanG.pdf; letzter Zugriff: 08.08.2025.

Frankfurt UAS (2025): Jugendliche konsumieren immer weniger Cannabis. Pressemitteilung (mit Stadt Frankfurt a.M.), online verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/de/news/n-frankfurt-uas-aktuelles/jugendliche-konsumieren-immer-weniger-cannabis/; letzter Zugriff: 21.08.2025.

Government of Canada (2024): Canadian Cannabis Survey 2024: Summary, online verfügbar unter: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2024-summary.html#a2.3; letzter Zugriff: 08.07.2025.

Hoch, E./Bergmann, H./de Matos, E.G./Möckl, J./Murawski, M./Schneider, F./Schwarzkopf, L./Olderbak, S. (2025): Cannabis – Zahlen und Fakten, in: Deutsche

Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025, Lengerich, Pabst Science Publishers, 115–136.

van Laar, M./Friins, T./Trautmann, F./Lombi, L. (2013): Sizing the cannabis market: a demand-side and user-specific approach in seven European countries. Current drug abuse reviews 6, 152–164. https://doi.org/10.2174/1874473706666131205152835

Steimle, L./Werse, B./Stallwitz, A. (2025): Projektbericht. Veränderungen für Konsumierende von Cannabis durch das Cannabisgesetz, online verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/ISFF/KonCanG_Projektbericht.pdf; letzter Zugriff: 12.09.2025.

Werse, B./Bernard, C. (2016): "The distribution of illicit drugs" (TDID) – general results. Quantitative findings from a study on socially inconspicuous drug users and dealers in Germany, in: Werse, B./Bernard, C. (Hrsg.): Friendly Business, Springer, Wiesbaden, 71–91.

Werse, B./Müller, D./Martens, J./Friedrichs, D. (2024): MoSyD Jahresbericht 2024. Drogentrends in Frankfurt am Main, online verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/ISFF/MoSyD_Szenebefragung_24.pdf; letzter Zugriff: 12.09.2025.

4 Opioide

Neue rechtliche Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Thomas Peschel, Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Der nachfolgende Beitrag erläutert die Grundlagen der diamorphingestützten Behandlung und gibt einen Überblick über die wichtigsten gesetzlichen Änderungen. Abschließend blicken die beiden Autor:innen aus unterschiedlichen Blickwinkeln auf Detailfragen und geben eine Einschätzung zur Zukunft dieser Behandlungsform ab.

Mit diesem Beitrag wollen wir über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung informieren und aus unterschiedlichen Perspektiven die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen in den Blick nehmen.

Mit Dr. Thomas Peschel Psychiater und Leiter der PATRIDA Diamorphin-Ambulanz in Berlin und Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug der Deutschen Aidshilfe und Patient:innenvertreter zum Thema Substitution im gemeinsamen Bundesauschuss (G-BA) nehmen zwei Experten die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung unter die Lupe.

Was versteht man unter der „diamorphingestützten Substitutionsbehandlung?

Vor rund 15 Jahren wurde eine zusätzliche Option zur Behandlung Opioidabhängiger in der Regelversorgung geschaffen: Nach langwierigen Diskussion darüber, ob man „Heroin auf Rezept“ verantworten könne, trat im Juli 2009 das Gesetz zur diamorphingestützten Behandlung in Kraft. Diamorphin wurde dafür als verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel eingestuft.

Diamorphin ist ein starkes Opioid, das in der Medizin manchmal zur Schmerzbehandlung eingesetzt wird, aber auch zur Behandlung des illegalen Drogenkonsums bekannt ist. In der Behandlung wird es jedoch in kontrollierten Dosen verwendet. Die diamorphingestützte Behandlung soll Menschen mit einer Heroinabhängigkeit helfen, ihre Abhängigkeit zu kontrollieren, den Konsum zu stabilisieren und gesundheitliche sowie soziale Probleme zu verringern. Patienten erhalten regelmäßig medizinisch kontrollierte Dosen Diamorphin in einer spezialisierten Einrichtung, Dadurch wird der illegale Drogenkonsum reduziert oder vermieden. Im Rahmen der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung werden neben dem Medikament Diacetylmorphin in den meisten Fällen auch andere Medikamente wie z.B. Levomethadon oder retardiertes Morphin eingesetzt. Diese Behandlung kann dazu beitragen, das Risiko von

Infektionen, Überdosierungen und anderen gesundheitlichen Problemen zu senken. Außerdem erleichtert sie den Zugang zu weiteren Hilfeangeboten und unterstützt die soziale Reintegration.

Die neuen Rahmenbedingungen der diamorphingestützten Behandlung

Die Legislaturperiode der „Ampelkoalition“ war bereits weit fortgeschritten, als nicht zuletzt aufgrund der Forderungen verschiedener Fachverbände im Jahr 2024 eine Diskussion um veränderte Rahmenbedingungen aufkam. Hintergrund war, dass nunmehr über mehr als 10 Jahre klare Ergebnisse dieser Behandlungsform vorlagen und das die Zugangsvoraussetzungen sich immer mehr auch zu einer Hürde für die Behandlung entwickelten.

Zum Beginn des Jahres 2025 wurden vom Bundesrat veränderte Richtlinien für die Behandlung verabschiedet. In der nachfolgenden Tabelle werden zur besseren Übersichtlichkeit die bisherigen und die neuen Richtlinien gegenübergestellt.

Richtlinien ALT	**Richtlinien NEU**
Die diamorphingestützte Behandlung war zulässig, wenn die Opioidabhängigkeit des Patienten seit mindestens fünf Jahren besteht	Die diamorphin-gestützte Behandlung ist zulässig, wenn die Opioidabhängigkeit des Patienten seit mindestens zwei Jahren besteht
der Patient das 23. Lebensjahr vollendet hat.	der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat[1]
verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum vorliegt,	der Patient erhebliche Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweist, die jeweils auf den Konsum illegal beschaffter Opioide zurückzuführen sind
ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opioidabhängigkeit vorliegt, von denen mindestens eine sechsmonatige Behandlung nach § 5 sein muss	ein Nachweis über die Behandlung der Opioidabhängigkeit nach § 5 vorliegt, die mindestens sechs Monate durchgeführt wurde
In den ersten sechs Monaten der Behandlung müssen Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden	im Verlauf der ersten sechs Monate der Behandlung müssen zeitnah Maßnahmen der psychosozialen Betreuung begonnen werden
Vorwiegend intravenöser Konsum	----------[2]

1 Einem Patienten, der das 18. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 23. Lebensjahr vollendet hat, dürfen zur Behandlung einer schweren Opioidabhängigkeit zugelassene Arzneimittel mit dem Stoff Diamorphin oder dessen Zubereitungen nur verschrieben werden, wenn neben dem substituierenden Arzt ein weiterer suchtmedizinisch qualifizierter Arzt, der nicht derselben Einrichtung angehört, das Vorliegen der genannten Voraussetzungen bestätigt hat.“

2 Diese Voraussetzung wurde ersatzlos gestrichen

Wie ist die Überarbeitung und Neufassung der Rahmenbedingungen der diamorphingestützten Behandlung grundsätzlich zu beurteilen?

Thomas Peschel:

Die Anpassung der Rahmenbedingungen stellt einen wichtigen Fortschritt dar. Die Verkürzung der erforderlichen Abhängigkeitsdauer von fünf auf zwei Jahre ermöglicht einen früheren Zugang und verhindert zusätzliche gesundheitliche Schädigungen. Die neuen Eingangskriterien, die sich an funktionalen Beeinträchtigungen durch den Drogenkonsum orientieren, schaffen zudem mehr Sicherheit und Klarheit für Behandelnde. Auch die Abkehr von der ausschließlichen Fokussierung auf intravenösen Konsum erweitert die Indikationsstellung und entspricht den aktuellen Konsummustern. Damit können künftig auch Patient:innen mit inhalativem oder nasalem Konsum, die mittlerweile die Mehrheit der Heroinabhängigen ausmachen, erreicht werden.

Problematisch bleibt die Beibehaltung der Nachrangigkeit in Form des verpflichtenden Nachweises einer sechsmonatigen Behandlung mit oralen Substituten. Diese Regelung verstärkt die Stigmatisierung der diamorphingestützten Behandlung als „Endstation". Sie ist wissenschaftlich nicht begründet, sondern historisch-politischen Befürchtungen geschuldet. Die für die Zulassung relevante Studie (Haasen et al. 2007)[3] hat gezeigt, dass gerade Patient:innen, die von der Regelsubstitution nicht erreicht wurden, in besonderem Maße von Diamorphin profitierten.

Dirk Schäffer:

Die Neuregelungen gehen grundsätzlich in die richtige Richtung. Die Novellierung der Rahmenbedingungen der Diamorphinbehandlung war aber auch bereits überfällig, da wir bereits seit mehr als 10 Jahren über Daten und Erfahrungen im Hinblick auf diese Behandlungsform verfügen. Die Veränderungen zeigen allerdings, dass der Gesetzgeber nur das zuläßt, was unbedingt notwendig erscheint. So werden die zum Beginn der Behandlung aufgebauten hohen Zutrittshürden nur in kleinen Schritten rückreguliert. Dies kann weder Patient:innen noch Ärzt;innen zufriedenstellen. In Anbetracht der weiterhin zu geringen Zahl von Opioidkonsument:innen, die sich für die Substitution entscheiden hätte ich mir ein ganz anderes Signal gewünscht. Die bereits in ihrer Struktur sowieso eher hochschwellige Substitutionsbehandlung sowie die oft nicht guten Verhältnisse zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind einige der wesentlichen Faktoren, warum Menschen aus der Substitutionsbehandlung ausscheiden oder sich gar nicht erst für die wichtige und auch erfolgreiche Behandlungsform entscheiden. Es ist an der Zeit die Substitutionsbehandlung auch außerhalb ärztlicher Praxen neu zu denken. Sie sollte vielfältiger und niedrigschwelliger werden um auch jene zu erreichen, die sich bisher nicht angesprochen fühlen.

3 Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D. Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2007 Jul;191:55-62

Wie ist die Veränderung des Einstiegsalters einzuschätzen? Müssen sich Ärzt:innen bevormundet fühlen, da im Alter von 18 Jahre bis 23 Jahre, in Bezug auf den Beginn einer Behandlung, eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden muss?

Thomas Peschel:

Die Absenkung des Mindestalters auf 18 Jahre war ein notwendiger Schritt, da Abhängigkeitserkrankungen häufig bereits im Jugendalter beginnen. Damit wird eine Versorgungslücke geschlossen, die insbesondere früh intravenös konsumierende Patient:innen betraf.

Die Verpflichtung zur Einholung einer Zweitmeinung spiegelt eine paternalistische Grundhaltung wider, die in der Substitutionsmedizin überdurchschnittlich häufig anzutreffen ist. Besonders im Bereich der Heroinabhängigkeit erscheint es auf den ersten Blick kontraintuitiv, dass eine Behandlung mit „Heroin" therapeutisch wirksam ist und nicht lediglich eine Fortsetzung des Konsums auf Krankenkassenkosten darstellt. Die zusätzliche Begutachtung signalisiert daher, dass Patient:innen und Behandler:innen gewissermaßen vor sich selbst geschützt werden müssten – ein Vorbehalt, der vor allem abstinenzorientierten Haltungen entstammt.

Auch wenn diese Regelung in der Praxis selten Probleme verursacht, verdeutlicht sie die Sonderstellung dieser Behandlungsform und trägt zu einem Klima des Vorbehalts bei. Vergleichbares gilt für die weiterhin vorgeschriebene zweijährliche Überprüfung durch eine unabhängige ärztliche Stellungnahme als Voraussetzung für die Fortführung der Behandlung. Aus fachlicher Sicht sollten beide Vorgaben entfallen und die diamorphingestützte Behandlung in diesem Punkt der oralen Substitution gleichgestellt werden, bei der stichprobenartige Überprüfungen durch die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen als ausreichend erachtet werden.

Dirk Schäffer

Man muss sich ganz grundsätzlich wundern, dass der Gesetzgeber die ärztliche Therapiefreiheit qua Gesetz einschränkt. Es stellt sich die Frage, warum die Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit nicht den ärztlichen Kolleg:innen überlassen wird, die den Patienten bzw. die Patientin vor sich sitzen haben und bereits über Erfahrung in der diamorphingestützten Behandlung verfügen. Wer soll das besser beurteilen können als Ärzt:innen vor Ort? Da es in den meisten Städten nur eine entsprechende Ambulanz gibt, müsste eine Beurteilung von einem Mediziner bzw. einer Medizinerin aus einer anderen Stadt stattfinden. Da eine persönliche Vorstellung der Patient:innen wohl ausgeschlossen ist, muss eine solche Zweitmeinung auf Grundlage eines telemedizinischen Konzils bzw. auf Grundlage der schriftlichen Einschätzungen des Behandlers stattfinden. Aus Patient:innensicht ist dies erneut eine Hürde, die nur dazu beitragen kann diese Behandlungsform wenig attraktiv zu machen. Welcher Patient bzw. welche Patientin unter 21 Jahren wird sich in Kenntnis dieser Zugangsvoraussetzungen für diese Behandlung entscheiden bzw. wie viele Patient:innen werden sich eher abgeschreckt als angezogen fühlen?

Bleibt Diamorphin trotz der Veränderungen ein Mittel der zweiten Wahl, da es nur nach einer erfolglosen Substitutionsbehandlung eingesetzt werden darf?

Thomas Peschel

Die geltende Regelung vermittelt den Eindruck, Diamorphin sei lediglich eine letzte Option nach dem Scheitern anderer Verfahren. Dies widerspricht den internationalen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. In der Schweiz wird Diamorphin gleichrangig eingesetzt und erzielt dort stabile Ergebnisse hinsichtlich Sicherheit, Wirksamkeit und sozialer Integration.

In Deutschland hingegen verstärkt die Vorgabe die Wahrnehmung der Diamorphintherapie als „ultima ratio". Dies führt dazu, dass Patient:innen den Zugang verzögern, Ärzt:innen die Indikation zurückhaltend stellen, der Bedarf an diesbezüglichen Behandlungsplätzen systematisch unterschätzt wird und die gesellschaftliche Stigmatisierung bestehen bleibt.

Dirk Schäffer

Genauso muss man es sehen. Diamorphin ist ein Mittel der zweiten Wahl – auch weiterhin. Dies hat meiner Ansicht nach auch mit den Diskussionen um die Einführung dieses Medikaments zu tun. „Heroin vom Staat" oder „Steuerzahler müssen Heroin für Heroinabhängige bezahlen". Solche oder ähnliche Überschriften konnte man zum Zeitpunkt der Einführung dieser Behandlungsform häufiger in der Presse finden. Hiervon ausgehend wurde beschlossen, dass Diamorphin, dass in seiner Wirkung am nächsten an der illegalen Originalsubstanz liegt, nur „schwerstabhängigen Menschen zu verordnen ist, die zuvor von einer anderen Behandlungsform nicht ausreichend profitiert haben. Ich fühlte mich zurückerinnert in die Anfangsjahre der oralen Substitutionsbehandlung, als Patient:innen HIV- infiziert sein mussten um Zugang zur Substitution zu erhalten.

Es kann niemand wirklich erklären, was der medizinisch- fachliche Beweggrund ist, dass es eine gesonderte Regelung für das Medikament Diamorphin geben muss. Was unterscheidet diese Patient:innen von anderen Patient:innen, die Methadon oder Buprenorphin einnehmen? Sind die kränker? Sind die abhängiger? Nein mit Sicherheit nicht. Alle Patient:innen sind in gleicher Weise von Heroin abhängig. Die unterschiedlichen Lebenssituationen sind nicht durch das Maß der Abhängigkeit begründet, sondern eher durch frühzeitigere Hilfen, familiäre Bindungen und berufliche Hintergründe. Auch aus ethischen Gesichtspunkten sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen eher fragwürdig. Warum muss ein Patient zuerst nicht von einer Behandlung profitieren um in den Genuss einer anderen Behandlung zu kommen. Dies dann noch mit den weiterhin geltenden höheren Hürden zu verbinden ist mich ethisch aber auch medizinisch fragwürdig.

Wie sehen Sie die Zukunft der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung? Was sind die nächsten wichtigen Schritte?

Thomas Peschel

Zentral ist die Etablierung von Diamorphin als gleichrangiges Substitutionsmedikament neben anderen Verfahren. Eine Erweiterung der Applikationsformen – beispielsweise in Tablettenform – würde die Versorgung einer breiteren Patient:innengruppe ermöglichen und die Behandlungspraxis flexibilisieren.

Darüber hinaus sollte die Therapie systematisch mit psychosozialen und psychotherapeutischen Angeboten, insbesondere im Bereich von Traumafolgestörungen, verzahnt werden. Perspektivisch ist die diamorphingestützte Behandlung als regulärer Bestandteil einer differenzierten Substitutionslandschaft zu verstehen, deren Einsatz auf Evidenz und nicht auf politische Vorbehalte gestützt sein sollte.

Dirk Schäffer:

Primär muss es darum gehen, die diamorphingestützte Behandlung rechtlich der Substitutionsbehandlung gleichzustellen. Die Erfolge der Diamorphinbehandlung sind im Hinblick auf die Haltequote, die Reduktion des Konsums illegaler Opioide sowie der Verbesserung der gesundheitlichen Situation eindrucksvoll. Das Manko besteht in der kurzen Halbwertzeit des Wirkstoffs Diamorphin. Dieses Defizit ist nicht so einfach zu verändern. Hierdurch nimmt die Einnahme des Medikaments in der ärztlichen Praxis, die in der Regel zweimal täglich stattfindet, einen hohen Stellenwert ein, die die Reintegration in berufliche und soziale Bezüge erschwert aber nicht unmöglich macht.

Dann muss es darum gehen eine alternative Darreichform des Medikaments Diamorphin zu ermöglichen. Viele potentielle Patient:Innen schrecken vor dem invasiven Konsum (intravenös, intramuskulär) zurück, da sie bereits während ihrer Zeit ohne Substitutionsbehandlung nicht intravenös konsumiert haben, sondern ihr Heroin geraucht haben.

Die Veränderungen der Konsumform, die unter anderem in Drogenkonsumräumen eindrucksvoll dokumentiert werden kann, zeigen wie dringend z.B. eine Diamorphintablette sein kann. Hierdurch würde invasive Konsum entfallen.

Sollte es gelingen Diamorphin in Tablettenform zuzulassen, dann könnte man ganz andere Prozesse der Normalisierung dieser Behandlungsform in den Blick nehmen. Die Frage wäre z.B. ob nicht die Diamorphintablette in jeder Substitutionspraxis verabreicht werden kann und die kostenintensiven Diamorphinambulanzen nur noch jene Patient:innen behandeln müssten, die ihr Medikament invasiv konsumieren wollen. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass ein großer Teil der Patient:innen die Tablettenform bevorzugen. Ein weiteres Defizit der Diamorphinbehandlung ist die fehlende Take Home Möglichkeit, also dass das Medikament auch eigenverantwortlich eingenommen werden kann. Auch Urlaube bzw. Abwesenheit vom Heimatort für Reisen würden möglich werden.

Übereinstimmend sehen die Autoren dieses Beitrags die rechtliche Gleichstellung der diamorphingestützten Behandlung zur Substitution mit den bekannten Wirkstoffen als dringend erforderlich an. Daher sollte die Einführung von Diamorphin in Form einer Tablette der nächste anzustrebende Schritt sein.

Substitution – niedrigschwellige Zugänge implementieren und integrierte Versorgungs- und Krisenzentren für Opioidgebraucher:innen aufbauen

Maurice Cabanis & Nina Pritszens

Einleitung

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland steigt seit Jahren dramatisch. Laut Bundeskriminalamt (BKA) starben 2024 bundesweit 2.137 Menschen infolge ihres Drogenkonsums – doppelt so viele wie noch vor zehn Jahren. (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen Pressemitteilung 2025) Die Hauptursache: Überdosierungen mit Opioiden, gleichwohl ist auch ein Anstieg der Todesfälle mit Bezug auf Kokain zu verzeichnen. Spätestens mit der Veröffentlichung der SO-PREP-Studie zur Vermeidung von drogenbedingten Todesfällen durch synthetische Opioide (Abel-Ollo et al.) im Jahr 2022 liegen die zu ergreifenden Maßnahmen vor, um vulnerable Gruppen zu schützen. Im Rahmen der ‚Zukunftsinitiative Substitution' wurden die Maßnahmen ergänzt und mit dem Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen und den gesundheitspolitischen Sprecher:innen der Bundestagsfraktionen diskutiert.

Opioidsubstitutionstherapie ist eine der entscheidenden Maßnahmen zur Reduktion von Sterblichkeit sowie zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustands und der sozialen Teilhabe. Die fachpolitische Diskussion beschränkte sich jedoch lange auf die Frage, ob sich synthetische Opioide auch in Deutschland verbreiten würden und weniger auf die Maßnahmen zur grundsätzlichen Verbesserung der Versorgung. Die von der Deutschen Aidshilfe (DAH) durchgeführte RAFT-Studie offenbarte, dass synthetische Opioide regional vorkommen. (Sachbericht RAFT 2023)

Seit Januar 2025 häufen sich die Berichte, dass synthetische Opioide, insbesondere Nitazene, nun auch in deutschen Städten wie z. B. Bremen und Frankfurt a.M. vorkommen und auch für Drogennotfälle ursächlich sind. (Frankfurter Rundschau; Gesundheitsamt Bremen)

Beim Berliner Drugchecking Projekt wurde eine gefälschte Oxycodon-Tablette abgegeben, welche Nitazene enthielt. (Pressemitteilung DAH 2025)

Eine zunehmende Opioidkrise könnte die Gesundheits- und Sozialsysteme stark belasten. Durch frühzeitige Vorbereitung in Suchtmedizin und Drogenarbeit lassen sich Kapazitäten schaffen, Risiken abschwächen und schwerwiegende Folgeerkrankungen und drogenbedingte Todesfälle reduzieren. (European Drug Report 2024)

Die Substitution ist ein Grundpfeiler der Versorgung von Menschen mit Opioidabhängigkeit und kann durch wenige Reformen und Strukturveränderungen wesentlich zur Verhinderung von drogenbedingten Todesfällen beitragen. Eine breit aufgestellte Opioidsubstitutionstherapie (OST) stabilisiert Betroffene, senkt Mortalität, reduziert Kriminalisierung und erleichtert den Zugang zu weiteren Gesundheits- und Sozialleistungen.

In der Bundesrepublik wiesen 2016 166.294 Menschen eine Opioidgebrauchsstörung auf. (Kraus 2018) Die Zahl der Menschen, die Zugang zur Behandlung OST haben, stagniert seit 2020 mit nur 81.600 Menschen mit Opioidgebrauchsstörung. Dies entspricht 48% der Menschen, die einen Behandlungsbedarf haben. Somit bleibt über die Hälfte dieser hoch vulnerablen Zielgruppe unversorgt, oft mit gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Fachkräftemangel, breite Versorgungslücken und unattraktive Behandlungsangebote. Darüber hinaus erfolgt die Finanzierung der OST nahezu ausschließlich durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Rahmen des SGB V und steht somit ausschließlich Menschen mit aktuellem Krankenversicherungsschutz zur Verfügung.

Mit Blick auf den Anstieg drogenbedingter Todesfälle, der Perspektive auf eine drohende Opioidkrise bei gleichzeitigem demographischen Wandel und Fachkräftemangel, welcher einen Rückgang an Behandlungskapazitäten bedeuten kann, ist es kaum nachvollziehbar, dass der Ausbau der Substitution nicht aktiv durch Bund und Länder angegangen wird.

Angesichts dieser Entwicklung müssen dringend neue Wege beschritten werden, um opioidabhängigen Menschen schnell und wirksam zu helfen. Neben dem Erhalt etablierter Substitutionsangebote muss der Fokus verstärkt auf die bislang nicht erreichten opioidabhängigen Menschen in Deutschland gelegt werden.

Hier setzt das Modell der niedrigschwelligen Substitution integriert in Kontaktstellen mit und ohne Drogenkonsumraum an. Ziel ist es, bestehende Versorgungslücken zu schließen, bürokratische Hürden abzubauen und Menschen in prekären Lebenslagen direkt zu erreichen. Dabei kommt der Versorgung von Menschen ohne bestehenden Krankenversicherungsschutz eine besondere Bedeutung zu.

Die Infrastruktur von integrierten Versorgungs- und Krisenzentren mit niedrigschwelligen Zugängen zu Substitutionsmaßnahmen (z. B. Opioidsubstitutionstherapie) und enger Verzahnung mit psychosozialer Betreuung und psychiatrischer Versorgung kann die Stabilität von Betroffenen erhöhen, wodurch in Schwerpunktpraxen und Kliniken einschließlich Notaufnahmen mehr Ressourcen für die Behandlung von Menschen mit erhöhtem Bedarf zur Verfügung stehen.

Bedeutung der Substitution

Die Substitutionsbehandlung ist seit Jahrzehnten ein zentraler Bestandteil der bundesdeutschen Drogen- und Suchthilfe, dabei verfolgt die OST folgende Ziele:

- Sicherung des Überlebens durch kontrollierte Abgabe von Opioid-Ersatzstoffen
- Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Reduzierung von Infektionsrisiken

- Stabilisierung psychosozialer Lebensumstände
- Senkung von Beschaffungskriminalität und Entlastung der öffentlichen Sicherheit
- Integration Betroffener in das reguläre Gesundheitssystem.

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit der Substitution: Sie reduziert das Risiko einer tödlichen Überdosis erheblich, verbessert die Lebensqualität der Patient:innen und entlastet zugleich das Gesundheitssystem sowie Polizei und Justiz. (vgl. WITTCHEN et al.)

Drogenkonsumräume

Der § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurde in Deutschland im Jahr 2000 eingeführt. Damit wurde die rechtliche Grundlage für die Einrichtung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen (DKR) bzw. Drogenhilfeeinrichtungen, die den sicheren Konsum von Substanzen unter kontrollierten Rahmenbedingungen ermöglichen sollen, geschaffen. Seitdem wurden in einigen Bundesländern Drogenkonsumräume in unterschiedlicher Umsetzungsgeschwindigkeit etabliert, oftmals in enger Abstimmung mit kommunalen Behörden, Gesundheitsämtern und Drogenhilfesystemen.

Aktuell gibt es in Deutschland eine nicht bundesweit einheitlich geregelte Verteilung von Drogenkonsumräumen; viele Einrichtungen befinden sich in großen Städten oder Ballungsräumen. Laut DAH gibt es aktuell 34 Drogenkonsumräume in 9 Bundesländern. (DAH 2025)

Nur etwa die Hälfte der Bundesländer hat von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Drogenkonsumräume als Instrument der Überlebenshilfe und des Gesundheitsschutzes zu etablieren. In der Gesamtschau eine schwache Bilanz nach 20 Jahren Gesetzesnovellierung und Einführung des § 10a BtMG.

Dabei sind die Drogenkonsumräume – sind sie erst einmal installiert – durchaus erfolgreich. Zwischenbilanz der DAH: 52.000 Beratungen und keinen Todesfall (DAH 2025). Kontaktstellen mit integriertem Drogenkonsumraum erreichen Opioidkonsument:innen, die vom System sonst nicht erreicht werden. In 2023 hat das Institut für Therapieforschung (IFT) gemeinsam mit der ‚Bundesarbeits-gemeinschaft Drogenkonsumräume' die Reichweite und Angebote von 29 Drogenkonsumräumen ausgewertet. Dabei erreichten Drogenkonsumräume 18.500 unterschiedliche Nutzer:innen, von denen 50% Opioidgebraucher:innen waren. Dies verdeutlicht das Potenzial in der Erreichbarkeit von Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen. 29 Einrichtungen erreichen ca. 9.250 Menschen mit Opioidgebrauchsstörung.

Herausforderungen der bestehenden Versorgung

Trotz des Erfolgs der Substitution sind die aktuellen Angebote, wie bereits ausgeführt, nicht ausreichend. Zu den zentralen Problemen gehören:

1. Hohe Zugangshürden für Betroffene und Behandler:innen:

- Fehlender Krankenversicherungsschutz

- Aufwendige Aufnahmeprozesse und Dokumentationspflichten
- Je nach Bundesland sehr unterschiedliche Versorgung durch Psychosoziale Betreuung (PSB); In einem Großteil der Bundesländer nicht ausreichende Finanzierung der PSB.

2. Begrenzte Verfügbarkeit:

- Zu wenig substituierende Ärzt:innen
- Keine Förderung von innovativen und flexiblen Behandlungskonzepten
- Eingeschränkte Vergabezeiten
- Potenzial an möglichen Behandler:innen wird nur unzureichend genutzt (PIA´s, Einrichtungen der Drogenhilfe, Apotheken)..

3. Stigmatisierung und Diskriminierung:

- Tabuisierung von Opioidabhängigkeit
- Angst vor Ablehnung.

4. Neue Herausforderungen durch Crack und synthetische Opioide:

- Anstieg des Crack-Konsums
- Zunehmendes Risiko synthetischer Opioide wie Fentanyl und Nitazene.

Die Weiterentwicklung der OST stagniert seit Jahren in Deutschland. Das wird anhand der Behandlungskapazitäten (vgl. BfArM) deutlich, wie auch durch die fehlende Bereitschaft, Substitutionsangebote in Anspruch zu nehmen sowie den Mangel an erweiterten Behandlungskonzepten wie Substitution in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe, Fachkliniken oder Substitution mit tagestrukturierenden Angeboten.

Substitution – in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe

Das Konzept ergänzt die klassische Versorgung durch flexible, aufsuchende und unbürokratische Angebote, mit dem Ziel, dass so viele Menschen mit Behandlungsbedarf wie möglich erreicht werden.

Die Grundidee:

- Menschen ohne zusätzliche Wege in Einrichtungen versorgen, welche sie ohnehin aufsuchen – ohne Krankenversicherung oder feste Adresse
- Niemand soll an institutionellen Barrieren scheitern.

Zentrale Standorte sind Kontaktstellen mit und ohne integrierten Drogenkonsumraum sowie mobile Einrichtungen. Unverzichtbar ist die funktionierende Schnittstelle zum Regelsystem und eine kontinuierliche psychosoziale Begleitung, welche sich flexibel am Bedarf der Betroffenen anpasst.

Medizinische Leistungen

Die medizinische Umsetzung muss den oftmals prekären Lebensverhältnissen der Zielgruppe angepasst werden. Aufgrund von z. B. Wohnungslosigkeit, die beispielsweise keine Möglichkeit zur sicheren Verwahrung von Medikamenten ermöglicht, ist vornehmlich die Vergabe in der Einrichtung zu gewährleisten.

Zusätzlich muss immer die Möglichkeit einer medizinischen Akut- und Basisversorgung gewährleistet sein. Hierzu gehören in erster Linie folgende Bausteine:

- Allgemeinmedizinische Behandlungen
- Kleinchirurgische Behandlungen
- Wundversorgung und Behandlung von Injektionsstellen
- Medikamenten-Management
- Testungen STIs
- Naloxon-Verschreibung
- Aufklärung und Durchführung von Impfungen
- HIV- und Hepatitis-C-Testangebote
- Aufsicht/Durchführung Blutentnahme
- Diagnosemitteilung/Aufklärung
- Kommunikation mit dem Labor
- Beratung HIV-PrEP
- Ernährungsberatung
- Auswertung/Beratung zu Laborwerten/Arztbriefen
- Überbrückung und Sicherstellung med. Versorgung bis zur Klärung des Sicherungsstatus
- Durchführung medizinischer Beratung
- Safer Use
- Venenberatung
- Konsumreduktionsempfehlungen in Risikosituationen
- Weitervermittlung an Sozialarbeit
- Unterstützung bei der Integration in soziale Hilfsangebote
- Notfallversorgung bei Überdosierung
- Psychiatrische Notfälle
- Sonstige allgemeinmedizinische Notfälle.

Ein weiteres Augenmerk zur Sicherung des Überlebens muss auf den Zugang zu Naloxon im Drogennotfall gelegt werden. Opioidgebraucher:innen finden als potenzielle Ersthelfer:innen im Drogennotfall nur unzureichend Beachtung. Dabei sind sie durch persönliche Erfahrung sensibilisiert für das Thema – und sehr häufig die Menschen, die als erste lebensrettende Hilfe leisten könnten. Viele der Opioidgebraucher:innen haben entweder selbst eine Überdosierung erleben müssen oder waren Zeug:innen eines Drogennotfalls. Bereitstellung von Wissen und Kompetenzen zum lebensrettenden Umgang in Drogennotfällen ist dabei ebenso existenziell wie die Bereitstellung des Medikaments Naloxon.

Psychosoziale Begleitung der niedrigschwelligen Substitution

Die OST ermöglicht es den Betroffenen, ihre Ressourcen anderweitig zu nutzen und ihre individuelle Lebenssituation zu verbessern. Damit dies gelingt, ist Unterstützung durch Soziale Arbeit fast unverzichtbar geworden, um bürokratische Hürden zu überwinden und sozial schwer belastende Umstände zu bewältigen.

Leistungen sind:

- Vermittlung in Krankenversicherung
- Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung und Vermittlung von Unterkünften
- Motivierung bzw. Beratung zur Reduktion polyvalenter Konsummuster und riskanter Applikationsformen
- Beratung bzw. Bereitstellung von Angeboten zur Verbesserung der Hygiene, Ernährung und Infektionsprophylaxe
- Hilfe zur Klärung der strafrechtlichen Situation
- Psychische Krisenintervention
- Motivierung und Vermittlung zur Inanspruchnahme medizinischer, psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Hilfen sowie Vermittlung/ Überleitung in Substitution bei niedergelassenen Ärzt:innen nach Herstellung des Krankenversicherungsschutzes.
- Dabei stellen Begleitungen zu Ämtern und Behörden sowie weiteren Diensten oder Beratungsangeboten neben Krisenintervention und psychosozialer Stabilisierung zentrale Bestandteile der notwendigen Leistungen der Sozialarbeit dar, um mittelfristig nicht nur Überleben, sondern gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Formen der Kooperation

Bei der Umsetzung der niedrigschwelligen Substitution sind unterschiedliche Modelle möglich, diese reichen von Kooperationsmodellen zwischen Fachkliniken und Einrichtungen der Drogenhilfe, niedergelassenen Ärzt:innen und Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Anbieter:innen, die beide Professionen zur Belegschaft zählen und die

niedrigschwellige Substitution eigenständig unter einem Dach umsetzen. Die hohe Anzahl an Menschen mit einer unbehandelten Opioidabhängigkeit legt nahe, dass es keinen Mangel an Patient:innen gibt, welche die Anbieter:innen in unnötige Konkurrenz bringen. Es besteht vielmehr der Mangel an Versorgungsangeboten. Es kann daher hilfreich sein, den Aufbau einer innovativen und leistungsstarken OST als soziale Investition zu betrachten, die höhere Kosten und unnötiges Leiden verhindert.

Chancen und gesellschaftlicher Nutzen

Niedrigschwellige Substitution bietet Vorteile für Betroffene und Gesellschaft, indem drogenbedingte Todesfälle reduziert werden und die Beschaffungskriminalität gesenkt sowie der öffentliche Raum entlastet wird. Darüber hinaus trägt die Substitution zur Entlastung des Gesundheitssystems durch eine effizientere Ressourcenallokation bei.

Ansatz der ‚Zukunftsinitiative Substitution'

Die ‚Zukunftsinitiative Substitution' ist eine Plattform für den direkten Austausch zwischen suchtmedizinischen Expert:innen, Leistungs- und Entscheidungsträgern sowie Politiker:innen. Mit dem flächerübergreifenden Expert:innen-Gremium werden nicht nur die wesentlichen Probleme der Substitution diskutiert, sondern umsetzbare Lösungsvorschläge erarbeitet und deren Realisierung begleitet. Wichtigste Ziele sind die dauerhafte Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Opioidgebrauch sowie die Verbesserung der suchttherapeutischen Versorgungsqualität. Weitere wichtige Zielsetzungen sind die Gewinnung von suchtmedizinischem Nachwuchs, das Etablieren der Suchtmedizin in die medizinische Ausbildung und die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle.

2024 hat die Zukunftsinitiative ebenfalls einen detaillierten Maßnahmenkatalog vorgelegt und praxisnahe Implementierungshilfen entwickelt, um den Einstieg in die Substitution oder in die Psychotherapie bei Substitution für verschiedene Berufsgruppen und Institutionen zu erleichtern. Diese Hilfestellungen bieten Informationen und konkrete Handlungsempfehlungen für: Apotheken, Ärztliche Praxen, Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, Psychologische Psychotherapeut:innen, Psychiatrische Institutsambulanzen und Medizinische Fachangestellte (MFA). Diese können über das gemeinnützige Institut CORE (www.core-stuttgart.de) angefordert werden.

Im Rahmen des Parlamentarischen Abends 2024 wurde auch die Problematik diskutiert, dass Deutschland beim Zugang zu Buprenorphin in der Substitution im Gegensatz zu Ländern wie Frankreich, Finnland und Nordamerika eingeschränkt ist. Durch die Möglichkeit der Verschreibung von Buprenorphin-Tabletten und Depotpräparaten durch allgemeinärztliche Praxen ohne Zusatzqualifikation können deutlich mehr Patient:innen mit Substitution erreicht werden. Ein damit verbundener Vorschlag wäre es, Buprenorphin aus der BtMVV herauszunehmen, um damit die Verschreibung durch alle Hausärzt:innen zu ermöglichen und die Behandlung somit niedrigschwelliger und flächendeckender zu gestalten.

Fazit

Die klassische Substitutionsbehandlung erreicht derzeit etwa die Hälfte der Menschen mit Behandlungsbedarf. Um deutlich mehr Menschen mit diesem überlebenswichtigen Behandlungsangebot zu erreichen, sind ergänzende Maßnahmen notwendig. Besonderes Augenmerk sollte hierbei auf Niedrigschwelligkeit und den Zugang auch ohne Krankenversicherungsschutz, beispielsweise durch Substitution in Drogenkonsumräumen, liegen. Das grundsätzlich erfolgreiche Substitutionskonzept muss für bestimmte Zielgruppen weiterentwickelt und angepasst werden.

Um drogenbedingten Todesfällen konsequent entgegenzuwirken, braucht es dringend die Umsetzung folgender fünf Maßnahmen: Frühwarnsysteme, Naloxon, Drugchecking, Drogenkonsumräume und der Ausbau von Substitutionsangeboten. Dabei ist wichtig, dass die Maßnahmen mit den richtigen Rahmenbedingungen gut ineinandergreifen können und auch kombinierbar sind. Für den Ausbau der Substitution spielen daher mit Blick auf verbesserte Zugänge Drogenkonsumräume eine zentrale Rolle.

Um das Potenzial der Substitution im Kampf gegen Überdosierung und drogenbedingte Todesfälle voll nutzen zu können, müssen Politik und Verwaltung in Abstimmung mit Trägern der Drogenhilfe und Betroffenen, Selbsthilfe und Elternverbänden sicherstellen, dass insbesondere folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

1. Bundesweiter Ausbau niedrigschwelliger Substitutionsangebote
2. Verzahnung von medizinischer Versorgung und Sozialarbeit
3. Abbau rechtlicher und bürokratischer Hürden
4. Finanzielle Sicherung der niedrigschwelligen Substitutionsbehandlung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz durch Bund und Länder.

Literatur

Abel-Ollo, K.; Andree, R.; Colman, C.; Kivimets, K.; Kools, J.P.; Kurbatova, A.; Moazen, B.; Oja, M.; Pattyn, R.; Perez Gayo, R.; Rigoni, R.; Smit Rigter; Strada, L.; Stöver, H.; Tammi, T.; van der Gouwe, D.; Viskari, I. SO-PREP-Toolkit on key responses to synthetic opioids. Online verfügbar unter: https://so-prep-project.eu/wp-content/uploads/2023/03/SO-PREP_Toolkit-D4-2_A4-final.pdf Letzter Zugriff: 04.09.2025 Deutsche Übersetzung online verfügbar unter: https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/Brosch%C3%BCreA4SO-PREPInternetfassung.pdf, Letzter Zugriff: 04.09.2025

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM (2025) Bericht zum Substitutionsregister. Online verfügbar unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2025.pdf?__blob=publicationFile, Letzter Zugriff: 05.09.2025

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Pressemitteilung vom 07.07.2025: Jetzt handeln und Drogenkrise verhindern. Online verfügbar unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/jetzt-handeln-und-drogenkrise-verhindern/Letzter Zugriff: 03.09.2025, Deutsche Aidshilfe (DAH), Artikel *Drogenkonsumräume: 52.000 Beratungen und kein Todesfal* 18.02.2025. Online verfügbar unter: https://

www.aidshilfe.de/de/meldung/drogenkonsumraeume-52000-beratungen-kein-todesfall Letzter Zugriff: 03.09.2025

Deutsche Aidshilfe (DAH), Artikel Drogenportal der Deutschen Aidshilfe – Drogenkonsumräume. Online verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/drogen/drogenkonsumraeume Letzter Zugriff: 03.09.2025

Deutsche Aidshilfe (DAH), Pressemitteilung vom 06.08.2025: Nitazen in Oxycodon-Tabletten in Berlin gefunden. Online verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/drogen/aktuelles/nitazen-oxycodon-tabletten-berlin-gefunden, Letzter Zugriff: 03.09.2025

European Union Drug Agency (2024), European Drug Report 2024 – Trends and Developments; Heroin and other opioids. Online verfügbar unter: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en#pdf , Letzter Zugriff: 04.09.2025

Frankfurter Rundschau, Gefährliche Droge auf dem Vormarsch – Frankfurter Bahnhofsviertel im Fokus. 07.07.2025, 07:10 Uhr. Online verfügbar unter: https://www.fr.de/frankfurt/fokus-gefaehrliche-droge-auf-dem-vormarsch-frankfurter-bahnhofsviertel-im-93820384.htmlLetzter Zugriff: 03.09.2025

Frankfurter Rundschau

Todesdroge im Bahnhofsviertel nachgewiesen – Behörden in Frankfurt alarmiert. 12.04.2025, 04:54 Uhr. Online verfügbar unter: https://www.fr.de/frankfurt/fentanyl-breitet-sich-im-bahnhofsviertel-aus-behoerden-in-frankfurt-alarmiert-todesdroge-93659348.htmlLetzter Zugriff: 03.09.2025

Gesundheitsamt Bremen Pressemitteilung vom 22.01.2025: Gesundheitsamt Bremen warnt vor gestrecktem Heroin. Erste Nachweise von synthetischen Opioiden in Konsumrückständen gefunden. Online verfügbar unter: https://www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/gesundheitsamt-bremen-warnt-vor-gestrecktem-heroin-460640 Letzter Zugriff: 03.09.2025

Kraus, L. (2018) *Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland* online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/AbschlussberichtOpiS-Bericht_150518.pdf letzter Zugriff: 11.11.24

Sachbericht Bundesmodellprojekt RAFT, RAFT – Rapid Fentanyl Tests in Drogenkonsumräumen. Leitung: Maria Kuban. Deutsche Aidshilfe e.V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin. Online verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/drogen/system/files/document/Abschlussbericht_RaFT_bmg.pdf Letzter Zugriff: 03.09.2025

Wittchen, H.U.; Bühringer, G.; Rehm, J.T. (2011), Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädikatoren, Moderatoren und Outcome. PREMOS Schlussbericht. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf Letzter Zugriff: 04.09.2025

Veränderte Rahmenbedingungen für die Prävention von opioidbedingten Todesfällen

Simon Fleißner, Maria Kuban, Heino Stöver, Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Für Take-Home-Naloxon (THN) und Drug-Checking (DC) wurden Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen angestoßen. Für THN könnte im Jahr 2026 ein in Apotheken frei verkäufliches Naloxon-Nasenspray auf den Markt kommen und 2025 eine nicht personengebundene Sammelverschreibung ermöglicht werden. DC kann durch Verordnungen der Bundesländer ermöglicht werden. Mit Blick auf opioidbedingte Überdosierung könnte die Umsetzung in Drogenkonsumräumen eine besondere Chance darstellen.

Hintergrund

Im Jahr 2024 sind 2.137 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Substanzen verstorben. Davon stehen 1.286 im Zusammenhang mit Opioiden (monovalent: 164; polyvalent: 1.122). Dabei stehen 342 im Zusammenhang mit synthetischen Opioiden wie beispielsweise Fentanyl (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2025). Dieser Anstieg auf 16% kennzeichnet eine Zuspitzung der Beteiligung synthetischer Opioide an Todesfällen. Neben weiteren Indizien (u.a.: Nitazene in Bremen gefunden, gefälschte Oxycodontabletten in Berlin sichergestellt, vermehrte Notfälle in Hannover) ist die steigende Mortalität ein Anlass auf möglicherweise vermehrt aufkommende synthetische Opioide in Deutschland reagieren zu müssen (Fischer et al., 2025). Take-Home-Naloxon (THN) und Druck-Checking (DC) können zwei Schlüsselkategorien zur Vorbereitung auf synthetische Opioide in Deutschland sein (Stöver et al., 2024). Bei beiden Maßnahmen sind Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen angestoßen worden. Dieser Beitrag stellt die Bedeutung beider Angebote besonders in den niedrigschwelligen Arbeitsbereichen heraus.

Take-Home-Naloxon

THN ist eine schadensmindernde Maßnahme und kann den tödlichen Ausgang von opioidbedingten Überdosierungen verhindern (Fleissner et al., 2025). Naloxon hebt in wenigen Minuten die potenziell tödliche Atemdepression auf und bleibt bei Anwen-

dung ohne Opioid wirkungslos. Viele Überdosierungen finden in Anwesenheit anderer Personen statt, häufig anderer Konsumierender (Schneider & Beisel, 2020). THN zielt deshalb darauf ab Menschen mit Opioidkonsum mit einem (kurzen) Drogennotfalltraining zu schulen und im Anschluss mit dem Naloxon-Nasenspray auszustatten. Dieses kann im Notfall bei betroffenen Personen angewendet werden oder durch Umstehende bei der geschulten Person selbst. Dabei wird THN sicher und korrekt von Laien angewendet und führt nicht zu mehr oder risikoreicherem Konsum (Tse et al., 2022). Seit 2018 wurden in Deutschland schätzungsweise lediglich 2-3% der 166.000 Menschen mit Opioidabhängigkeit erreicht. Damit bleibt THN deutlich hinter seinem schadensmindernden Potenzial zurück (Fleissner et al., 2025). Bisher ist Naloxon in Deutschland verschreibungspflichtig und kann an Personen mit Opioidabhängigkeit zu Lasten der Krankenkassen verschrieben werden. Während die Finanzierung über die Krankenkassen beibehalten werden sollte, stellt die bisher zwingend notwendige Verschreibung eine enorme Hürde für eine niedrigschwellige Vergabe von THN dar. Eine Aufhebung der Verschreibungspflicht noch im Jahr 2025 wurde durch den Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht einstimmig beschlossen (BfArM, 2025). Das wird aber sich aber nur auf dezentral in Deutschland zugelassene Präparate auswirken. Das einzige bisher verfügbare Naloxon-Nasenspray ist zentral in der EU zugelassen und wird damit auch in Deutschland weiterhin verschreibungspflichtig bleiben. Ein in Apotheken freiverkäufliches Präparat könnte im Laufe des Jahres 2026 in Deutschland erhältlich sein. Neben der Aufhebung der Verschreibungspflicht soll außerdem die Möglichkeit einer Sammelverschreibung geschaffen werden. Damit kann Einrichtungen der Drogen- und Obdachlosenhilfe Naloxon verschrieben werden, ohne dass die Rezepte personengebunden sind. Dadurch würde auch das bisher verfügbare Naloxon-Nasenspray deutlich einfacher von den entsprechenden Einrichtungen bezogen und anschließend an Konsumierende ausgegeben werden. Außerdem wird in der demnächst veröffentlichten S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu opioidbezogenen Störungen die Vergabe von Take Home Naloxon an Menschen mit Opioidabhängigkeit den höchsten Empfehlungsgrad erhalten. Diese Neuerung soll zukünftig den Standard setzen, dass auch Menschen in Substitutionstherapie das Notfallmedikament erhalten.

Was bedeuten diese Änderungen nun konkret?

Das Wegfallen einer personengebundenen Rezeptierung ermöglicht eine deutlich einfachere Umsetzung von THN im niedrigschwelligen Bereich. Die Kooperation zu einem Arzt oder einer Ärztin wird auf ein Minimum reduziert und das Drogennotfalltraining und die Ausgabe von THN können unmittelbar erfolgen. Das Naloxon-Nasenspray kann bereits vor der Schulung erworben werden. Damit ist auch eine Abgabe in Streetwork, Drogenkonsumraum, Kontaktladen oder ähnlichen Settings möglich. Für einige Einrichtungen wird dadurch die Umsetzung von THN überhaupt erst möglich. Für andere fällt ein großer Teil des organisatorischen Mehraufwandes weg, welches in zusätzliche Drogennotfalltrainings oder andere Angebote investiert werden kann. Wichtig zu beachten ist allerdings, dass die Einrichtungen selbst für die

Kosten für das Naloxon-Nasenspray aufkommen müssen. Hier könnten Bundesländer oder Kommunen vergleichsweise einfach eine wirksame Möglichkeit zur Reduktion opioidbedingter Todesfälle finanzieren. Damit möglichst viele Menschen Zugang zu THN haben, braucht das Angebot eine höhere Priorität auch bei Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogen- und Aidshilfeeinrichtungen.

Druck-Checking in Konsumräumen

Als Drug-Checking werden Maßnahmen verstanden, bei denen Stoffe untersucht werden, um den Inhalt, die Wirkstoffkonzentration und etwaige Verunreinigungen dieser Stoffe festzustellen. Die Person erhält im Anschluss ein analysegestütztes Beratungsgespräch (EUDA, 2023b). Die Regelung, dies auch in Drogenkonsumräumen zu verankern, wurde am 27.07.2023 durch §10b BtMG aufgenommen. Sie schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen über ein Erlaubnisverfahren, verpflichtet jedoch die Landesregierungen zu einer Rechtsverordnung, die alle Details der Umsetzung regelt (Sipp et al., 2024). DC kann verschiedene Schwerpunkte wie Monitoring, Frühwarnsystem, Vermittlung in weitere Maßnahmen oder Schadensminderung haben. Die Testverfahren können sich deutlich in Genauigkeit und Durchführung unterscheiden. In Abgrenzung zu DC können auch andere Verfahren der Substanzanalyse angeboten werden, zum Beispiel Schnelltests. Diese fallen nicht unter die rechtlichen Rahmenbedingungen, sind finanziell günstig und ermöglichen unmittelbare Ergebnisse, allerdings nur gezielt auf einzelne Substanzen und ohne Bestimmung der Quantität. Komplexere Verfahren ermöglichen exaktere Ergebnisse, sind aber im zeitlichen und finanziellen Aufwand deutlich höher.

Bisher ist DC nur in wenigen Regionen überhaupt verfügbar und wird dann häufig im Kontext von Partydrogen diskutiert und angeboten. Besonders vulnerable Gruppen, beispielsweise Menschen der offenen Drogenszene, profitieren bislang kaum von DC. So zeigt sich bei bestehenden DC-Projekten u.a. in Berlin, aber auch in der Schweiz (La Mantia et al., 2020), dass sowohl die Gruppe der Menschen mit besonders riskantem Konsum als auch die der Heroinkonsument:innen DC kaum in Anspruch nimmt. Deshalb sollten die Verordnungen der Bundesländer DC in Konsumräumen ermöglichen. DC könnte damit nicht nur für ein Monitoring Daten liefern, sondern sich auch für Konsumierende unmittelbar als schadensmindernde Maßnahme etablieren.

Für die Prävention von opioidbedingten Überdosierungen durch DC gibt es einige spezielle Anforderungen. Damit DC in Drogenkonsumräumen durchführbar ist, muss dieses vor dem Konsum getestet werden und unmittelbar ein Ergebnis liefern. Außerdem sollte nichts von der Konsumeinheit beim Testen verloren gehen. Nur dann ist DC für den größten Teil der Nutzer:innen eines Konsumraumes attraktiv. Im Hinblick auf synthetische Opioide können Schnelltests ungewollte Beimengungen identifizierten.

Das Modellprojekt RaFT (Rapid Fentanyl Testing in Drogenkonsumräumen) hat gezeigt, dass solche Tests in Konsumräumen angenommen werden und praktikabel sind (Deutsche Aidshilfe, 2024). Entscheidend ist ein entsprechend dem Testergebnis angepasstes Beratungsgespräch (EUDA, 2023a). Ein positiver Test auf Fentanyl in

einer Konsumeinheit Heroin kann beispielsweise Anlass sein die Konsumeinheit aufzuteilen. Jedoch limitieren die genannten Faktoren, wie das geringe Spektrum an testbaren Substanzen, die fehlende Aussagekraft über die Potenz der getesteten Substanz sowie die mögliche Anwendungsfehler den Nutzen. Aktuell bietet der sogenannte off-label-use die oft einzige Möglichkeit, gefährliche Beimengungen zu erkennen und eine faktenbasierte Konsumentscheidung treffen zu können. Andere Techniken, die unter DC fallen, würden deutlich mehr Informationen liefern.

In Kanada wurde die Verschränkung von Schnelltests mit FTIR-Spektroskopie als „best practice“ erprobt (CATIE, 2025). Mit FTIR können ebenfalls unmittelbar und ohne Verlust der getesteten Substanz Aussagen über die Zusammenstellung der Substanzen getroffen werden. Allerdings ist die technische Ausstattung deutlich teurer und die Schulung des Personals aufwändiger. Es gibt bereits Einrichtungen, die dieses Verfahren erfolgreich durchführen. Die Praxis zeigt aber, dass FTIR- Spektroskopie gerade bei Opioiden ungenaue Ergebnisse liefern, weshalb Schnelltests zusätzlich angewandt werden sollten. DC bietet Konsument:innen nur in Verbindung mit einem Beratungsangebot die Möglichkeit, Kenntnis über die Zusammensetzung der Schwarzmarktsubstanz zu erlangen und eine faktenbasierte Konsumentscheidung zu treffen. Die angepasste Konsumentscheidung sowie die Kenntnisse der Mitarbeiter:innen über die Substanz können Überdosierungen verhindern (z. B. weil die Dosis gesplittet wird oder Mitarbeiter:innen Naloxon bereithalten), aber auch zur Infektionsprophylaxe beitragen (z. B. weil Menschen auch langfristig die Konsumform verändern von intravenös zu nasal, oral, inhalativ oder rektal). Durch das Erlernen, Fördern oder Vertiefen von Strategien zur Risikominimierung und die Reflexion der Drogenwirkung und des individuellen Risikos wird zudem Teilhabe gefördert. Die Erkenntnisse über die zu konsumieren beabsichtige Substanz vor Ort gehen auch einher mit dem frühzeitigen Erkennen von Veränderungen von stofflichen Zusammensetzungen auf unregulierten Drogenmärkten. Das eröffnet bessere Interventionsmöglichkeiten und letztendlich damit eine deutlich längere Lebenserwartung und -qualität.

Fazit für die Praxis

Sowohl THN als auch DC in Konsumräumen können opioidbedingte Todesfälle bzw. Überdosierungen verhindern. Vermehrt aufkommende synthetische Opioide unterstreichen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen. Die verändernden Rahmenbedingungen erweitern den Handlungsspielraum deutlich. Eine flächendeckende Umsetzung durch die Träger der Drogen- und Aidshilfen, sowie der Suchtmedizin sollte angestrebt werden. Die Bundesländer sollten DC in Konsumräumen selbst durch entsprechende rechtliche Verordnungen ermöglichen und für beide Maßnahmen ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. Mit THN und DC in Konsumräumen stehen zwei Bausteine für die Prävention von opioidbedingten Todesfällen bzw. Überdosierungen zur Verfügung, welche bestehende Angebote ergänzen. Eine Umsetzung sollte nicht länger verzögert werden.

Literatur

BfArM. (2025). *BfArM - Verschreibungspflicht—90. Sitzung (21. Januar 2025) – Kurzprotokoll*. https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/Verschreibungspflicht/Protokolle/90Sitzung/kurzprotokoll_90.html?nn=594592

CATIE. (2025, Juli 10). *Drug checking services at a supervised consumption site*.

CATIE - Canada's Source for HIV and Hepatitis C Information. https://www.catie.ca/programming-connection/drug-checking-services-at-a-supervised-consumption-site

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. (2025, Juli 7). *Jetzt handeln und Drogenkrise verhindern—Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen*. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/jetzt-handeln-und-drogenkrise-verhindern/

Deutsche Aidshilfe. (2024). *Bundesmodellprojekt RaFT: Ergebnisse*. Deutsche Aidshilfe. https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/2024-02-15_raft_ergebnisse_zusammenfassung.pdf

EUDA. (2023a). *Health risk communication strategies for drug checking services: A manual*. Publications Office of the European Union. https://data.europa.eu/doi/10.2810/422518

EUDA. (2023b). *Spotlight on… Drug checking*. https://www.euda.europa.eu/spotlights/spotlight-drug-checking_en

Fischer, B., Jutras-Aswad, D., Le Foll, B., & Robinson, T. (2025). The (Hypothetical) Scenario of a Fentanyl-Overdose Death Epidemic in Europe: Considering Canada-Based Experiences and Insights. *SUCHT*, *71*(3), 168–179. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000930

Fleissner, S., Stöver, H., Schäffer, D., Wodarz-von Essent, H., Deimel, D., & Wodarz, N. (2025). Take-Home Naloxone in Opioid Dependency: An Intervention to Reduce Opioid-Related Deaths. *Deutsches Arzteblatt International*, *Forthcoming*, arztebl.m2025.0030. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0030

La Mantia, A., Oechslin, L., Duarte, M., Laubereau, B., & Fabian, C. (2020). *Studie zu den Effekten der Drug-Checking-Angebote in der Schweiz. Bericht zuhanden des*

Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung und Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. https://doi.org/10.26041/FHNW-3694

Schneider, S., & Beisel, L. (2020). Überdosierungen von Heroin. *Public Health Forum*, *28*(4), 288–291. https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0080

Sipp, W., Neumeier, E., Karachaliou, K., & Schneider, F. (2024). *Rechtliche Rahmenbedingungen. Workbook Legal Framework*. (Datenjahr 2023 / 2024; REITOX-Bericht). IFT Institut für Therapieforschung. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/REITOX_BERICHT_2024_WB_02_Rechtliche_Rahmenbedingungen.pdf

Stöver, H., Steimle, L., & Moazen, B. (2024). Sieben Schlüsselstrategien für Europa zur Vorbereitung auf eine Opioidkrise. *Suchttherapie*. https://doi.org/10.1055/a-2301-7224

Tse, W. C., Djordjevic, F., Borja, V., Picco, L., Lam, T., Olsen, A., Larney, S., Dietze, P., & Nielsen, S. (2022). Does naloxone provision lead to increased substance use? A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply. *International Journal of Drug Policy*, *100*, 103513. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103513

Das Projekt so-par (synthetic opioids – prepare and response) - Wie können sich Städte auf synthetische Opioide vorbereiten?

Maria Kuban, Anna Mühlen

Zusammenfassung

Illegal hergestellte synthetische Opioide treten deutschlandweit in verschiedenen Städten vermehrt auf. Dieser Wandel des Drogenmarktes hat Auswirkungen auf Not- und Todesfälle, aber auch auf die Anforderungen an das Hilfesystem sowie die Politik. Das Kooperationsprojekt so-par setzt hier an der kommunalen Ebene an. In drei Städten wird dem Szenario einer Überdosierungskrise interdisziplinär vorgebeugt, unter anderem durch Notfallpläne, Substanzanalysen, Schadensminderung.

Hintergrund

In Deutschland bleibt die Zahl der Drogentodesfälle 2024 mit 2.137 Fällen weiterhin auf einem sehr hohen Niveau, wobei Opioide in über der Hälfte der Fälle beteiligt waren (Beauftragter der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen 2025). Die drastische Reduzierung der Schlafmohnproduktion in Afghanistan führt zu einer Verknappung von Heroin, die durch verstärkte Verbreitung illegal hergestellter synthetischer Opioide wie Fentanyl oder Nitazene kompensiert werden könnte (United Nations Office on Drugs and Crime 2023). Ein Blick auf die Todesfälle zeigt bereits, dass synthetische Opioide in 342 Fällen und somit 16% beteiligt oder verantwortlich für den Todesfall sind (Beauftragter der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen 2025). In Nordamerika hat die Verbreitung synthetischer Opioide zu einer schweren Überdosierungskrise mit hohen Todeszahlen und einer Überlastung der medizinischen Versorgung geführt. Auch in Europa warnen Fachverbände vor einer zunehmenden Bedrohung. So wurden in den deutschen Städten Bremen und Frankfurt bereits Fentanyl oder Nitazene als Beimengungen in Heroin-Proben nachgewiesen.

Theorie und Methodik

Ein kommunales Krisenmanagement im Kontext synthetischer Opioide erfordert ein systematisches, zyklisches Vorgehen, das akute Gefahrenabwehr mit langfristigen Veränderungen verschränkt. So werden konkrete Maßnahmen eingeführt und zudem

Abbildung 1 Vier-Phasen-Modell, angelehnt an „Risiko- Krisenmanagementzyklus“ vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BKK o.J.)

Entwicklungen der Lage erfasst, um lokale Versorgungsstrukturen kontinuierlich zu (re-)evaluieren und bedarfsorientiert anzupassen.

Die projektinterne Ausrichtung orientiert sich dementsprechend an einem Vier-Phasen Modell, welches in etablierten Krisenmanagement-Kreisläufen (BBK o.J.; WHO o.J.; UK Government 2025) und auch bereits in anderen europäischen Vorbereitungs- und Maßnahmenplänen aufgegriffen wurde. Dadurch sollen die beiden Schwerpunkte, akutes Handeln und vorausschauende Anpassung, in der Vorbereitung kommunaler Strukturen in allen Phasen einer Situation abgebildet werden. Das Modell dient den im Vorfeld genannten Elementen, wie Krisenkommunikation oder Substanzanalysen und Schadensminimierung als strukturierender Rahmen, um auf die Vielschichtigkeit krisenhafter Situationen angemessen reagieren zu können. Im Folgenden wird das Vier-Phasen-Modell

1. Prävention und Vorbereitung
2. Überwachung (Monitoring)
3. Bewältigung
4. Nachbereitung

anhand ausgewählter Aspekte der Thematik beispielhaft dargestellt.

1. Prävention und Vorbereitung: legen die Grundlage für alle weiterführenden Maßnahmen eines reaktionsfähigen Systems. Hierzu zählt beispielsweise der Aufbau eines funktionierenden Krisenstabes beziehungsweise die Identifizierung aller relevanter Akteur:innen sowie ihrer operativer Aufgaben in unterschiedlichen (Krisen-)Situationen entsprechend ihrer Zuständigkeit.
2. Überwachung (Monitoring): rückt die kontinuierliche Beobachtung der Lage in den Fokus und definiert, welche Informationen hierfür erforderlich sind. Das ist abhängig von den kommunalen Gegebenheiten und Ressourcen. Die benannten Akteur:innen geben Informationen kurzfristig, kontinuierlich und systematisch weiter. Die Informationen werden systematisch erfasst und ausgewertet. So können auch latente Gefährdungen und Veränderungen erfasst werden und einen Übergang zum aktiven Krisenhandeln ermöglichen.
3. Bewältigung der Situation: erfolgt nach eingetretenem Ereignis und Szenario, angepasst an die Situation, in Form abgestimmter Maßnahmen. Die Bewältigung umfasst sowohl die unmittelbare Versorgung des akuten Notfalls und der betroffenen Personen als auch zielgruppenspezifische und/oder öffentliche Warnungen. So können weitere Notfälle vermieden werden. Essenziell in dieser Phase ist, schnell auf das Ereignis zu reagieren zu können, um die Auswirkungen möglichst gering zu halten.
4. Nachbereitung: sollte zur Reflexion der vorangegangenen Phasen genutzt werden. Neben der Analyse der Bewältigungsstrategie sollten auch Aspekte der psychosozialen Nachsorge für betroffene Personen und involvierte Fachkräfte berücksichtigt werden, da tödliche und nicht tödliche Überdosierungen akute psychische Belastungen für alle Beteiligten darstellen können. Durch die Nachbereitung wird sichergestellt, dass aus jeder realen Lage neues Wissen und Erfahrungen generiert werden, die wiederum in die Prävention und Vorbereitung des nächsten Zyklus einfließen.

Das Projekt

Das Projekt so-par (**s**ynthetic **o**pioids – **p**repare **a**nd **r**esponse; dt. Synthetische Opioide - Vorbereiten und Reagieren) reagiert auf diese Bedrohungslage, entwickelt und implementiert gemeinsam mit drei Modellstädten (Berlin, Essen und Hannover) Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen synthetischer Opioide auf kommunaler Ebene. Ziel ist es, Akteur:innen des öffentlichen Gesundheitswesens, Behörden, Fachkräfte der Suchthilfe sowie Konsumierende zu informieren und zu befähigen, in Krisensituationen zu handeln.

Ausgangspunkte des Projekts sind u.a. die internationalen Empfehlungen der Expert:innen im SO-PREP-Project, welches EU-Ländern empfiehlt, sich auf synthetische Opioide vorzubereiten (Abel-Ollo et al. 2022). Zudem knüpft so-par an die Erfahrungswerte zur Erprobung der Schlüsselstrategien „Naloxon“ und „Substanzanalyse“ aus den BMG-geförderten Projekten RaFT und NALtrain an. Die Empfehlungen und Pläne anderer Länder, die sich konkret auf synthetische Opioide vorbereiten (u.a. Schweiz und UK) fließen ebenfalls in die Umsetzung ein.

Kernelemente sind Krisenkommunikationspläne, eine Awareness-Kampagne, sowie lebensweltnahe schadensminimierende Maßnahmen wie Drogenmonitoring, Naloxontrainings und ein Informationsportal. Nach Implementierung und Erprobung soll eine übertragbare „Blaupause“ für weitere Städte entstehen.

Das Projekt begann im April 2025 und wird über 2 Jahre bis März 2027 u.a. folgendes konkret umsetzen:

- In den teilnehmenden Städten Hannover, Essen und Berlin wird ein Kernteam gegründet, welches das Projekt innerstädtisch koordiniert. Hier sind Leitungspersonen aus der niedrigschwelligen Drogenhilfe (v.a. Drogenkonsumräumen), Suchtkoordinator:innen der Stadt und ggf. noch weitere zentrale Stellen vertreten.
- Es wird ein Verfahren zur Substanzanalyse in den jeweiligen Drogenkonsumräumen etabliert. Heroinkonsument:innen können ihr mitgebrachtes Heroin per Abstrich an der Verpackung mittels Schnelltests auf die Beimengungen von Fentanyl und Nitazene prüfen lassen. Wenn der Test positiv ist, können vor dem Konsumvorgang schadensmindernde Maßnahmen ergriffen werden. Außerdem werden einige positive Proben im Labor untersucht und fließen ins National Early Warning System (NEWS) ein.
- Parallel dazu wird mit dem o.g. Kernteam und einem erweiterten Kreis in jeder Stadt, der u.a. aus Ansprechpersonen der Bereiche Notfallmedizin, dem Katastrophenschutz, dem Sozial- und/oder Gesundheitsamt, der Substitutionsmedizin, Polizei- und Ordnungsdiensten und der Drogen- und Suchthilfe besteht, nach und nach das Kommunikationskonzept erarbeitet. Ziel ist die Definition von Notlagenszenarien und darauf abgestimmten Maßnahmen zur Vermeidung von Drogennot- und Todesfällen.
- Zudem werden in den teilnehmenden Städten möglichst viele Multiplikator:innen in der Anwendung von Naloxon-Nasenspray geschult.
- Und es wird ein Aufklärungs- und Awareness-Konzept erarbeitet, was v.a. dann zum Einsatz kommen sollen, wenn es lokal ein vermehrtes Auftreten synthetischer Opioide gibt, um Konsument:innen zu warnen und Mitmenschen zu sensibilisieren. Im Projekt werden Informationsangebote zu unterschiedlichen Perspektiven des Themas organisiert um Akteur:innen außerhalb der Suchthilfe auf einen gemeinsamen Wissensstand zu bringen.
- Während der gesamten Projektphase ist ein Praxistransfer angedacht, der auch anderen Städten ermöglicht, von Erkenntnissen und Ergebnissen zu profitieren.

Alle Erkenntnisse und Ergebnisse des Projekts sollen nachhaltig für möglichst viele Städte und Kommunen in Deutschland nutzbar sein. Deshalb liegt ein besonderer Fokus auf dem Transfer und der Übertragbarkeit. Hierfür sollen SOPs (standard operation procedures) entwickelt und verfasst werden, die anderen Städten Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Vorbereitung auf Synthetische Opioide bieten.

Aktuell (Ende 2025) sind in den beteiligten Städten sowohl das Projektteam als auch die Funktionsträger:innen der benötigten Disziplinen zur Erstellung der Notfallpläne festgelegt worden. Das jeweilige Vor-Ort-Team hat die Substanzanalyse in Drogenkonsumräumen und ggf. Laboren gestartet und erste Schritte unternommen um Meldeketten zu erstellen. Im November 2025 fand der erste gemeinsame Workshop mit allen Städten und der Projektkoordination statt. In Webinaren wurden zudem erste fachliche Schwerpunkte einer breiten Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

SO-PAR wird gemeinsam vom Deutsch-Europäischen Forum für Urbane Sicherheit (DEFUS: Anna Mühlen, Anna Rau) und der Deutschen Aidshilfe (DAH: Maria Kuban, Dirk Schäffer) durchgeführt und von Prof. Dr. Daniel Deimel, TH Nürnberg, beraten. Zudem gibt es eine Kooperation mit dem Institut für Therapieforschung in München, wo das NEWS-Projekt angesiedelt ist.

Literatur

Abel Ollo et al. (2022): Toolkit on key responses to synthetic opioids, Online verfügbar unter: https://so-prep-project.eu/wp-content/uploads/2023/03/SO-PREP_Toolkit-D4-2_A4-final.pdf; letzter Zugriff am: 07.08.2025

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (o. J.): Krisenmanagement ist ein Zyklus, Online verfügbar unter https://www.bbk.bund.d.e/DE/Themen/Krisenmanagement/KMZirkel/KMZirkel_node.html; letzter Zugriff am: 06.08.2025.

Beauftragter der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen (2025): Jetzt handeln und Drogenkrise verhindern, Online verfügbar unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/jetzt-handeln-und-drogenkrise-verhindern/; letzter Zugriff am: 07.08.2025.

United Nations Office on Drugs and Crime (2023): Afghanistan opium survey, Online verfügbar unter:https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2023.pdf: letzter Zugriff am 07.08.2025.

UK Government, Home Office (2025): Local preparedness for synthetic opioids in England, Online verfügbar unter: https://www.gov.uk/government/publications/local-preparedness-for-synthetic-opioids-in-england; letzter Zugriff am 06.08.2025.

World Health Organization Regional Office for Europe (o. J.): Emergency cycle for public health threats, Online verfügbar unter https://www.who.int/europe/emergencies/emergency-cycle; letzter Zugriff am: 06.08.2025.

Synthetische Opioide - Von der Straße in die Behörde & wieder zurück - Der Bremer Weg von Erster Hilfe bis zur Warnmeldung auf kommunaler Ebene

Daniela Alex & Lea Albrecht

Zusammenfassung

Seit dem Rückgang der Schlafmohnproduktion in Afghanistan 2021 wuchs in Fachkreisen die Sorge, dass synthetische Opioide wie zum Beispiel Fentanyl auch in Deutschland Fuß fassen. In Bremen tauchte 2024 erstmals synthetische Opioide in Form von Nitazen auf, was zu vermehrten Notfällen führte. Daraufhin wurden umfangreiche Maßnahmen wie Schnelltests, Aufklärungskampagnen, Naloxonschulungen und die „Rote Box Bremen" eingeführt. Im März 2025 kam es zu einem Notfallhöhepunkt. Bremen reagierte mit enger Behördenkooperation und erließ im Juli 2025 eine Rechtsverordnung für Drug-Checking, um Konsumierende besser zu schützen.

Seit der Machtübernahme der Taliban in Afghanistan im Jahr 2021 und der damit einhergehenden starken Reduktion der Schlafmohnproduktion sehen Drogengebrauchende, Sozialarbeitende, Ärzt:innen und medizinische Fachkräfte der Drogenhilfe mit großer Besorgnis auf die Entwicklungen des Drogenschwarzmarkt. Die Vermutung lag nah, dass die (Rest-)Bestände des Mohnanbaus sich verbrauchen würden und der Markt anschließend anders aufgefüllt werden müsste. Mit Blick auf Amerika befürchteten viele Beteiligte schon früh, dass synthetische Opioide auch in Deutschland eine zentrale Rolle einnehmen könnten. Hierbei wurde weiter gemutmaßt, dass synthetische Opioide nicht nur offensichtlich auf dem Schwarzmarkt vertrieben werden könnten, sondern dass es zu einem schleichenden Übergang kommen könnte, bei dem Händler:innen dem (ehemaligen) Heroin andere synthetische Opioide beisetzen könnten, um dies potenter wirken zu lassen und somit auszugleichen, dass immer weniger Heroin verfügbar sein könnte. Dieser Entwicklung sah insbesondere die Fachwelt mit viel Sorge entgegen, da sich die Entwicklungen in Bezug auf zum Beispiel Fentanyl oder Oxicodon in Amerika bereits sehr drastisch gezeigt haben. Die Sorge vor massenhaften Überdosierungen bis hin zu Todesfällen sowie unbekannten und sowohl für Nutzende als auch für Fachkräfte nicht einschätzbaren Wirkstärken wurde in Fachkreisen diskutiert.

Überraschend lang blieb Deutschland und somit auch Bremen, trotz Nähe zu vielen großen Häfen (Hamburg, Antwerpen, Bremerhaven) gelegen, verschont.

Das erste Mal tauchte die „neue“ Substanz Nitazen, eigentlich als Schmerzmittel entwickelt, im Sommer letzten Jahres im Drogenkonsumraum ARA der Comeback gGmbH in Bremen auf. Ein bekannter Klient bestellte die Substanz im Internet und schwärmte von der Wirkung bei geringer Dosierung. Es dauerte nicht lange bis auch andere Nutzer:innen von der neuen Substanz berichteten und es vermehrt zu drogeninduzierten Notfällen kam.

Auf dieser Grundlage wurde sich lokal auf Trägerebene an das Gesundheitsressort gewandt, welches ermöglichte, dass ab November 2024 neben Schnelltests auf Fentanyl auch Tests auf Nitazen im Drogenkonsumraum angeboten werden konnten. Da es hier bereits relativ früh zu vielen positiven Testergebnissen kam, entschloss sich die Gesundheitsbehörde die Möglichkeit der Nachtestung durch eine Restsubstanzanalyse mit der Toxikologie Bremen Mitte zu finanzieren, um die Testergebnisse zu verifizieren. Auch diese Ergebnisse zeigten dann an, dass in den eingereichten Proben tatsächlich Nitazen(e) enthalten waren.

Mit den ersten positiven labortechnisch bestätigten Ergebnissen auf Nitazen wurde gemeinsam mit der Comeback gGmbH und durch das Gesundheitsamt Bremen eine Pressemitteilung veröffentlicht, die weit über Bremen hinaus auf Interesse und Aufmerksamkeit stieß. In diesem Zusammenhang wurden explizit die hiesigen Notaufnahmen der Krankenhäuser, Rettungsdienste, Obdachloseneinrichtungen sowie andere Akteur:innen im Hilfesystem über die neue Substanz sowie deren Auswirkungen informiert (Freie Hansestadt Bremen 2025). Bereits an dieser Stelle erfolgten wichtige Hinweise dazu, dass zum Beispiel die Menge an bereitgestelltem Naloxon wesentlich erhöht werden musste, um eine Wirkung zu erzeugen.

Um die Klient:innen über die neue Substanz aufzuklären, wurde auf Trägerebene ein Poster erstellt, welches in verschiedene Sprachen übersetzt und an diversen szeneüblichen Orte sichtbar angebracht wurde. Später kam ein Informationsposter für Fachkräfte hinzu, welches mittlerweile über Bremen hinaus Zuspruch gefunden hat und genutzt wird (comeback 2025).

Innerhalb von Bremen kam es zu diversen Anfragen von LKA, Presse, etc.

Zeitgleich wurde die Notfalltrainings für Drogengebrauchende intensiviert und das Thema neue synthetische Opioide in Gremien, Runden Tischen, Austauschrunden im Hilfesystem und Kooperationssitzungen mit Polizei und Ordnungsamt immer wieder in den Fokus gerückt. Zudem finanzierte die Gesundheitsbehörde die Abgabe von Nyxoid auch an Mitarbeitende der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe nach Teilnahme an Schulungen zu Verhalten im (drogeninduzierten) Notfall. Dies geschah im Rahmen eines eigens finanzierten Projektes zu Naloxonschulungen, welches die Comeback gGmbH durchführt.

Hierbei werden zum einen Multiplikator:innen/Mitarbeitende anderer Einrichtungen sowie Akteur:innen, die mit dieser Zielgruppe in Berührung kommen, geschult. Zum anderen richtet sich das Projekt aber auch ganz konkret an die Nutzenden selbst und bietet somit eine Schulung mit praktischem Einüben von Notfallmaßnahmen bei Überdosierungen. Auf diese Art und Weise sollen möglichst viele Menschen befähigt werden, im Notfall adäquate Hilfe zu leisten und bestmöglich mit Naloxon ausgestattet zu sein. In diesem Rahmen hat das hiesige Naloxon Projekt eine eigene Zusammenstellung der wichtigsten Utensilien entwickelt; die sogenannte „Rote Box Bremen“ wird den Nutzenden nach Abschluss einer Schulung ausgehändigt. Hierin

enthalten ist ein Beatmungstuch, Handschuhe, ein Ablaufschema wie sich im Notfall zu verhalten ist sowie je nach Möglichkeit bereits ein Rezept für Naloxon oder die Schulungsteilnahme zur Vorlage beim Haus- und/oder Substitutionsarzt.

Schon sehr früh waren somit alle Akteur:innen der Drogen- und Wohnungslosenhilfe und anderer Behörden gewarnt und entsprechend wachsam.

Den bisherigen Notfallhöhepunkt gab es dann im März 2025. So waren die Mitarbeitenden des Drogenkonsumraumes mit zum Teil 3 gleichzeitig zu versorgenden medizinischen Notfällen konfrontiert. Neben den bekannten Überdosierungserscheinungen wie Atemdepression und Miosis, waren weitere Nitazenbesonderheiten zu beobachten: So berichteten Konsumierende von Übelkeit und Erbrechen und Amnesie – Drogengebrauchende konnten sich nicht an den Konsum im Vorfeld erinnern und ließen sich zum Teil auch schwer davon überzeugen, konsumiert zu haben. Des Weiteren setzen die Überdosierungserscheinungen auch nach intravenösem Konsum mit einer zeitlichen Verzögerung ein. Insbesondere diese Verzögerung verdeutlicht noch einmal, warum der Konsum eine derartige Gefahr darstellt. Daher wurden die folgenden Hinweise für Nutzende noch einmal zusammengefasst:

- Am besten immer im Drogenkonsumraum konsumieren
- Niemals alleine konsumieren
- Am besten die „übliche Dosis“ erst einmal aufteilen, also: Dosissplitting, um die erste Wirkung abzuwarten und ggf. einschätzen zu können
- Bestmöglich die Substanz vor Konsum einem Schnelltest unterziehen, um eine fundierte Konsumentscheidung treffen zu können
- Bestmöglich (regelmäßige) Teilnahme an Naloxonschulungen sowie Naloxon dabeihaben
- Aufklärung über die Substanz, vor allem mit dem Fokus darauf, dass es nicht „das“ Nitazen gibt, sondern auch hier noch einmal Unterschiede im Wirkstoffgehalt bestehen

Das gute Zusammenspiel von Behörde, Streetworker:innen anderer Träger, Polizei und Rettungsdienste, insbesondere im Monat März, ist ein Ergebnis jahrelanger direkter und kurzer Kommunikationsstruktur, welche in Bremen gepflegt wird.

Dass Bremen nun jüngst am 25.7.2025 eine Rechtsverordnung auf Landesebene erlassen hat, welche mögliche Modellprojekte zum Drug-Checking legalisiert, wird in der Zukunft eine elementare Rolle spielen. Insbesondere vor dem Hintergrund von vermehrt aufkommenden und neuen, bisher noch unbekannten synthetischen Opioiden oder anderer Substanzen erscheint Drug-Checking als essenziell notwendig. Konsumierende illegalisierter Substanzen sind ebenso, wenn nicht um ein Vielfaches mehr auf Verbraucher:innenschutz angewiesen, wie beispielsweise Alkoholkonsumierende. Konsumentscheidungen benötigen eine faktenbasierte Wissensgrundlage sowohl über die Substanz und ihren Reinheitsgrad als auch über mögliche Folgen, kurzfristig wie langfristig.

Literatur

Comeback (2025): Nitazene. Handzettel für Fachkräfte, online verfügbar unter: https://comebackgmbh.de/wp-content/uploads/2025/05/2025-05-08-Nitazen-INFOS-FUeR-FACHKRAeFTE-aktuell.pdf; letzter Zugriff: 13.09.2025.

Freie Hansestadt Bremen (2025): Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Gesundheitsamt Bremen warnt vor gestrecktem Heroin, online verfügbar unter: https://www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/gesundheitsamt-bremen-warnt-vor-gestrecktem-heroin-460640; letzter Zugriff: 13.09.2025.

Die Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug und im Entlassmanagement

Heino Stöver, Ulla-Britt Klankwarth, Ingo Ilja Michels

Einleitung

Trotz gegenläufig ausgerichteter Bestrebungen der Strafverfolgungsbehörden wird deutlich, dass der Konsum illegaler und auch legaler Drogen für Inhaftierte in den letzten 40 Jahren zur Alltagsrealität geworden ist – und zwar mit steigender Tendenz (Jamin & Stöver 2021; Schneider 2025). Besonders auffällig ist die hohe Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei weiblichen Inhaftierten, vor allem im Hinblick auf Opioide. Eine bundesweite Erhebung zum Stichtag 31.03.2024 belegt, dass Opioide bei 21 % der Frauen mit Suchtmittelproblematik die Hauptsubstanz darstellten, im Vergleich zu lediglich 13 % der Männer (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug" 2025).

Eine weitere beunruhigende Entwicklung ist der kontinuierliche Anstieg der suchtkranken Personen im Maßregelvollzug. Laut dem Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 20. November 2021 hat sich die Anzahl der nach § 64 StGB untergebrachten Suchtkranken, mehrheitlich Opioidkonsumierende, von 1.373 Personen im Jahr 1995 auf 5.280 Personen im Jahr 2020 vervielfacht. Dieser dramatische Zuwachs verdeutlicht die wachsende Herausforderung, die die Opioidabhängigkeit für das deutsche Justiz- und Gesundheitssystem darstellt (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2021).

Damit verbunden sind gesundheitliche Folgeprobleme und soziale Notlagen für die Betroffenen. Die Justizvollzugsanstalt (JVA) bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen Drogenkonsumierender ab: Drogennotfälle, drogenbedingte Todesfälle während der Haft sowie unmittelbar nach der Entlassung, Händlerhierarchien, verunreinigte und gestreckte Stoffqualitäten mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken wie der Humanen Immundefizienz-Virus-Infektion (HIV), Hepatitis C (HCV) und Hepatitiden, insbesondere durch den gemeinsamen Gebrauch unsterilen Spritzbestecks. Darüber hinaus erzeugt der Beschaffungsdruck innerhalb der Haftanstalten neue Formen von Abhängigkeiten, begünstigt Gewalt und führt nicht selten zu hohen Verschuldungen unter den Inhaftierten. Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufs von Gegenständen verbunden mit Bedrohungen – auch von Freunden und Familienangehörigen in Freiheit, Schuldeneintreiben und Erpressungen schafft ein Klima von

Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das von vielen als völlig vom Drogenthema dominiert erlebt wird.

Im Maßregelvollzug, der nicht in Haftanstalten, sondern psychiatrischen Kliniken (allerdings mit besonders gesicherten Einrichtungen) durchgeführt wird, gelten ähnliche Verhältnisse, weil die meisten der Untergebrachten eine richterlich erzwungene Behandlung nicht unterstützen und den therapeutischen Angeboten dieser Zwangscharakter anhaftet.

Insbesondere für intravenös (i.v.) konsumierende Opioidkonsumierende gehen die Inhaftierung und die Entlassung aus der Haft, aber auch aus dem Maßregelvollzug neben negativen psychosozialen Folgen, mit erhöhten gesundheitlichen Risiken einher. Diese Gruppe ist ohnehin aufgrund ihres Konsums bzw. der mit ihrem Konsum illegalisierter Substanzen einhergehenden Handlungen, häufig von Repression und Inhaftierung betroffen.

Im Rahmen der DRUCK-Studie des Robert Koch Institut (RKI, 2016) gab mit 81 % der Teilnehmenden die große Mehrheit an, mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein, 32 % innerhalb des letzten Jahres. Die mediane Gesamthaftzeit betrug drei Jahre und sechs Monate. Annähernd ein Drittel der Befragten gab an, jemals Drogen in Haft i. v. konsumiert zu haben. Weitere Studien bestätigen diese hohen Inhaftierungszahlen (Werse et al., 2019; Hößelbarth et al. 2011; Degkwitz & Zurhold 2010). Mit einer Inhaftierung besteht zum einen die Gefahr einer Übertragung von HCV und HIV durch die Nutzung unsteriler Konsumutensilien, die in der JVA – mit Ausnahme der JVA für Frauen in Berlin – nicht abgegeben werden. Auch in Maßregelvollzug herrscht die Abstinenzphilosophie. Zum anderen steigt das Mortalitätsrisiko für i. v. Konsumierende insbesondere in den ersten Tagen nach der Haftentlassung (Degkwitz & Zurhold 2010; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] & World Health Organization (WHO) 2013; Heinemann et al. 2002; Burmester 2016; Bukten et al. 2017; Binswanger et al. 2013; Ranapurwala et al. 2018; Joudrey et al. 2019); Farrell & Marsden 2008). Binswanger et al. (2013) zeigen, dass die Mortalitätsrate nach Haftentlassung zwischen 1999-2009 bei 737 per 100 000 Personen im Jahr lag, davon waren 14,8 % opioidbedingte Todesfälle (Binswanger et al. 2013). Eine Analyse der drogeninduzierten Todesfälle in Hamburg zwischen 2003 und 2013 bestätigt, dass in den ersten 30 Tagen nach Haftentlassung ein erhöhtes Risiko für eine Überdosierung mit Todesfolge besteht. 13,3 % der drogeninduzierten Todesfälle traten in diesem Zeitraum ein, 90 % davon aufgrund von Opioid-Intoxikationen (Burmester 2016). Auch nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist das Risiko des erneuten Konsums und der damit einhergehenden Überdosierungsgefahren groß.

Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug

Die Opioidagonisttherapie (OAT) für opioidabhängige Patient:innen stellt auch im Justiz- und Maßregelvollzug ein wesentliches Element einer evidenzbasierten Suchtbehandlung dar. In Deutschland besteht ein gesetzlicher Anspruch auf diese Therapieform, was deren konsequente Umsetzung erfordert. Sofern eine Substitutionsbehandlung als medizinisch notwendig erachtet wird, muss sie gemäß § 58 Straf-

vollzugsgesetz (StVollzG) oder der entsprechenden Norm der jeweiligen Landesgesetze durchgeführt werden. Dieser Rechtsanspruch basiert auf dem im Vollzug geltenden *Äquivalenzprinzip*, das eine medizinische Versorgung auf einem mit der freien Gesellschaft vergleichbaren Niveau vorsieht (Stöver 2011). Für den Maßregelvollzug gilt dies erst recht, weil die Zuständigkeit hierfür bei den Gesundheits- und Sozialministerien liegt und in psychiatrischen Kliniken die Anwendung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur OAT zwingend Anwendung finden müssen. (Heilmann, Scherbsum 2015)

Trotz dieses eindeutigen rechtlichen Rahmens gestaltet sich die praktische Umsetzung als eine erhebliche interdisziplinäre Herausforderung. Die Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Anspruch und der tatsächlichen Versorgungspraxis wird durch aktuelle Statistiken deutlich. Zum Stichtag 31.03.2024 lag die Substitutionsquote bei Inhaftierten mit einer Abhängigkeit von Opioiden oder multiplen Substanzen bei lediglich 44,53 % (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ 2025). Im Maßregelvollzug dürfte dieser Anteil deutlich niedriger sein, zwischen 6-10%. (Szonnert et.al. 2023; Völm, Cerci 2021)

Die niedrige Substitutionsquote zeigt, dass trotz der gesetzlichen Vorgaben und der medizinischen Evidenz erhebliche Defizite in der Versorgungspraxis bestehen. Neben medizinischen Aspekten, wie der Auswahl und sicheren Verabreichung geeigneter Medikamente, sind organisatorische Rahmenbedingungen, rechtliche Vorgaben und ethische Überlegungen zu berücksichtigen. Herausforderungen ergeben sich etwa bei der Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentengabe unter Berücksichtigung der Haft- und Maßregelvollzugsbedingungen sowie bei der Prävention von Missbrauch und Diversion. Eine enge Kooperation zwischen medizinischen Fachkräften, Vollzugsbehörden und weiteren beteiligten Akteur:innen ist essenziell, um den therapeutischen Erfolg sowie die Patient:innensicherheit zu gewährleisten.

Herausforderungen

Angesichts der Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Anspruch auf eine OAT und der tatsächlichen Versorgungspraxis im Justiz- und im Maßregelvollzug besteht ein dringender Bedarf an praxistauglichen Lösungsansätzen. Die vielseitigen Herausforderungen, die sich bei der Umsetzung der OAT in geschlossenen Einrichtungen ergeben, sind in ihrer Komplexität interdisziplinär zu betrachten.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die erfolgreiche Durchführung einer OAT im Justiz- und Maßregelvollzug erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und effektive Teamarbeit. Dabei sind patient:innen-individuelle Absprachen zwischen zahlreichen Akteur:innen essenziell. Dazu zählen Ärzte bzw. Ärztinnen in den Anstalten, niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, der nicht-ärztliche Dienst, Apotheker:innen sowohl vor Ort als auch in zentralen Versorgungsstrukturen, Justizvollzugsangestellte, Sozialarbeiter:innen und

Psychotherapeut:innen. Um eine kontinuierliche und sichere Versorgung 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 Herausforderungen flexibel reagieren zu können.

Diagnose

Die Feststellung einer tatsächlichen Opioidabhängigkeit stellt eine zentrale, jedoch oftmals herausfordernde Aufgabe im Rahmen der Indikationsstellung für eine OAT dar. Die diagnostische Komplexität ergibt sich aus Faktoren wie unzuverlässigen Selbstangaben der Patient:innen, dem möglichen Konsum anderer Substanzen sowie der begrenzten Verfügbarkeit diagnostischer Ressourcen im Strafvollzug. Dennoch ist eine sorgfältige und fundierte Beurteilung unerlässlich, um die medizinische Notwendigkeit der Therapie sicherzustellen und eine angemessene Behandlung zu ermöglichen. Eine Opioidabhängigkeit ist zwar eine zwingende Voraussetzung ist für eine Unterbringung im Maßregelvollzug, aber zunehmend wird davon berichtet, dass dies nicht immer zwingend festgestellt wird.

Beikonsum

Der Beikonsum nicht-verordneter Substanzkonsum stellt eine zentrale Herausforderung im Rahmen der OAT dar und beeinflusst maßgeblich die Auswahl und Steuerung der therapeutischen Maßnahmen. Sowohl die Art als auch das Ausmaß des Beikonsums sind dabei entscheidende Faktoren. Eine flexible Anpassung der Substitutionsdosis sowie eine teilweise Akzeptanz bestimmter Substanzen können in ausgewählten Fällen zur Stabilisierung der Behandlung beitragen. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Problematik erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt bzw. Ärzt:innen, Justiz- und Maßregelvollzugsangestellten sowie 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 Mitinsassen zu minimieren.

Bundeslandspezifische und institutionelle Unterschiede

Die Umsetzung der OAT im Justiz- und Maßregelvollzug unterliegt bundeslandspezifischen sowie einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen, die eine einheitliche Standardisierung auf nationaler Ebene erschweren. Unterschiedliche gesetzliche Auslegungen und organisatorische Gegebenheiten führen zu erheblichen Variationen in der praktischen Handhabung. Einrichtungen sehen sich häufig mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, darunter ein hoher personeller Aufwand, logistische Probleme beim Transport von Patient:innen und die begrenzte Verfügbarkeit von Substitutionsplätzen. Diese Faktoren bedingen die Notwendigkeit flexibler und auf

die jeweilige Institution zugeschnittener Lösungen, um die therapeutische Versorgung sicherzustellen.

Eingesetzte Medikamente und der Nutzen von Depot-Präparaten im Justiz- und Maßregelvollzug

In den jetzt mehr als 35 Jahren, in denen in Deutschland Menschen mit Opioidabhängigkeit medikamenten-gestützt behandelt werden, hat sich die Palette der Medikamente ständig erweitert (RKI 2016; Werse et al. 2019; Jamin & Stöver 2021). Nach § 5 Abs. 6 in Verbindung mit § 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sind in Deutschland Methadon, Buprenorphin und in Ausnahmefällen Codein oder Dihydrocodein zur medizinischen Anwendung zugelassene Substitutionsmittel. Diamorphin (Heroin) ist ebenfalls ein Substitutionsmittel, dessen Anwendung jedoch auf speziell festgelegte Fälle beschränkt ist.

Diese Erweiterungen betreffen zum einen die Substitutionssubstanzen selbst zum zweiten die Applikationsformen. Während in Deutschland zunächst nur mit der Substanz L-Methadon behandelt wurde, wurden im Laufe der Jahre die Substanzen DL-Methadon, Buprenorphin mit und ohne Beigabe von Naloxon, retardierte Morphine und Diamorphin zur Substitution zugelassen. Parallel dazu hat sich auch die Vielfalt der Applikationsformen erhöht. Zunächst waren nur flüssige Substitutionsmittel verfügbar. Später wurden auch orale und sublinguale Tablettenformen zugelassen.

Im Justiz- und Maßregelvollzug hat diese Entwicklung jedoch nur begrenzt Einzug gehalten. Die Diversionsmöglichkeiten, also die Weitergabe oder der illegale Verkauf von Medikamenten (Hößelbarth et al. 2011) und der hohe Kontrollaufwand bei der Einnahme bzw. sublingualen Auflösung der Tabletten werden im Vollzug als erhebliches Problem angesehen (Degkwitz & Zurhold 2010). Von der Vielfalt der Medikamente wird in der Regel im Justiz- und Maßregelvollzug kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzten bzw. -ärztinnen. L-Polamidon ist aufgrund des Preises und Buprenorphin aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Retardierte Morphine und Diamorphin spielen so gut wie keine Rolle.

Dies verdeutlicht, dass die besonderen Rahmenbedingungen in geschlossenen Einrichtungen die Wahl der Medikation und Applikationsform maßgeblich beeinflussen. Die Notwendigkeit sicherer und kontrollierbarer Therapieformen, wie Depot-Präparate, gewinnt in diesem Kontext an Bedeutung. Durch Depot-Präparate wird der enthaltene Wirkstoff über einen längeren Zeitraum freisetzen, anstatt sofort.

Die Vorteile von Depot-Präparaten

Die aktuellen in Deutschland zugelassenen Entwicklungen betreffen den Wirkstoff Buprenorphin als langwirksames Arzneimittel in Form subkutaner Depotspritzen bzw. als Implantat. Bei jedem neuen Medikament und bei jeder neuen Applikations-

form stellt sich naturgemäß die Frage, für wen und in welchem Setting sie idealerweise einsetzbar ist.

Angesichts der spezifischen Rahmenbedingungen in geschlossenen Einrichtungen bieten Depot-Präparate erhebliche Vorteile. Durch die Umstellung auf Depot-Buprenorphin könnte die Anzahl der wöchentlichen Patient:innenkontakte von sieben auf bis zu einen pro Monat reduziert werden, was den personellen und logistischen Aufwand minimiert und, wie in der Corona-Pandemie deutlich wurde, auch das Übertragungsrisiko von Infektionskrankheiten erheblich senkt.

Der Einsatz von Depot-Präparate bietet sich v.a. für die OAT im Justiz- und Maßregelvollzug an, da sie im Vergleich zu täglich zu verabreichenden Substitutionsmitteln eine Reihe von Vorteilen bieten.

- Sie tragen zu einer *Verbesserung der Lebensqualität* bei, indem sie die soziale Teilhabe fördern und die Vereinbarkeit von Therapie und Berufstätigkeit erleichtern. Darüber hinaus entfallen (lange) tägliche Wege zur Praxis bzw. medizinischer Abteilung.
- Depot-Präparate ermöglichen *stabilere Wirkstoffspiegel*, wodurch die
- Patient:innen weniger Gefahr laufen, in einen Entzug zu geraten oder täglich an ihre Abhängigkeit erinnert zu werden.
- *Reduzierung des Risikos* **für Beschaffungskriminalität** im Kontext der Justiz- und Maßregelvollzugsanstalt, da Depot-Präparate zu einem geringeren Schmuggelpotenzial und einem reduzierten Personal- sowie Transportaufwand führt. Gesellschaftlich bietet diese Therapieform Vorteile, da das Missbrauchs- und Drogenhandelspotenzial gesenkt wird.
- *Reduzierung des Risikos von Drogentodesfällen1d*. Besonders vor der Entlassung sollten Patient:innen auf Depot-Präparate umgestellt werden, um das Risiko von Drogentoten in den ersten 48 Stunden nach der Entlassung zu verringern.

Depot-Präparate sind nicht für alle Patient:innen geeignet, wenn sie z. B. die diese Form der Therapie ablehnen, oder unter einer ausgeprägten Spritzenangst leiden. Ebenso ist die Anwendung bei Patient:innen, die zur Granulombildung neigen, nicht ratsam, da dies das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen erhöht. In solchen Fällen sollten alternative Substitutionsmethoden in Betracht gezogen werden, die den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Voraussetzungen besser entsprechen.

Gesundheitsökonomische Erkenntnisse zum Einsatz von Depot-Präparaten im Justiz- und Maßregelvollzug

Kostenvorteile von Buprenorphin-Depots

Die gesundheitsökonomische Berechnung hat einen deutlichen Kostenvorteil für das Buprenorphin-Depot erbracht. Die Kosten für eine medikamenten-gestützte Behandlung über 28 Tage liegen mit den herkömmlichen Substitutionsmitteln zwischen ca.

54 % (für das DL-Methadon) und ca. 81 % (für Buprenorphin/Naloxon-Sublingualtablette) höher als für das wirkungsäquivalente Buprenorphin-Depot.

Bei der Bewertung der Kosteneffizienz einer Therapie dürfen nicht nur die reinen Medikationskosten betrachtet werden, sondern müssen auch die personellen, logistischen und sonstigen Ressourcen einbezogen werden, die für die Behandlung notwendig sind. Berücksichtigt man alle vollzuglichen Aspekte und die benötigten Ressourcen, ist ein subkutanes Buprenorphin-Depot das für den Vollzug aus medizinischer Sicht am besten geeignete Substitutionsmittel.

Dennoch ist bei einer Entscheidung für die jeweilige Therapie immer der Patient:innenwunsch mit zu berücksichtigen.

Mortalität und Behandlungskontinuität nach Haftentlassung

Das Entlassmanagement spielt eine zentrale Rolle bei der Gewährleistung einer nahtlosen Fortführung der OAT nach der Haftentlassung oder Beendigung einer Maßregel (wo eine Anbindung an eine OAT Praxis einfacher zu organisieren ist, weil dies zu den Aufgaben der Forensischen Klinik für eine Entlassung in Freiheit gehört). Ein besonders wichtiges Ziel ist die Vermeidung von Drogentodesfällen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung, da dieser Zeitraum statistisch gesehen das höchste Risiko für Rückfälle und tödliche Überdosierungen birgt. Opioidabhängige Inhaftierte haben in den ersten zwei Wochen nach der Haftentlassung ein bis zu 12-mal höheres Risiko an einer Überdosis zu sterben (Binswanger et al. 2013; WHO 2010). Bei einer Untersuchung zu den Todesursachen von über 26.000 verstorbenen ehemaligen Inhaftierten zeigte sich der drogenbezogene Tod als häufigste Ursache (18 %, gefolgt von Gewaltdelikten mit 9 % oder Suizid mit 8 %) (Zlodre & Fazel 2012, S. 68).

Die Rolle der Behandlungskontinuität

Auch wenn die Zuständigkeit des Strafvollzuges mit der Haftentlassung endet, ist es im Sinne einer durchgängigen Betreuung in bestimmten Fällen sinnvoll, die Substitution vor Entlassung zu beginnen oder, im Falle einer kontinuierlichen Substitution, für einen nahtlosen Übergang zu sorgen (d. h. Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenkasse, Vermittlung zum weiterführenden Substitutionsarzt bzw. -ärztin etc.; Jamin & Stöver 2021). Nur weil einige Suchtkranke unter den stark kontrollierten Bedingungen des Strafvollzuges zur Abstinenz in der Lage sind (obwohl im Justizvollzug Zugang zu Drogen besteht), heißt dies nicht, dass sie dazu in Freiheit in der Lage sind, wenn sie wieder Verantwortung für ihren Alltag tragen müssen (Fährmann 2019; 2020). Das sogenannte „Throughcare"-Konzept sieht eine durchgehende medizinische Versorgung vor, die Versorgungsabbrüche beim Übergang von der Haft in die Freiheit verhindert. Die Maßregelvollzugsgesetze schreiben ein solches Übergangsmanagement vor (etwa Vermittllung in psychiatrische Institutsambulanz).

Untersuchungen zeigen, dass die OAT im Vollzug nicht nur das akute Suchtleid lindert, sondern auch die Motivation für weiterführende Behandlungen steigert (s. o.).

Dies zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen: Inhaftierte in OAT begeben sich aus der Haft heraus häufiger in suchttherapeutische Behandlungen und beenden diese auch häufiger, vorausgesetzt, die Substitution wird nahtlos fortgeführt. Bereits im Jahr 2012 stellte das amerikanische „National Institut of Drug Abuse“ (NIDA) fest, dass eine medikamentöse Behandlung, wie die Substitution, ein wichtiger Teil der Behandlung von Suchtmittelabhängigen ist und das Verbleiben in psychosozialen Verhaltenstherapien verlängern kann (NIDA 2012). Für bestimmte Personen stellen Therapien ohne flexible Substitution (i.S.v. Dosis, Mittel etc.) eine hohe Hürde dar, sich überhaupt in eine solche Behandlung zu begeben (weiterführend zu den Behandlungshindernissen s. Kourounis et al. 2016).

Best-Practice-Ansätze im Übergangsmanagement

Die Fortführung einer in Haft durchgeführten bzw. begonnenen OAT nach Haftentlassung muss rechtzeitig geplant und fest vereinbart werden (Jamin/Stöver 2020). Die JVA Bremen bspw. unterstützt die Fortsetzung der OAT bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, eine*n Arzt bzw. Ärztin zur Weiterbehandlung zu finden (CDU/SPD-Fraktion in der Bremischen Bürgerschaft o.J.). Ähnlich hat auch das Gesundheitsamt Köln für Patient:innen aus der Haft, die noch keine Zusicherung von einer:m niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin haben oder (noch) nicht krankenversichert sind, können in der Ambulanz des Gesundheitsamts versorgt werden.

Um dem Mortalitätsrisiko nach Haft entgegenzuwirken, hat sich das Hannoveraner Modell als etablierter Best-Practice-Ansatz bewährt. Dieses Modell zielt darauf ab, eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen und Übergänge zwischen Haft und Leben in Freiheit zu optimieren. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Justizvollzugsanstalten, psychiatrischen Institutsambulanzen, OAT Praxen, ambulanten Behandlungseinrichtungen und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen ist unerlässlich, um den Erfolg dieses Ansatzes langfristig zu sichern.

Diese Modelle entlasten JVAen, wenn die Anschlussversorgung sichergestellt ist und sie sich nicht darum kümmern muss. In die Ambulanz kommen neben den aus der Haft Entlassenen auch beurlaubte Gefangene, die ihr Substitutionsmittel benötigen.

Die Bedeutung von Depot-Präparaten

Depot-Präparate können eine entscheidende Rolle im Übergangsmanagement spielen. Da sie einen Schutz vor Überdosierungen bieten, können sie die kritische Phase unmittelbar nach der Haftentlassung überbrücken, bis die Weiterführung der OAT durch einen niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin gesichert ist. Die Umstellung auf Depot-Buprenorphin vor der Entlassung minimiert somit das Risiko von Drogentoten in den ersten 48 Stunden.

Fazit

Die Opioidagonisttherapie im Justiz- und Maßregelvollzug bietet sowohl für die betroffenen Patient:innen als auch für die Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten selbst zahlreiche Chancen, stellt jedoch gleichzeitig eine Reihe von 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, Justizvollzugsangestellten und weiteren Akteuren ist ein entscheidender Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Umsetzung der Therapie und die Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse. Für das Entlassmanagement geht es frühzeitig darum eine Anschlussbehandlung zu sichern. Depot-Präparate können im Übergang eine wichtige Option darstellen.

Literatur

Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR et al. (2013) Mortality After Prison Release: Opioid Overdose and Other Causes of Death, Risk Factors, and Time Trends From 1999 to 2009. Ann Intern Med 159:592. DOI:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005

Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S et al. (2017) High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. Addiction 112:1432–1439. DOI:10.1111/ add.13803

Bundesärztekammer (BÄK) (2017) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/82f2287e-14de-43e2-a1b0-cdea6225e8db

Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2021) Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB). www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2022_Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Burmester A. (2016) Analyse der drogenbezogenen Todesfälle 2003–2013 in Hamburg: Risikofaktor Haftentlassung, Dissertation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/7077/1/Dissertation.pdf

CDU/SPD-Fraktion in der Bremischen Bürgerschaft (o.J.): Methadon-Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung. Methadon-Substitution in der JVA Bremen und die Nachsorge nach der Haftentlassung (Zugriff: 14.08.2025)

Degkwitz P, Zurhold H. (2010) Die Bedarfe älterer Konsumierender illegaler Drogen. Zukünftige Anforderungen an Versorgungskonzepte in der Sucht- und Altenhilfe in Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Drogen und Sucht, Hamburg

Fährmann J., Schuster S., Stöver, H., Häßler U., Keppler K. (2021): Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis Über eine umstrittene Praxis im Justizvollzug und vor Gericht. In: NStZ 5, S. 271-275

Farrell M, Marsden J. (2008) Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. Addict 103:251–255. DOI:10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x

Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ (2017) Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. Addict 112:1725–1739

Heilmann M, Scherbaum N. Zur Bedeutung ergänzender medikamentöser Strategien im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB (2015). Forens Psychiatr Psychol Kriminol ; 9: 18–28. doi:10.1007/s11757-014-0298-8

Heinemann A, Kappos-Baxmann I, Püschel K. (2002) Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Eine katamnestische Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. Suchttherapie 3(3):162–167

Hößelbarth S, Stöver H, Vogt I. (2011) Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet. Institut für Suchtforschung (ISFF), Frankfurt am Main

Jamin, D./Stöver, H. (2020): Schnittstelle Haft und Freiheit – Zur Entlassungssituation von Drogengebrauchenden - Das Risiko „Haftentlassung“ für Drogengebrauch. In: Forum Strafvollzug, 3/2020, S. 209ff.

Jamin D, Stöver H (2021) Zwischen Haft und Freiheit. Bedarfe und Möglichkeiten einer guten Entlassungsvorbereitung von Drogengebrauchenden. Drogenkonsum in Geschichte und Gesellschaft. Nomos, Baden-Baden

Joudrey PJ, Khan MR, Wang EA et al. (2019) A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. Addict Sci Clin Pract 14:17. DOI:10.1186/s13722-019- 0145-5

Kourounis G., Wensley Richards B.D.W, , Symeonidou E., Malliori M.M. (2016): Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. In: Drug Alcohol Dependence 2016 Apr 1:161:1-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.02

Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ (2021) Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten: Stichtagsdaten vom 31.03.2021 zur Konsumeinschätzung. www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/

Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ (2025) Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten: Stichtagsdaten vom 31.03.2024 zur Konsumeinschätzung. www.berlin.de/justizvollzug/_assets/senjustv/sonstiges/fact-sheet-zur-stoffgebundenen-suchtproblematik-31032024.pdf?ts=1752710439

Michels M (2018) Straffällig gewordene Frauen. In: Maelicke B, Suhling S (Hrsg) Das Gefängnis auf dem Prüfstand: Zustand und Zukunft des Strafvollzugs. Springer, S 381–402

NIDA (2012): Criminal Justice DrugFacts. Criminal Justice DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Zugriff: 14.08.2025)

Ranapurwala SI, Shanahan ME, Alexandridis AA et al. (2018) Opioid Overdose Mortality Among Former North Carolina Inmates: 2000–2015. Am J Public Health 108:1207–1213. DOI:10.2105/AJPH.2018.304514

Robert Koch Institut (RKI) (2016) Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland – DRUCK-Studie. Berlin: RKI

Schneider, F (2025): ‚Hilfe wäre es, wenn es mir was bringt‘. Unterstützungsmaßnahmen für Drogenkonsumierende in Haft. Springer

Stöver H (2011) Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMa%C3%9FregelFin130611.pdf

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

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Health Organization (WHO) (2013) Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf

Völlm B, Cerci D; Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review in Suchtmedizin 2021: 23(2): 90-98

Werse B, Kamphausen G, Klaus L. (2019) MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research (CDR), Goethe Universität, Frankfurt am Main

World Health Organization (WHO) (2010) Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. http://apps.who.int/bookorders/ anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=34&codcch=98#

Zlodre J, Fazel S (2012) All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. Am J Public Health 102:67–75. DOI:10.2105/AJPH.2012.300764

5

Crack/ Kokain

Wie gehen die Kommunen mit dem zunehmenden Crackkonsum um? Handlungsempfehlungen 2025 zum Crackkonsum

Lea Albrecht

Zusammenfassung

Obwohl belastbare Daten fehlen, lässt sich trotzdem aus Praxisberichten und Erfahrungen der vor Ort Tätigen ableiten, dass der Crackkonsum in Deutschland in Großstädten zunimmt. Fachkräfte beobachten steigende Konsumzahlen und daran anschließend veränderte Bedarfe der Szene. Das Hilfesystem ist sehr hochschwellig, auf die neuen Bedarfe kaum angepasst und für viele unzugänglich, besonders für Menschen ohne Krankenversicherung. Gefordert sind niedrigschwellige, passgenaue Angebote wie Rauchzelte, Safer-Use-Materialien, Ruheplätze sowie kultursensible Straßensozialarbeit. Notwendig sind zudem rechtliche Anpassungen, Forschung, Nutzer:innenbeteiligung und Entstigmatisierung.

Situation bundesweit

Seit einiger Zeit hat sich die Situation in Bezug auf den bundesweiten Crackkonsum in Deutschland deutlich zugespitzt. Immer mehr Einrichtungen, aber auch Kommunen und Repressionsorgane, berichten von steigendem Crackkonsum insbesondere im öffentlichen Raum. Eine evidenzbasierte Datenlage wie viele Konsumierende es aktuell bundesweit gibt, oder wie sich die Zahlen während und nach Corona verändert haben gibt es jedoch nicht. Erhebungen dazu, wie sich die Nutzendenzahlen und Strukturen verändert haben oder aktuell sind liegen auf Bundesebene einheitlich nicht vor. Lediglich einzelne Regionen wie etwa Köln oder Frankfurt haben Befragungen durchgeführt. In Köln fand 2023 beispielsweise eine Erhebung statt, welche genauer in den Fokus nahm, wo sich in der Stadt Konsumorte, Vermüllungseffekte, Lagerstätten von wohnungslosen Personen oder dealende Personen aufhalten. Zusätzlich zu der daraus resultierenden Kartographie wurden 119 Personen zu ihrem Konsumverhalten und den dahinterliegenden Motiven befragt (vgl. Deimel, (2024) Crack Konsum aktuelle Entwicklungen und Handlungsansätze). Eine solche Befragung ist ein guter Anfang, bundesweit jedoch aktuell leider noch einer von sehr wenigen. Somit bleibt aktuell lediglich die Einschätzung von Fachkräften aus der Praxis heraus. Hierzu gab es beispielsweise eine Befragung des IFT, welches sich versuchte der Thematik zu nähern und anschließend eine Übersicht erstellte in

welchen Regionen Deutschlandweit der Konsum von Crack zugenommen hat. Spannenderweise zeigte die daraus resultierende Karte, die jeweils 2021 und 2023 erstellt wurde, dass es bundesweit einen Anstieg des Crackkonsums zu geben scheint, insbesondere in den Großstädten und Stadtstaaten. Relativ verschont erscheint jedoch der Osten Deutschlands, in den Regionen wo Crystal Meth eine zentrale Rolle spielt. (vgl. Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F., & Neumeier, E. (2023). Crack. Trendspotter Update. München: Institut für Therapieforschung). Die Datenlage ist ausbaufähig und würde einer regelmäßigen Aktualisierung bedürfen um die Entwicklungen konsequent nachverfolgen und wissenschaftlich belegen zu können. Einige Städte wie Frankfurt, Berlin oder Hamburg kennen die Substanz Crack bereits seit Jahren und Jahrzehnten, andere Regionen wie etwa Bremen, Düsseldorf oder Hannover beschreiben jedoch erst in den letzten drei bis acht Jahren das massenhafte Aufkommen von Crack. Was die Regionen jedoch eint, ist dass fast überall wo Crackkonsum vorzufinden ist eine Zunahme sowie eine Veränderung der Konsumierenden in Hinblick auf ihre Dynamik und ihre Bedarfe zu verzeichnen ist. Somit ist es notwendig, dass sich die Sucht- und Drogenhilfe, aber auch andere Beteiligte des Hilfesystems mit ihren Konzepten an diese neue Zielgruppe und ihre Charakteristika konzeptionell anpassen.

Notwendige Veränderungen

Aktuell bestehen hohe Hürden für die Inanspruchnahme von adäquaten Unterstützungsangeboten innerhalb des Hilfesystems, welche sich aus verschiedenen Komponenten ergeben. Zum einen ist das System an vielen Stellen sehr geteilt nach den jeweiligen Finanzierungen, also zum Beispiel über das SGB V im Sinne von medizinischen und gesundheitsfördernden Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen, oder die Eingliederungshilfe in SGB IX, oder niedrigschwellige Angebote im Sinne von Tagesstätten. Die Übergänge erfolgen hier an vielen Stellen nicht nahtlos oder sind für die Betroffenen mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Zum anderen ist nicht für alle Konsumierenden der grundsätzliche Zugang zu bestimmten Leistungen möglich. Immer mehr Menschen verfügen beispielsweise nicht über einen Krankenversicherungsschutz und können daher weiterführende Hilfen, wie etwa eine geplante Entgiftung oder Therapie kaum in Anspruch nehmen. Dies kommt sowohl bei Menschen zustande, welche einen Rechtsanspruch hätten und trotzdem nicht im Leistungsbezug und somit in der Krankenversicherung sind (z.B. häufig nach Haftentlassung, wenn nicht nahtlos Leistungen vom Jobcenter erfolgen), als auch bei Menschen welche aufgrund von z.B. ausgelaufenen Duldungen und ungeklärten Aufenthaltsstatus keinen Versicherungsschutz haben oder ihrer Residenzpflicht in der vorgeschriebenen Region nicht nachkommen. Hier gilt es dringend auf Bundesebene verlässliche Konstrukte zu entwickeln.

Auch wird die Drogenhilfe häufig noch immer als kein klassischer Baustein des Psychiatrischen Hilfesystems verstanden, sondern eher als ein weiterer eigenständiger Bestandteil. Sucht ist jedoch eine psychische Erkrankung wie andere auch und häufig begleitet von zahlreichen Komorbiditäten, die eine psychiatrische Behandlung benö-

tigen würden. Hier ist die Durchlässigkeit sowie die Behandlung von Menschen mit Doppel- oder Mehrfachdiagnosen deutlich verbesserungsbedürftig.

Es bedarf neuer rechtlicher Regelungen für Bedarfe die in der Praxis längst ersichtlich geworden sind. Dazu zählen etwa gesonderte Angebote für die spezifische Zielgruppe der Crackkonsumierenden wie zum Beispiel unbürokratische Rauchzelte, welche nicht die extrem hohen rechtlichen Voraussetzungen eines Drogenkonsumraumes (DKR) erfüllen müssen und somit einen niedrigschwelligeren Zugang darstellen könnten. Der Gruppenkonsum insbesondere von Crack ist verbreitet und findet aufgrund der aktuellen Regularien von Drogenkonsumräumen häufig im öffentlichen Raum statt. Dies gilt es dringend zu verhindern und Angebote zu schaffen, welche in der Nutzung für die jeweiligen Konsumierenden attraktiv sind. Sogenannter Mikrohandel, also die Weitergabe von Kleinstmengen, welche für den Eigenkonsum bestimmt sind, müsste innerhalb solcher Einrichtungen gestattet sein, um den Menschen zu ermöglichen vor Ort zu bleiben. Dies sind bewährte Modelle, die in der Schweiz bereits etabliert sind, die in Deutschland jedoch aktuell noch am rechtlichen Rahmen scheitern.

Des Weiteren bedarf es mehr Forschung und Evaluierung im Bereich Crackkonsum. Zum einen natürlich aus einer wissenschaftlichen Perspektive heraus, zum anderen müsste dringend damit begonnen werden Praxisberichte ernst zu nehmen und erste Hinweise konsequent in Modellprojekten zu verfolgen. Hier sei insbesondere eine mögliche medikamentöse Behandlung angesprochen, die erfolgen könnte. Aus der Praxis heraus gibt es erste Evidenzen, dass Medikamente welche bereits mit anderer Behandlungsindikation auf dem Markt sind einen positiven Effekt erzeugen könnten. Hierzu bedarf es sogenannter Off lable-Modellprojekte, welche wissenschaftlich begleitet aufzeigen könnten, inwiefern dies zu einer zweckmäßigen Behandlung des Crackkonsums ausgebaut werden könnte oder für die Individuen hilfreich erscheint.

Ein weiterer sehr zentraler Baustein ist jener, welcher am häufigsten vergessen wird – die Nutzendenbeteiligung! Vielerorts sprechen Fachkräfte, Behörden, Ordnungs- und Repressionsorgane, Anwohnende und viele mehr miteinander. Wer jedoch selten Gehör findet, sind die Betroffenen selbst. Es gilt diese Menschen, ihre gemachten Erfahrungen und ihre ganz individuellen Bedarfe ernst zu nehmen und aktiv ihre Perspektive einzufordern, wann immer neuen Maßnahmen geplant werden.

Was Kommunen aktuell tun können

Nach all den Aspekten, welche ausgebaut werden müssen, ist es jedoch unerlässlich einen Blick darauf zulegen, was bereits verändert wurde und wo Kommunen im Austausch voneinander lernen können. Zahlreiche Maßnahmen wurden aus der Praxis heraus entwickelt und zeigen sich mittlerweile als essenzielle Elemente der Unterstützung:

Es bedarf zentraler, aber auch dezentraler Angebote für die Zielgruppe. Häufig hat es sich hier als hilfreich gezeigt Einrichtungen mit einem sehr niedrigschwelligen Charakter und möglichst ausgeweiteten Öffnungszeiten zentral dort anzubieten, wo sich die Szene aufhält. Zusätzlich dazu benötigt es aber Angebote, die sich an Menschen mit einem Ausstiegswunsch oder bereits aktuell mit einem reduzierten Konsum

richten, welche eher dezentral gelegen sind, um so nicht erneut den täglichen Kontakt mit der Szene zu intensivieren.

Einrichtungen sollten möglichst groß, offen und weitläufig gestaltet werden, um den Menschen das beklemmende Gefühl von kleinen Innenräumen zu nehmen. Es gilt aber auch, dass in Einrichtungen mit Aufenthaltscharakter, schnell Konflikte zwischen Personengruppen entstehen können, die innerhalb kleiner Räumlichkeiten unvermeidlich in Kontakt miteinander kommen. Räumlicher Abstand könnte diesen Effekt abmildern. Zusätzlich kann es sich anbieten für einzelne besonders vulnerable Untergruppen spezifische Angebote zu gestalten, wie etwa eine gesonderte kleine Öffnungszeit nur für Frauen o.ä.

Es gilt Schwellen jeglicher Art abzubauen. Dazu zählt es sowohl die Öffnungszeiten so umfänglich wie möglich zu gestalten, als auch innerhalb dieser Öffnung alle Angebote unkompliziert zu ermöglichen. Das traditionelle Konzept einer Beratungsstelle, welche feste Termine im Voraus vergibt erscheint für diese Zielgruppe als nicht mehr adäquat. Viel Ansprechbarkeit, keine Terminvergaben, klare Wege und möglichst einladende Bedingungen sind essenziell dafür, dass Nutzende die Angebote wahrnehmen. Insbesondere auch sprachliche, sowie kulturelle Hürden spielen mittlerweile eine große Rolle. Hier kann es hilfreich sein mit Menschen mit muttersprachlichen Fähigkeiten und ähnlich kulturell geprägten Ansätzen zu arbeiten um die Zielgruppe passgenau anzusprechen und abholen zu können. Insbesondere Angebote wie die Straßensozialarbeit mit kultur- und sprachsensiblem Ansatz ist unbedingt auszubauen. Menschen unmittelbar an ihren Konsum- und/oder Lebensmittelpunkten aufzusuchen schafft häufig gute erste Verbindungen zu einem Hilfesystem.

In den Einrichtungen selbst ist es von zentraler Bedeutung klassische Safer-Use Materialien zu erweitern und die Bedarfe der Crackkonsumierenden mit einfließen zu lassen. Hier braucht es unter anderem Pfeifen, Siebe, Löffel, Wasser, Natron zum aufkochen (damit auf keinen Fall Ammoniak verwendet wird, welches weitaus schädlicher ist) und Kaffeefilter (zum abstreichen der Steine nach dem Kochen. Hierdurch wird verhindert, dass Fasern in die Substanz geraten, aber auch das die Nutzenden einen Reibungsverlust der Substanz haben, weil der „Crackstein“ an einer fremdartigen Unterlage festhaftet). Neben angemessenen Safer-User Materialien und der dazugehörigen Beratung, hat sich gezeigt, dass es sich anbietet zusätzlich Hand- & Lippenpflege auszugeben, aber auch einen Fokus auf die Grundbedürfnisse der Nutzenden zu legen, welche sonst häufig vernachlässigt werden: Es benötigt ganz basal an Ausgabe von Essen und Trinken um sowohl drohenden Dehydrierungen als auch der Mangel- und Fehlernährung entgegen zu wirken. Je nach individuellen Voraussetzungen bietet es sich hier an auf hochkalorische und weiche Kost zu setzen um Menschen mit schlechtem Zahnstatus das Essen ebenfalls zu ermöglichen. Aber auch Schlafen stellt einen weiteren zentralen Baustein der Stabilisierung und Regeneration der Konsumierenden da. Niedrigschwellige Ruhebetten können dazu führen, dass Menschen nach tagelangen Konsumphasen hier erstmals zur Ruhe kommen und anschließend potentiell zugänglicher für Hilfemaßnahmen sein können.

Auch im öffentlichen Raum halten sich Nutzende auf und werden hier schnell als störend oder das subjektive Sicherheitsgefühl einschränkend wahrgenommen. Daher gilt es schon bei einer gelungenen Stadtentwicklung die Bedarfe der Zielgruppe zu be-

denken und gegebenenfalls gesonderte Flächen für eine Nutzung durch die Zielgruppe einzuplanen. Diese Flächen benötigen zwangsläufig Trinkwasser, Sonnenschutz, Sitzgelegenheiten für Aufenthaltsqualität, Toiletten, ausreichend Müllbehältnisse sowie andere Faktoren, um eine Attraktivität für die Zielgruppe herzustellen und so die Nutzung möglichst gewinnbringend zu gestalten.

Die Dynamik, welche durch die Substanz und den häufig dahinterstehenden hohen Beschaffungsdruck entsteht ist unbedingt bei der Planung von Einrichtungen, aber auch bei der Schulung von Mitarbeitenden zu bedenken. Es benötigt gezielter Schulungen wie sich Mitarbeitende deeskalativ verhalten und wie empathisch auf Situationen von Überagitation und Aggression eingegangen werden kann, ohne dass eine Situation eskaliert. Die Frage nach Schuld ist in diesem Kontext wenig hilfreich und sollte vermieden werden. Sowohl unmittelbar mit den Konsumierenden arbeitende Personen, als auch Rettungsdienste, Krankenhausmitarbeitende, Jobcenterangestellte, Ordnungsdienstmitarbeitenden, Menschen der Stadtreinigung oder ähnliche müssen dringend für diese Zielgruppe sensibilisiert werden und die Hintergründe verstehen. Hierzu gilt es kontinuierlich Aufklärungs- und Kooperationsarbeit zu leisten und somit das Wissen aber auch das Verständnis für die Zielgruppe zu erweitern.

Auch gesamtgesellschaftlich muss der Prozess der Entstigmatisierung vorangetrieben werden. Unabhängig davon, ob sich etwa Träger der Sucht- & Drogenhilfe in öffentliche Beiratssitzungen einbringen, oder ob Medienbeiträge kritisch auf Sprachnutzung hinterfragt werden, zeigt sich hier viel Raum der Optimierung für die nächsten Jahre.

Literatur

Deimel, D. (2024): Crack-Konsum – Aktuelle Entwicklungen und Handlungsansätze. Vortrag auf der Fachtagung Impulse, online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/384428966_Crack-Konsum_-_Aktuelle_Entwicklungen_und_Handlungsansatze; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Kühnl, R./Bergmann, H./Mathäus, F./Janz, M./Neumeier, E. (2023): Crack. Trendspotter-Update, online verfügbar unter: https://mindzone.info/wp-content/uploads/2023/02/Trendspotter-Nachbefragung-Crack-1.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Zum aktuellen Diskurs zur Kokainlegalisierung

Ingo Ilja Michels &Heino Stöver

Zusammenfassung

Seit den 1990er-Jahren ist der Kokain- und Crackkonsum in Europa angestiegen. Studien zeigen höhere Prävalenzraten bei Jugendlichen in der Partyszene, marginalisierten Gruppen und Opiatabhängigen. Trotz schwankender medialer Aufmerksamkeit bleibt der Konsum stabil bis steigend. Die Debatte um Legalisierung vs. Repression verstärkt sich, begleitet von Forderungen nach Prävention, Harm Reduction und neuen Konzepten im Umgang mit Crack-Konsumierenden.

Zur Vorgeschichte der Kokain-/Crackprävalenz in Deutschland und Europa

Die Untersuchung „Bestandsaufnahme „Crack-Konsum" in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote" (Stöver 2001) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kam 2001 zu folgendem Ergebnis: „Kokainkonsum nimmt in ganz Europa und auch in Deutschland seit den 90er Jahren deutlich zu. (…) Auch wenn die polizeilich dokumentierten Zahlen im Moment stagnieren, die Zahl der wegen Crack- und Kokainabhängigkeit in Behandlung befindlichen Patienten auch nicht gestiegen ist, so muß doch konstatiert werden, daß der Konsum von Crack Einzug gefunden hat in die Drogenszene – zumindest in den Metropolen Hamburg und Frankfurt. Dort, und auch in Hannover in Ansätzen erkennbar, ist der Crack-Konsum fest verankert und Bestandteil eines polyvalenten Gebrauchsmusters innerhalb der Drogenszene. (…) Trotzdem kann gegenwärtig nicht von einer Crack-Welle gesprochen werden, die über Deutschland schwappt. (…) Zu fragen bleibt, ob Crack als ein Großstadtphänomen betrachtet werden muß, daß an bestimmte Voraussetzungen und Dynamiken gebunden ist, die nicht überall gegeben oder herstellbar sind" (Stöver 2001).

Im Hamburger Abendblatt erschien am 4. November 2003 ein Artikel unter dem Titel: Forscher warnen vor Crack. Hamburg gilt neben Frankfurt als Zentrum für Crack-Abhängige. „Warum, wissen wir nicht", sagt Dr. Christian Haasen (41) vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung am UKE. Gestern stellte er erste Ergebnisse einer Kokain- und Crack-Studie vor. Die zweijährige Erhebung in zehn europäischen Städten läuft bis Ende 2003. Aber fest steht: Immer mehr greifen zu dieser rauchbaren Form von Kokain. Die letzte Erhebung ergab: 1,1 Prozent der Hamburger (15-59 Jahre), etwa 12 000, hatten kürzlich Kokain genommen, knapp 4000 Crack. Neue Wege aus der psychischen Abhängigkeit fordern die Mediziner für Konsumen-

ten aus der „Partyszene“, etwa Angebote in Praxen („Kokain-Sprechstunde“) (Hamburger Abendblatt 2003).

In einem Beitrag von Uwe Kemmesis von 2004, damals noch tätig am Centre for Drug Research Der Goethe-Universität Frankfurt über „Das Ende vom Boom?!? – Crack in Frankfurt am Main“ (Kemmesis 2004) heißt es: „Vor noch nicht einmal zehn Jahren war Crack weniger eine Bezeichnung für ein Kokainderivat, vielmehr stand Crack für ein gravierendes Drogengebrauchsproblem von einem typischen US-amerikanischem Zuschnitt: Crack galt als eine Art Horrordroge mit unvergleichlichem Sucht- und Elendspotential, als eine Droge, die stark mit Kriminalität und Gewalt assoziiert ist, wie sie zum Alltag in US-amerikanischen Großstadtghettos zu gehören scheint. Kurzum: Crack war eine Art Verdichtungssymbol für alles Negative, was Drogen dem einzelnen Konsumenten wie dem sozialen Umfeld antun können“ (Kemmesis 2004). Um dann zu schlussfolgern: „Die offene Drogenszene Frankfurts entspricht aktuell nicht mehr dem klassischen Vorstellungsbild von einer deutschen offenen Drogenszene, wie es eng mit dem Typus des in erster Linie Heroin spritzenden Junkies assoziiert ist: Bei deutlicher Abnahme des intravenösen Drogenkonsums dominiert gegenwärtig Crack das Konsumgeschehen. Allerdings scheint der Abstand gegenüber der offenbar zweitwichtigsten Substanz – Heroin – gegenüber dem Jahr 2002 merklich abgenommen zu haben. Die diversen Beobachtungen zum Konsumverhalten und zum Image von Crack im Umfeld der offenen Drogenszene deuten eine Trendwende an. Es bleibt abzuwarten, ob in Folge des sich andeutenden Abebbens der Crack-Welle eine wieder verstärkte Hinwendung zum Heroin zu beobachten sein wird, wie es Inciardi und Harrison (1998) für die USA dokumentierten. Die schlaglichtartigen Betrachtungen geben Hinweise darauf, dass Crack offenbar keine Einbahnstraße ist und die Verbreitung und Nutzung der Droge – trotz des ihr zugeschriebenen hohen Suchtpotenzials – auch elastisch gegenüber Moden und Trends ist“ (Kemmesis 2004).

In einer Untersuchung zur Verbreitung von Kokainkonsum in Europa kommen die Autor:innen um Christian Haasen vom UKE in Hamburg 2004 zum Schluss: „An increase in the use of cocaine and crack in several parts of Europe has raised the question whether this trend is similar to that of the USA in the 1980s. (…) Data on prevalence rates were analysed for the general population and for specific subgroups. Despite large differences between countries in the prevalence of cocaine use in the general population, most countries show an increase in the last few years. (…) With regard to specific subgroups, three groups seem to show a higher prevalence than the general population: (1) youth, especially in the party scene; (2) socially marginalized groups, such as homeless and prostitutes or those found in open drug scenes; (3) opiate-dependent patients in maintenance treatment who additionally use cocaine. Specific strategies need to be developed to address problematic cocaine use in these subgroups” (Haasen et al. 2004).

Die Gruppe Horizontale Drogen der Europäischen Union kam Ende 2005 „auf Basis einer angenommenen durchschnittlichen Prävalenzrate von 1% der Erwachsenen (Konsum innerhalb der letzten 12 Monate)“ zu der Schlussfolgerung, dass es „3-3,5 Mio. Kokainkonsumenten in Europa“ gebe (EU 2005).

Neue „Kokainwelle“?

Dann wurde es seltsamerweise zunächst wieder still in der deutschen Presse- und Forschungslandschaft zum Thema Kokain, bis der SPIEGEL am 17. August 2009 die Meldung publizierte: „Forscher finden Kokain-Spuren auf fast allen US-Geldnoten. Kokain ist in den USA enorm beliebt. Forscher haben Geldscheine auf Spuren der Droge untersucht und sind in neun von zehn Fällen fündig geworden - deutlich öfter als bei einer Untersuchung vor zwei Jahren“ (Spiegel 2009).

2014 gab es dann erneute Pressemeldungen über eine neue „Kokainwelle“. Tatsächlich war eine „Welle“ des Konsums ausgeblieben (wie sie ca. 20 Jahren zuvor vorausgesagt wurde, als es in den USA zu einer Steigerung des Konsums kam). Kokainkonsum wird oft als „Lifestyledroge“ verharmlost, als ob sie zu Partys z.B. „dazugehört“. Es wurden vor einigen Jahren Spuren im Dt. Bundestag gefunden. Die Behauptung, Politiker wollen so den Stress besser durchhalten, blieb aber spekulativ. 2014 konsumierten 0,2% der Jugendlichen (12 - 17 Jahre) Kokain und 0,9% der Heranwachsenden (18 - 25 Jahre) (das ist die 12-Monatsprävalenz, also mind. 1 x pro Jahr). Bei Erwachsenen (18 - 64 Jahre) sind es 3,4% Lebenszeitprävalenz (mind. 1 x im Leben; meist Probierkonsum) und 0,8% 12-Monatsprävalenz sowie 0,3% Monatsprävalenz (also aktueller Konsum). Diese Zahlen sind relativ konstant geblieben. Das sind ca. 180.000 Kokainkonsument:innen (Lebenszeit); ca. 40.000 (Jahresprävalenz); ca. 15.000 aktuell hauptsächlich in den Altersgruppen 25-29 Jahre und 30-39 Jahre (Lebenszeitprävalenz liegt hier zwischen 6-7%). Bei den Drogentodesfällen sind monokausale Todesfälle aufgrund von Kokain und Crack relativ gering (2012: 2%, 21 von 944; 2013: 1,6%, 16 von 1.002) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014).

Erneute „Ebbe“ und „Flut“ der Kokaindebatte

Nach der ersten Beschäftigung mit Crackproblematik ebbten die Berichterstattung und das Interesse an diesem Thema in den nächsten Jahren wieder ab, um dann Anfang der 2020er Jahre eine neue Dynamik zu entfalten. Die Meldungen zum Kokainkonsum beherrschten erneut die Schlagzeilen. Kokainkonsum wird oft in TV-Krimis als Lifestyledroge/“Schickeria“-Droge dargestellt - oft verharmlosende Darstellungen, die die gesundheitlichen Folgen ausblenden.

Ab 2020 übernahm dann zunehmend die Crackproblematik die Überschriften in der Presselandschaft und auch in der Forschung (siehe z. B. Deutsche Aidshilfe 2024).

Ab 2023 hat dann insbesondere die UN wieder im WORLD Drug Report auf die wachsende Kokainproblematik hingewiesen (UNODC 2023): „The COVID-19 pandemic had a disruptive effect on drug markets. With international travel severely curtailed, producers struggled to get their product to market. Night clubs and bars were shot as officials ramped attempts to control the virus, causing demand to slump for drugs like cocaine that are often associated with those settings. However, the most recent data suggests this slump has had little impact on longer-term trends. The global supply of cocaine is at record levels. Almost 2,000 tons was produced in 2020, continuing a dramatic uptick in manufacture that began in 2014, when the total was less than half of today’s levels” (UNODC 2023).

2025 Kokain-/Crackkonsum ist wieder Thema

Im Jahr 2025 nehmen die Schlagzeilen wieder zu. Die Tagesschau meldete am 25. März 2025 „Immer mehr Menschen in Deutschland konsumieren Kokain“ (Roth 2025), obwohl die Konsumprävalenz (12 Monats- und 30 Tagesprävalenz) nach den Daten des Deutschen Suchtsurveys für das Jahr 2021 für Kokain/Crack (was gemeinsam aufgeführt wird) bei 2,2% bei 18-20 jährigen und bei Erwachsenen bei 1,6% liegt; die 30 Tage Prävalenz bei 0,6% und bei jungen Erwachsenen bei 0,7% (Möckl et al. 2023).

Schon am 7. Februar 2025 titelte der STERN „Kolumbiens Präsident will Legalisierung von Kokain ‚Nicht schlimmer als Whisky‘“ (Stern 2025). Die FRANKFURTER RUNDSCHAU meldete am 16. April 2024 „EU-Großstadt will Kokain und Ecstasy legalisieren“ (Stanton 2024): „Die Bürgermeisterin von Amsterdam (…) fordert einen neuen Ansatz um Umgang mit Kokain“ und weiter heißt es „In einem Interview mit der Nachrichtenagentur AFP sagte die Bürgermeisterin: ‚Ist es nicht lächerlich, dass wir den Drogenhandel den Kriminellen überlassen und nicht versuchen, einen Weg für einen zivilisierten Markt zu finden?‘ Neben einem regulierten Kokainmarkt sei auch ein Markt für Drogen wie Ecstasy möglich. ‚Man könnte sich vorstellen, Kokain in Apotheken oder über ein medizinisches Modell zu bekommen‘“ (Stanton 2024).

Das Drogenkontrollregime und die Kokainproblematik

Bereits 2015 in der Zeitschrift der Vereinten Nationen schreibt Günther Maihold, damals stellvertretender Leiter der renommierten Stiftung Wissenschaft und Politik: „Das internationale Drogenregime steht seit langem unter dem Druck einer umfassenden Überprüfung. Hierfür kommen aus Lateinamerika wichtige Impulse, wo mehrheitlich die bisherige Strategie, der „Krieg gegen die Drogen“, als ein Fehlschlag angesehen wird. Es wird ein Paradigmenwechsel gefordert, bei dem die gemeinsame Verantwortung von Produzenten- und Konsumentenländern betont und dazu aufgerufen wird, unterschiedliche Ressourcen aus den Bereichen Gesundheitsfürsorge, Erziehung und Prävention einzusetzen, um der Organisierten Kriminalität Einhalt zu gebieten. Gelingt der Paradigmenwechsel nicht, droht das Regime auseinanderzufallen“ (Maihold 2015).

In der IPG der FRIEDRICH EBERT STIFTUNG schreibt am 27. Dezember 2023 María Alejandra Vélez „Kolumbien beendet Drogenkrieg“: „Die neue Zehn-Jahres-Drogenstrategie des Landes, die Anfang Oktober 2023 vorgestellt wurde, ist für Verfechterinnen und Verfechter von Reformen wahrscheinlich zu zaghaft. Trotz Forderungen, Kolumbien solle eine internationale Diskussion über das Scheitern des Drogenkriegs anführen, bewegt sich die Strategie der Regierung immer noch im Rahmen der Prohibitionspolitik. Vor allem wird nicht versucht, den Kokainmarkt zu regulieren, obwohl ein Pilotprogramm dem Land die Möglichkeit gegeben hätte, mit der Legalisierung zu experimentieren. (…) Trotzdem enthält die Strategie progressive Elemente, die die Bedürfnisse der vom Drogenhandel am stärksten betroffenen ländlichen Gemeinschaften besser berücksichtigen. (…) Bedeutsam ist vor allem, dass dieser neue Ansatz auch die Legalisierung des ‚nicht-psychoaktiven‘ Gebrauchs von

Kokablättern umfasst. (…) Als weltweit wichtigster Kokainproduzent könnte sich Kolumbien an die Spitze einer globalen Reform der Drogenpolitik stellen“ (Vélez 2023).

Die BILD-Zeitung meldete am 18. Mai 2025, dass die hessischen Jungliberalen den Kokainbesitz legalisieren wollen (Schlagenhaufer 2025), was sogleich auf Widerspruch bei der hessischen Mutterpartei stieß (Buchen 2025). Die Deutsche Polizeigewerkschaft warnt seit Jahren, illegale Drogen zu legalisieren sei ein falsches Signal, der Staat müsse Prävention und Strafverfolgung leisten, nicht die Ermöglichung des Drogenkonsums (DPoIG o. J.). Die Bundesärztekammer äußert sich zur Legalisierung von Kokain nicht direkt, warnt aber generell vor Drogenkonsum und betont die damit verbundenen Risiken und Gefahren. Sie sieht eine Legalisierung von illegalen Drogen wie Kokain eher kritisch, da sie potenziell zu einem Anstieg des Konsums und damit zu mehr gesundheitlichen Problemen führen könnte (Deutsches Ärzteblatt 2018).

Der Züricher Mediziner und Leiter des ARUD Zentrums Thilo Beck schrieb bereits im Oktober 2023: „Wie aber könnte so ein Modell für Kokain konkret aussehen? Ob zum Beispiel Apotheken Cannabis, Kokain oder andere Substanzen verkaufen würden oder Spezialgeschäfte mit Bewilligung, lässt sich noch nicht beantworten. (…) Grundsätzlich wollen wir Suchtexpert:innen nicht, dass Konsum und Verkauf aus ökonomischen Interessen gepusht werden. (…) Angesichts der oft fehlenden Wirkungssättigung wäre sicher nur eine kontrollierte Abgabe möglich. Eine weitere Möglichkeit wäre, die Betroffenen zusätzlich mit einem länger wirksamen Amphetaminpräparat zu behandeln. Hierzu gibt es bereits Studien mit vielversprechenden Ergebnissen. Die Abgabe von Kokain wäre sicher nicht die Lösung des Problems, könnte für Schwerstbetroffene aber ein erster Schritt zurück in ein geschütztes und betreutes Setting sein“ (Schmalz 2023).

In den Blättern für deutsche und internationale Politik hatte Christopher Gottschalk im August 2017 im Beitrag „»Legalize it!« oder: Das Scheitern des globalen Drogenkriegs“ bereits darauf hingewiesen: „Als einer der ersten südamerikanischen Staaten vollzieht Uruguay damit eine Kehrtwende im nunmehr seit Jahrzehnten andauernden Antidrogenkrieg. Die meisten Länder Südamerikas führen diesen noch mit aller Härte. (…) Der Drogenkrieg in Mexiko (hat) in den vergangenen zehn Jahren rund 100.000 Menschen das Leben gekostet. Mehr als 25 000 Menschen gelten landesweit als verschollen. Immer wieder werden geheime Gräber gefunden, die mit unbekannten Opfern gefüllt sind. (…) Anstatt das gesellschaftsgefährdende Treiben der Drogenhändler zu unterbinden, verbringt die Polizei ihre Arbeit somit zu einem beträchtlichen Teil mit der Verfolgung von selbstschädigendem Verhalten.“ (Gottschalk 2017).

In der Zeitschrift AuPuZ der Bundeszentale für Politische Bildung schreibt Maximilian Wieczoreck am 27.11.2020: „Der Konsens über die Wirksamkeit einer auf Repression fußenden Drogenkontrolle wird allerdings in der jüngeren Vergangenheit durch die Verfolgung abweichender Ansätze auf die Probe gestellt. Auf der einen Seite haben vor allem westeuropäische Länder seit Ende der 1980er Jahre pragmatische Alternativen zu einer strikten Prohibition erprobt und sogenannte schadensreduzierende Maßnahmen (Harm Reduction) eingeführt“ (Wieczoreck 2020).

Im Februar 2015 veröffentlichen Heino Stöver und Maximilian Plenert ihre Überlegungen zum weltweiten Umdenken in der Drogenpolitik „Höchste Zeit für Reformen in Deutschland“ in der Fachreihe der Friedrich-Ebert-Stiftung Perspektive: „Weltweit wird über Alternativen zum gescheiterten »War on Drugs« diskutiert. Die Erfolglosigkeit des bisherigen Ansatzes sowie seine gravierenden unbeabsichtigten Nebenwirkungen haben ein globales Umdenken eingeleitet. Nach Jahrzehnten des Stillstandes fordern nun zunehmend auch bedeutende Stimmen aus Politik und Fachwelt Reformen und alternative Regulierungsmodelle“ (Stöver/Plenert 2015).

Kontrollierte Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. Die Debatte ist nicht neu

In seinem bahnbrechenden Werk von 1984 „Drug, Set, and Setting - The Basis for Controlled Intoxicant Use“ beschreibt Norman E. Zinberg bereits diese interessante Dynamik: „The viewpoint toward the use of illicit drugs expressed in this book has developed gradually during more than twenty years of clinical experience with drug users. Initially I was concerned, like most other people, with drug abuse, that is, with the users’ loss of control over the drug or drugs they were using. Only after a long period of clinical investigation, historical study, and cogitation did I realize that in order to understand how and why certain users had lost control I would have to tackle the all-important question of how and why many others had managed to achieve control and maintain it. (…) Gradually I came to understand that the differences between British an American addicts were attributable to their different social settings - that is, to the differing social and legal attitudes toward heroin in the two countries. In England, where heroin use was not illicit and addicts’ needs could be legally supplied, they were free from legal restraints and were not necessarily considered deviants. British addicts had a free choice: either they could accept drug use as a facet of life and carry on their usual activities, or they could view themselves as defective and adopt a destructive junkie life style” (Zinberg 1984).

Das beschriebene britische Modell existiert leider nicht mehr in dieser Form.

Craig Reinarmen und Harry G. Levine haben bereits 1997 auf die Probleme der Crackproblematik den USA hingewiesen: “In reinterpreting the crack story, this book offers new understandings of both drug addiction and drug prohibition. It shows how crack use arose in the face of growing unemployment, poverty, racism, and shrinking social services. It places crack in its historical context and it examines the crack scare as a phenomenon in its own right. Most important, it uses crack and the crack scare as windows onto America’s larger drug and drug policy problems” (Reinarmen/Levine 1997).

Peter Cohen hat bereits 1999 in seinen Untersuchungen über die Kokainszene in Amsterdam herausgefunden, dass “ten years of drug use data in the population of Amsterdam show a remarkable level of control and stability in drug use patterns in a policy environment that allows relatively easy access to drugs. Internal controls on drug use can be expected to play a much larger part in structuring these patterns than classic drug policy theory allows for. (…) Why do the large majority of drug and alcohol users not develop into compulsive alcoholic type users? The answer is:

control. The notion of control may be strange to those who see the use of drugs as a sign of loss of control 'per definition'. But one may indeed discover that most drug users apply all sorts of self imposed controls" (Cohen 1999).

Wie sieht es im Hilfesystem aus?

Abhängigkeitskranken in Deutschland steht ein differenziertes und flächendeckendes Hilfesystem – kostenlos für Versicherte – zur Verfügung (über 1.000 Suchtberatungsstellen, über 300 stationäre Therapieeinrichtungen, über 300 psychiatrische Institutsambulanzen). Es gibt spezialisierte Angebote für Konsument:innen von Stimulantien (Amphetamine, Methamphetamine, Kokain, ‚Badesalze') (wie z.B. ‚Kokon' in Berlin).

In der ambulanten Betreuung ist der Anteil von Kokainabhängigkeit als Hauptdiagnose bei 6% (andere Stimulanzien mittlerweile 12%). Die Hälfte davon sind Frauen (bei den Konsumenten insgesamt nur 1/3). In stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sind es ebenfalls zwischen 6-7% der Klient:innen (etwa 1.000 bis 1.300 Klient:innen von ca. 18.000 Gesamtklient:innen).

In der Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung, psychiatrische Behandlung) sind es etwa 1.200 von 95.000 Patienten (1,3%).

Wie hat sich die Gesellschaft in Hinblick auf Drogen in den letzten Jahren verändert?

Manch einer sieht den Konsum von leistungssteigernden Drogen als Spiegel unserer Leistungsgesellschaft, ein gefährlicher Trugschluss, da er die zerstörerische Kraft der verschiedenen Substanzen, die dazu angeboten werden – von „Red Bull" bis zu Crystal Meth – ausblendet. Gerade junge Menschen gilt es zu unterstützen, Anforderungen der Gesellschaft nicht als Überforderung zu erleben. Es gibt aber nicht eine einfache Antwort auf die Herausforderungen des Lebens. Aber eine Botschaft zu mehr Gelassenheit gegenüber einem Anspruch auf „immer besser, immer höher, immer schneller" täte gut.

Wie wird sich die internationale Drogenkontrollpolitik entwickeln?

Auch wenn die Entwicklung schwer vorhersehbar ist, gibt es doch Zeichen der Veränderung, so auf der UNO-Vollversammlung zur internationalen Drogenpolitik 2016 in New York. Die dortige Resolution gibt es erste – wenn auch zarte – Hinweise:

„Recognize drug dependence as a complex, multifactorial health disorder characterized by a chronic and relapsing nature with social causes and consequences that can be prevented and treated through, inter alia, effective scientific evidence-based drug treatment, care and rehabilitation programmes, including community-based programmes, and strengthen capacity for aftercare for and the rehabilitation, recovery and social reintegration of individuals with substance use disorders, including, as appropriate, through assistance for effective reintegration into the labour market

and other support services. (…) to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, issued by the World Health Organization, the United Nations Office on Drugs and Crime and the Joint United" (United Nations 2016).

Was sollte getan werden?

- Ausbau und Entwicklung selektiver lebensweltnaher und zielgruppendifferenzierter Präventionsmaßnahmen: z. B. Ausbau von Programmen für einen selbstkontrollierten Konsum speziell bei Crack; Zielgerichtete niedrigschwellige Kontaktaufnahme durch Mediziner:innen, Pflegekräfte oder durch Mitarbeiter:innen aus AIDS- und Drogenhilfe.
- Verbesserung des Drogenkonsumraumangebote durch nutzungsgerechte Gestaltung sowie des unmittelbaren Umfelds (Vorplätze, Außengalerien u.v.m.); Ausbau von Inhalations-/Rauchplätzen und Überprüfung von einrichtungsspezifischen Zugangsregelungen (Reduzierung und Vereinfachung).
- Anbahnung staatlich finanzierter Modellprojekte im Rahmen des Forschungsbedarfs zur Erkundung der Motive, Hintergründe und Typologie von Kokain- und Crack-Konsument:innen und Epidemiologie des Kokain und Crack-Konsums, (Substanzmonitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen); sowie Erprobung neuer medikamentöser Behandlungsansätze (med. Cannabis, Amphetamine, Ketamin) und zur Wirksamkeit von psycho-sozialen Interventionen bei Kokain- und Crack-Konsument:innen (CBT, Contingency Management)

Literatur

Buchen, P. (2025): Julis fordern Kokain-Legalisierung: Ärger bei Frankfurter FDP, in: t-online, online verfügbar unter: https://frankfurt.t-online.de/region/frankfurt-am-main/id_100730020/julis-fordern-kokain-legalisierung-widerspruch-von-frankfurter-fdp.html; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Cohen, P. (1999): Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use, in: International Journal of Drug Policy 10: 223-234.

Deutsche Aidshilfe (2024): Handreichung zur Anpassung der Angebote in der Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument*innen, online verfügbar unter: https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/handreichung_zur_anpassung_der_angebote_in_aids_und_drogenhilfe_2024_04_22_1.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2018): Bundesärztekammer warnt vor Drogenkonsum, online verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/news/bundesaerztekammer-warnt-vor-drogenkonsum-06d53376-3270-40ad-8d15-31b62f2d0b39; letzter Zugriff: 12.09.2025.

DPoiG (Deutsche Polizeigewerkschaft im DBB) (o. J.): Drogenpolitik/Legalisierung von Drogen, online verfügbar unter: https://www.dpolg.de/ueber-uns/positionen/drogenpolitik/; letzter Zugriff: 12.09.2025.

EU (2005): Internes Arbeitspapier: Diskussionsvorlage zu TOP „Kokain - Identifizierung spezifischer Maßnahmen im Bereich Nachfragereduktion" der EU Ratsgruppe Drogen vom 19.12.2005, COR-DROGUE 91 SAN 220.

Gottschalk, C. (2017): >>Legalize it“<< oder: Das Scheitern des globalen Drogenkriegs, in: Blätter, online verfügbar unter: https://www.blaetter.de/ausgabe/2017/august/legalize-it-oder-das-scheitern-des-globalen-drogenkriegs; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Hamburger Abendblatt (2003): Forscher warnen vor Crack. Hamburg gilt neben Frankfurt als Zentrum für Crack-Abhängige, online verfügbar unter: https://www.abendblatt.de/daten/2003/11/04/225876.html/; letzter Zugriff: 10.09.2025

Haasen, C./Prinzleve, M./Zurhold, H./Rehm, J./Güttinger, F./Fischer, G./Jagsch, R./Olsson, B./Ekendahl, M./Verster, A./Camposeragna, A./Pezous, A. M./Gossop, M./Manning, V./Cox, G./Ryder, N./Gerevich, J./Bacskai, E./Casas, M./Matali, J. L./Krausz, M. (2004): Cocaine use in Europe – a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates, in: Eur Addict Res 10(4) :139-46. DOI: 10.1159/000079834.

Kemmesies, U. E. (2004): Das Ende vom Boom?!? – Crack in Frankfurt am Main, in:

Stöver, H./Prinzleve, M. (Hrsg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken.

Maihold, G. (2015): Internationales Drogenregime in der Bewährung. Herausforderungen durch die drogenpolitische Reformdebatte in Lateinamerika, in: Vereinte Nationen 2: 72-78.

Möckl, J./Rauschert, C./Wilms, N./Schäfer, E./Olderbak, S./Kraus, L. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021, online verfügbar unter: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2021_Tabellen_Tabak.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Pfeiffer-Gerschel, T./Jakob, L./Stumpf, D./Budde, A./Rummel, C. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends, online verfügbar unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/reitox_report_2014_germany_de.pdf; letzter Zugriff: 12.09.2025.

Reinarmen, C./Levine, H. G. (Hrsg.) (1997): Crack in America: Demon drugs and social justice, University of California Press.

Roth, T. (2025): Immer mehr Menschen in Deutschland konsumieren Kokain, in: Tagesschau, online verfügbar unter: https://www.tagesschau.de/wissen/gesundheit/kokain-sucht-100.html; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Schlagenhaufer, S. (2025): Junge FDPler wollen Kokain-Besitz legalisieren, in: Bild, online verfügbar unter: https://www.bild.de/politik/inland/vorschlag-aus-hessen-junge-fdpler-wollen-kokain-besitz-legalisieren-6829926416cc8728949d3e2f; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Schmalz, S. (2023): <<Die Abgabe von Kokain wäre nicht die Lösung, aber ein erster Schritt, in: WOZ, online verfügbar unter: https://www.woz.ch/2340/drogenpolitik/die-abgabe-von-kokain-waere-nicht-die-loesung-aber-ein-erster-schritt; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Spiegel (2009): Forscher finden Kokain-Spuren auf fast allen US-Geldnoten, online verfügbar unter: https://www.spiegel.de/wissenschaft/technik/chemische-analyse-forscher-finden-kokain-spuren-auf-fast-allen-us-geldnoten-a-643149.html; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Stanton, J. (2024): EU-Großstadt will Kokain und Ecstasy legalisieren, in: Frankfurter Rundschau, online verfügbar unter: https://www.fr.de/panorama/kriminell-grossstadt-will-kokain-und-ecstasy-legalisieren-amsterdam-drogen-politik-93016277.html; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Stern (2025): Kolumbiens Präsident will Legalisierung von Kokain: „Nicht schlimmer als Whisky“, online verfügbar unter: https://www.stern.de/panorama/kokain--kolumbiens-praesident-will-legalisierung-der-droge-35447486.html; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Stöver, H./Plenert, M. (2015): Weltweites Umdenken in der Drogenpolitik. Höchste Zeit für Reformen in Deutschland, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), online verfügbar unter: https://library.fes.de/pdf-files/iez/11211.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Stöver, H. (2001): Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfsangebote. Bremen.

United Nations (2016): Economic and Social Council. Commission on Narcotic Drugs, online verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Documentation/ECN72016L12_rev1_e_V1601770.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

UNODC (2023): Global Report on Cocaine 2023. Local dynamics, global challenges, online verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/cocaine/Global_cocaine_report_2023.pdf; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Vélez, M. A. (2023): Kolumbien beendet Drogenkrieg, in: IPG, online verfügbar unter: https://www.ipg-journal.de/regionen/lateinamerika/artikel/kolumbien-beendet-drogenkrieg-7213/; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Wieczoreck, M. (2020): Internationale Drogenpolitik. Ansätze und aktuelle Diskurse, in: BPB, online verfügbar unter: https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/rausch-und-drogen-2020/321822/internationale-drogenpolitik/; letzter Zugriff: 10.09.2025.

Zinberg, N. (1984): Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use, Yale University Press.

Versorgung von Crackgebraucher:innen gemeinsam angehen: Kooperation von Sozialer Arbeit und Psychiatrie

Nina Pritszens & Inge Mick

Zusammenfassung

Die Herausforderungen im Umgang mit Crackkonsum in bundesdeutschen Großstädten erfordern aufgrund der hohen Komplexität von sozialen und gesundheitlichen Problemlagen ein gemeinsames und koordiniertes Handeln unterschiedlicher Hilfesysteme – von der Drogenhilfe über die psychiatrische Pflichtversorgung bis hin zu Angeboten für wohnungslose Menschen. Die verbindlich abgestimmte Zusammenarbeit dieser Institutionen ist angesichts der weitreichenden Problemlagen unabdingbar. Besonders die Kombination komplexer psychischer Erkrankungen mit substanzbezogenen Störungen, unter denen die Betroffenen leiden, erfordert eine umfassende und integrierte Versorgung.

Durch die Anpassung der Rahmenbedingungen und den Abbau von Hürden, die eine gemeinsame Versorgung beeinträchtigen, kann eine effektivere und nachhaltige Unterstützung für Betroffene gewährleistet werden.

Dieser Artikel beleuchtet im Schwerpunkt die Zusammenarbeit von sozialer Arbeit und Psychiatrie, ohne damit die abgestimmte Zusammenarbeit mit weiteren Akteur:innen, wie z. B. der Wohnungslosenhilfe, auszuschließen.

Voraussetzungen für Zusammenarbeit schaffen

Um die Inanspruchnahme von Beratung oder Behandlung innerhalb von Drogenhilfe und Psychiatrie zu erhöhen, müssen bestehende Barrieren gezielt abgebaut werden. Diese liegen vor allem in den Strukturen von Politik, Öffentlicher Verwaltung und Leistungserbringer:innen – und können nicht in erster Linie durch die Betroffenen überwunden werden.

Krankenversicherungsschutz als Voraussetzung für Behandlung – eine fast unüberwindbare Barriere

Fehlender Krankenversicherungsschutz stellt eine erhebliche Barriere für Crackgebraucher:innen dar, die dringend medizinische und psychiatrische Hilfe benötigen. Ohne Zugang zu einer Krankenversicherung sind viele Betroffene nicht in der Lage, notwendige Behandlungen in Anspruch zu nehmen, sei es in Notfallsituationen oder

für langfristige Therapien. Insgesamt trägt der fehlende Krankenversicherungsschutz dazu bei, dass sich Crackgebraucher:innen in einer Spirale aus gesundheitlichen Problemen und sozialer Ausgrenzung befinden.

Compliance – ein Thema für professionelle Helfer:innen und Crackgebraucher:innen

Die gegenseitige Akzeptanz ist von zentraler Bedeutung für die Motivation der Betroffenen zur Aufnahme einer psychiatrischen wie auch suchtmedizinischen Behandlung sowie für Maßnahmen der Sozialen Arbeit. Nicht selten machen es negative Vorerfahrungen oder Ängste Betroffenen zunächst nicht möglich, eine Behandlung in Betracht zu ziehen. Hier ist es unerlässlich, über eine kontinuierlich wertschätzende und zieloffene, niedrigschwellige Beziehungsarbeit Vertrauen aufzubauen. Viele drogengebrauchende Menschen haben in ihrem Leben wiederholt negative Erfahrungen gemacht, sei es durch Herabwürdigung, Diskriminierung oder das Gefühl, von der Gesellschaft nicht akzeptiert zu werden. Diese Stigmatisierung kann dazu führen, dass sie sich schämen, Hilfe zu suchen, aus Angst, verurteilt oder nicht ernst genommen zu werden.

Crackgebraucher:innen sehen sich bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen mit verschiedenen Barrieren konfrontiert, die oft tief in gesellschaftlichen Vorurteilen und persönlichen Erfahrungen verwurzelt sind.

Zusätzlich haben viele Crackgebraucher:innen bereits Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen gemacht, etwa durch unfreiwillige Aufenthalte in Einrichtungen/ Krankenhäusern bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Solche Erlebnisse können das Vertrauen in das Gesundheitssystem erheblich beeinträchtigen und dazu führen, dass sie psychiatrische Hilfe als bedrohlich oder kontrollierend empfinden. Ein weiterer Aspekt ist die Unsicherheit im Hinblick auf Vertraulichkeit und den Umgang mit persönlichen Informationen. Viele Betroffene befürchten, dass ihre Probleme öffentlich gemacht werden könnten, was ihre Ängste und Vorurteile gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe verstärkt.

Psychiater:innen, die in Notaufnahmen arbeiten, stehen häufig vor der Herausforderung, mit Patient:innen konfrontiert zu werden, die unter dem Einfluss von Crack stehen und aufgrund von Eigen- oder Fremdgefährdung oder akuten Krisen Hilfe benötigen. Diese Situationen sind meist zeitkritisch und von chaotischen Umständen geprägt. In diesem Kontext können sich verschiedene Vorbehalte gegenüber Crackgebraucher:innen entwickeln. Umso wichtiger ist es, positive Erfahrungen auf beiden Seiten zu ermöglichen und einen Rahmen zu schaffen, der diese Erfahrungen begünstigt.

Aufbau eines niedrigschwelligen psychiatrischen Behandlungsangebots in Kooperation mit anderen Hilfseinrichtungen

Psychiater:innen, die regelmäßig mit der Behandlung von Crackgebraucher:innen konfrontiert sind, betonen die Notwendigkeit, niedrigschwellige Angebote für Kon-

sumierende zu schaffen. Ein solcher Zugang könnte die Akzeptanz und das Vertrauen in die psychiatrische Versorgung erhöhen. Insbesondere die Begleitung durch Peer-Unterstützungsprogramme und aufsuchende Sozialarbeit können die Motivation der Betroffenen steigern, Hilfe anzunehmen. Dabei sollen Konsumierende akzeptierend und ergebnisoffen konsultiert werden. Eine psychiatrische „Erstversorgung" kann den ggf. weiteren Behandlungsbedarf ermitteln und klären, ob Bedarf/Interesse an psychiatrischer Behandlung besteht. Zudem kann eruiert werden, ob z. B. psychotische Episoden oder andere psychiatrische Komorbiditäten bestehen, um letztlich auch den Bedarf einer psychopharmakologischen Behandlung zu klären.

Weitere Leistungen bei Bedarf:

- Niedrigschwellige Angebote für Entzugsbehandlungen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten.
- Vermittlung an zahn- und allgemeinärztliche Ärzt:innen bei somatischen Komorbiditäten.
- Einbindung von Peer-Unterstützungsprogrammen zur Vertrauensbildung und Motivationssteigerung.
- Förderung der Partizipation von Konsumierenden bei der Planung und Umsetzung der Angebote.

Aufsuchende Sozialarbeit an der Schnittstelle zur psychiatrischen Versorgung und zur Wohnungslosenhilfe am Beispiel Berlin

Ein wichtiger Bestandteil zur Verbesserung der Versorgung von Crackgebrauchenden ist die aufsuchende Sozialarbeit. Hierbei werden etablierte Träger der örtlichen Drogen- und Suchthilfe durch das Land Berlin beauftragt, Beratungs- und Begleitungsangebote direkt an die Betroffenen heranzutragen, die sich in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, psychiatrischen Akutstationen oder Konsumräumen aufhalten.

Der Ausbau dieser Maßnahmen zeigt, wie die Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme neue Chancen für eine intensivere Zusammenarbeit bietet. Hier werden mobile und flexible Angebote entwickelt, die es ermöglichen, betroffene Personen direkt zu erreichen und in die Versorgung einzubinden. Besonders relevant ist dabei das strukturierte Verfahren des Case Managements, das eine kontinuierliche Begleitung ermöglicht. So werden Hilfebedarfe mit medizinischen und sozialen Dienstleistungen verknüpft, um den Zugang zu Behandlung und Unterstützung zu erleichtern.

Aktuell wird das Projekt in zwei Berliner Bezirken an der Schnittstelle zur Psychiatrie und in einem Bezirk zusätzlich an der Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe erprobt.

Folgende Leistungen werden flexibel und mobil erbracht:

- Beratung, Begleitung sowie nachgehende Arbeit und Case Management als strukturiertes Verfahren zur Verknüpfung von Hilfebedarfen von Crackgebrauchenden mit Angeboten unterschiedlicher sozialer und gesundheitsbezogener Dienste, medizinischer Behandlung sowie weiterer Hilfenetzwerke.

- Unterstützung bei der Existenzsicherung, einschließlich Krankenversicherungsschutz und Lebensunterhalt.
- Vermittlung und Begleitung in suchtmedizinische Ambulanzen, insbesondere in solche mit psychiatrischen Versorgungsstrukturen.
- Aufsuchende Beratung „on demand“ auf der Akutpsychiatrie (insbesondere bei Crackkonsum) nach krisenbedingten stationären Aufnahmen vor der Entlassung.
- Nachsorge und Entlass-Management bei Klinikaufenthalten.
- In der Wohnungslosenhilfe zusätzlich mehrmals wöchentlich offener Brunch als Kontaktfläche mit Beratung und Interventionen zur Existenzsicherung.

Rahmenbedingungen für den Auf- und Ausbau systemübergreifender Zusammenarbeit

Eine erfolgreiche Kooperation zwischen Sozialer Arbeit und Psychiatrie basiert auf dem gemeinsamen Interesse, die Versorgung von Menschen im Kontext von Crackkonsum zu verbessern. Dafür ist ein verlässlicher Rahmen erforderlich, der die benötigten Ressourcen zur Verfügung stellt und die regulatorischen Bedingungen so anpasst, dass die Zusammenarbeit verbindlich gefördert wird. Die Veränderungen, die mit dem Aufkommen hochpotenter Substanzen oder riskanterer Konsumformen einhergehen, erfordern zudem eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Fachpersonals.

Um die Kooperation nachhaltig zu verbessern, ist die aktive Unterstützung durch Politik und Verwaltung unverzichtbar. Daher sollten seitens dieser folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Förderung der Vernetzung: Es ist entscheidend, Plattformen zu schaffen, die den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Drogenhilfeangeboten fördern. Regelmäßige Netzwerktreffen und gemeinsame Schulungen können dazu beitragen, die Kommunikation zu verbessern und Synergien zu nutzen.
- Schaffung klarer Strukturen: Die Öffentliche Verwaltung sollte klare strukturelle Rahmenbedingungen schaffen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtern. Dazu gehört die Definition von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteur:innen sowie die Entwicklung gemeinsamer Leitlinien für die Behandlung von Crackkonsument:innen.
- Finanzielle Unterstützung: Politische Entscheidungsträger:innen müssen sicherstellen, dass ausreichende finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um innovative Projekte und Programme zu fördern, die die Kooperation zwischen psychiatrischer Versorgung und Drogenhilfe unterstützen.
- Fortbildung und Sensibilisierung: Die kontinuierliche Fortbildung von Fachkräften in beiden Bereichen ist unerlässlich. Schulungsprogramme sollten sich auf die spezifischen Bedürfnisse von Crackkonsument:innen konzentrieren und

den Umgang mit psychischen Erkrankungen in Verbindung mit Suchtverhalten thematisieren.

- Evaluation und Best Practices: Die Politik sollte die Implementierung von Evaluationsmechanismen unterstützen, um die Wirksamkeit bestehender Kooperationsmodelle zu überprüfen. Positive Erfahrungen und Best Practice-Beispiele sollten dokumentiert und verbreitet werden, um andere Akteur:innen zur Zusammenarbeit zu motivieren.
- Politische Verantwortung und Advocacy: Es ist wichtig, dass politische Entscheidungsträger:innen die Thematik aktiv auf die Agenda setzen und sich für die Belange von Menschen mit Suchtproblemen einsetzen. Eine klare politische Positionierung kann dazu beitragen, das Bewusstsein in der Gesellschaft zu schärfen und die Akzeptanz für integrative Versorgungsansätze zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine nachhaltige Verbesserung der Kooperation zwischen psychiatrischer Pflichtversorgung und Drogenhilfe im Kontext des Crackkonsums nur durch ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten erreicht werden kann. Die öffentliche Verwaltung und Politik spielen dabei eine zentrale Rolle, indem sie die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und die Zusammenarbeit aktiv fördern. Nur so kann eine effektive und bedarfsgerechte Versorgung für Betroffene sichergestellt werden.

Mikrohandel als Schlüssel zur Verhinderung von offenen Drogenszenen und effektiver sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen

Florian Meyer

Zusammenfassung

Die Stadt Zürich konnte mit der Einführung der 4-Säulen-Drogenpolitik vor über 30 Jahren die Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und die Sicherheit und Ordnung im öffentlichen Raum massgeblich verbessern (Bänziger et al. 2020). Dies ist ein Zusammenspiel von Massnahmen im Bereich der Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Seither wurden grössere offene Drogenszenen verhindert. Die Szene verlagerte sich in die Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) mit Drogenkonsumräumen. Diese Angebote bieten Schutzräume, welche massgeblich zu einer biopsychosozialen Stabilisierung dieser Menschen beitragen (z.B. Marzel et al. 2018). Wie in vielen europäischen Ländern, wird auch in der Schweiz und insbesondere in Zürich eine starke Zunahme des Crackkonsums über die letzten 5 Jahre festgestellt. Crack-Konsum ist in Schweizer Städten auch im öffentlichen Raum wieder stärker sichtbar (Hehli & Briellmann 2025).

Diese Herausforderungen mit dem zunehmenden Konsum von Crack in vielen Städten führte dazu, dass auch in der Schweiz Drogenpolitik neue Aktualität erlangte (Bartsch et al. 2023; EKSN 2024). Von einem aus Genf nahenden Crack-Tsunami war im Sommer 2023 in vielen Schweizer Zeitungen zu lesen (z.B. Kucera 2022). Europaweit wird Crack oftmals als „Gamechanger" für die Angebote der Schadensminderung beschrieben (Akzent 2023). Das sich mit dieser Substanz verändernde Sozialverhalten stellt neue Herausforderungen dar. Sind Drogenkonsumräume für diese Zielgruppe noch attraktiv, wenn Crack im öffentlichen Raum gehandelt wird? Wie müssen sich die Drogenkonsumräume gestalten, damit sie weiterhin genutzt werden? Crack fordert die Suchthilfe neu heraus – das steht ausser Frage. Die Angebote stehen stärker in einem Wettbewerb zur Attraktivität des öffentlichen Raums. V.a. wenn Crack konsumfertig verkauft wird, ist der Konsumvorgang kurz und unauffällig.

Da in Zürich bereits seit 2004 Inhalationsräume für den Konsum von Crack betrieben werden und sich die Kontakt- und Anlaufstellen mit Drogenkonsumräumen auf diese Zielgruppe zunehmend ausgerichtet haben, verfügt Zürich im Unterschied zu anderen Städten in der Schweiz und im restlichen Europa über einen langjähri-

gen Erfahrungswert. Mittlerweile liegt der Anteil dieser Substanz bei über 80% aller Konsumvorgänge in den drei Standorten in Zürich. Insgesamt werden monatlich fast 30›000 Konsumvorgänge registriert – bei rund 1000 Nutzenden (Stadt Zürich 2025). Grundlegend sind die Massnahmen der Säulen der Drogenstrategie – der Kooperation zwischen Polizei und der Schadensminderung kommt dabei eine zentrale Stellung zu.

Das Ziel der Zürcher Drogenstrategie ist die Integration von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und die Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung im öffentlichen Raum. Dieses Ziel kann in Zürich auch mit dem sich veränderndem Konsumverhalten in hohem Masse erreicht werden. Aber auch Zürich steht vor der Herausforderung neue Zielgruppen von Crack-Konsumierenden Menschen mit den bestehenden Angeboten zu erreichen. Die über 1000 Schwerstabhängigen konsumieren rund 320‘000mal pro Jahr illegale Substanzen in den drei K&A in Zürich. Unter medizinischer Betreuung und sozialarbeiterischer Beratung. Die meisten Nutzenden schätzen diese Angebote sehr. Es ist also weniger die Repression, welche dazu führt, dass die Angebote genutzt werden – sondern vielmehr deren hohe Attraktivität (Stadt Zürich 2023). Wichtig ist deshalb, dass die Einrichtungen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet sind: Die Zürcher K&A sind gestaltet wie ein Restaurant mit weiteren Angeboten (Schlafraum, Konsumräume, Mikrohandelszone etc.). Besonders relevant ist dabei, dass die Massnahmen der Polizei die erwünschten Effekte der Angebote der Schadensminderung nicht beeinträchtigen. Dabei spielt die Toleranz des Mikrohandels von illegalen psychoaktiven Substanzen zwischen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung innerhalb der Einrichtungen eine zentrale Rolle. Eine Studie der Universität Lausanne beschreibt dies als einen der zentralen Unterschiede zwischen den Städten Lausanne und Zürich (Esseiva, Burkhart & Zobel 2018). Mit Ausnahme weiterer Deutschschweizer Städte wird der Kleinhandel zwischen Nutzenden in keinen Drogenkonsumräumen explizit toleriert. Städte, in denen der Kleinhandel innerhalb der Einrichtungen nicht toleriert wird, kämpfen mit grösseren offenen Drogenszenen – auch im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume. Dies führt oftmals zu einem Reputationsschaden. K&A werden teilweise als Ursache der Probleme gesehen und nicht als deren Lösung. In Zürich hat sich über die letzten Jahre die Erkenntnis verfestigt, dass die Toleranz des Kleinhandels zwischen den Nutzenden der Schlüssel ist, offene Drogenszenen zu verhindern und die Attraktivität von Drogenkonsumräumen zu erhöhen (Hildebrandt 2025).

Der Weg zur Toleranz des Kleinhandels

Die Zürcher Praxis der letzten Jahrzehnte zeigte, dass sich der Mikrohandel in den öffentlichen Raum verlagert, wenn in den Einrichtungen in diesem Bereich eine Nulltoleranz umgesetzt wird. Aus diesem Grund wurde der sogenannte „Ameisenhandel“ zwischen den Nutzenden dieser Einrichtungen seit deren Implemtierung zu einem gewissen Mass informell toleriert. Jede Einrichtung hat einen Raum, in dem zwischen den Konsumvorgängen Zigaretten geraucht werden können. Innerhalb dieser Zone wurde der Kleinhandel implizit toleriert. Dieser musste so diskret stattfinden, dass die Mitarbeitenden den Vorgang nicht sahen. Die räumlichen Bedingungen spielten

dem entgegen. Formell ist der Kleinhandel bis heute auch in Zürich verboten. Da die Toleranz des Kleinhandels zwischen den Nutzenden zur Verhinderung offener Drogenszenen zentral ist, wurde der Umgang damit auf operativer Ebene zwischen den beteiligten Departementen während den letzten fünf Jahren formalisiert. Dies kam dadurch zustande, weil dieser Aspekt des „Zürcher Modells“ immer wieder zu kritischen Nachfragen von Delegationen aus dem Ausland und von Medien – u.a. aus Deutschland - führte. Dieser zunehmende Rechtfertigungsdruck führte zu mehr interner Klarheit in dieser Frage. Die jahrelange Praxis des expliziten Verbotes und impliziten Duldens führte zur Paradoxität, dass Mitarbeitende etwas unterbinden mussten – was für den geordneten operativen Betrieb zentral ist, nämlich ein Angebot an Substanzen innerhalb der Einrichtungen. Was seit Jahrzehnten implizit geduldet wurde, wird nun seit ein paar Jahr explizit toleriert. Der Raucherraum ist nun offiziell die Mikrohandelszone. Dies wird von Politik und Polizei mitgetragen. Denn die alternative wäre die Verlagerung des Kleinhandels und damit des Konsums in den öffentlichen Raum.

Der rechtliche Rahmen in der Schweiz

Auch in der Schweiz ist der Besitz und Handel mit illegalen psychoaktiven Substanzen verboten (BetmG 2025). In den Kontakt- und Anlaufstellen ist der Handel ebenfalls nicht erlaubt, wird aber – wie erwähnt - von der Politik, der Polizei und dem Personal der Einrichtungen toleriert. Unter folgenden Bedingungen:

- der Kleinhandel findet zwischen Schwerstabhängigen statt
- kein offenkundiger Handel (muss diskret sein)
- kein sichtbarer Austausch von Geld
- keine Waage
- nur an einem Ort in der Einrichtung: Fumoir (Raucherraum für Zigaretten)

Personen, die sich nicht an diese Regeln halten, werden mit Hausverbot sanktioniert.

Für die Polizei gilt Strafverfolgungspflicht. Sie kann festgestellten Handel nicht tolerieren. Um das Konzept des tolerierten Kleinsthandels nicht zu gefährden, betritt die Polizei die Kontakt- und Anlaufstellen deshalb nur bei Notrufen, auf Ersuchen des Personals, bei konkretem Verdacht auf Handel in grossem Stil durch Einzelpersonen sowie für die Fahndung nach Personen, die zur Verhaftung ausgeschrieben sind. Das Personal der Kontakt- und Anlaufstellen untersteht demgegenüber keiner Anzeigepflicht bezüglich Kleinhandel (Stadt Zürich 2024).

In Bezug auf die Toleranz des Kleinhandels sind die Zutrittskriterien zu den K&A von grosser Bedeutung. Es wird sichergestellt, dass sich nur Personen darin befinden, welche zur Gruppe der Schwerstabhängigen zählen. Weiter erhalten grundsätzlich nur Personen Zutritt, welche ihren Wohnsitz in der Stadt Zürich haben und älter als 18 Jahre sind. Dies führt dazu, dass es sich um eine relativ konstante Gruppe von Men-

schen handelt, welche von diesem pragmatischen Umgang profitiert. Die Zutrittsberechtigung wird durch Mitarbeitende von Sip züri[1] kontrolliert. Halten sich Nutzende nicht an diese Vorgaben, werden sie mit Hausverbot sanktioniert (Stadt Zürich 2025).

Effekte der Toleranz des Kleinhandels

Es gibt klare empirische Indizien, dass die Toleranz des Mikrohandels bei Nutzenden der Einrichtungen zu einer Reduktion des Beschaffungsstress führt. Im Gegensatz zur Beschaffung im öffentlichen Raum sind die Mikrohändler:innen Teil der Peer-Gruppe. Dies verdeutlicht exemplarisch das folgende Zitat eines Nutzenden der Zürcher K&A:

> „…aber an der Langstrasse ist das anders. Dort hat es viele Leute – die einen sind nur 10 Minuten dort. Kommen aus dem Aargau. Kennst sie nicht. Verkaufen dir etwas. Ja super Material – blabla. Machst dann halt einfach einen Versuch – wenn es nichts ist – was willst du machen. Willst du in der ganzen Schweiz suchen gehen?“ (N1, Z47)
> „…in den K&A ist es etwas anderes. Den sehe ich am nächsten Tag wieder – und sage – hey du – was hast du mir da verkauft? Ich will mein Geld zurück! Also bitte – dann kommen noch andere, welche es hören. Der hat im Fall mir auch – und so – und das geht eben nicht…“ (N1, Z47)

Abschliessend kann festgehalten werden, dass der Mikrohandel in einer offenen Drogenszene durch die Polizei kaum nachhaltig unterbunden werden kann. Es stellt sich also die Frage, sollen Schwerstabhängige ihre Substanzen unkontrolliert im öffentlichen Raum beschaffen, mit der Gefahr einer Sogwirkung, Gewalt und oftmals einer starken Verwahrlosung, da bestehende Hilfen nicht in Anspruch genommen werden? Oder findet der Kleinhandel innerhalb der Einrichtungen der Suchthilfe in einem kontrollierten Setting statt? Die rechtliche Frage stellt sich in beiden Settings. Die positiven Effekte eines pragmatischen Umgangs sind klar nachweisbar. Offene Drogenszenen können verhindert bzw. verkleinert und der biopsychosoziale Zustand von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung verbessert werden, da sozialarbeiterische und medizinische Hilfen die Zielgruppen besser erreichen.

Literatur

Akzept (2023): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Sichthilfe. Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/01/HandlungsempfehlungenCrack2023.pdf

Bänziger, P./Herzig, M./Koller, Ch. et al. (2022): Die Schweiz auf Drogen. Szenen, Politik und Suchthilfe, 1965-2022. Zürich: Chronos.

1 https://www.stadt-zuerich.ch/sip

Bartsch, M./Grossekemper, P./Gude, H. & Siemens, A. (2023): Was Crack mit Deutschland macht. Eingesehen am 04.02.2025 unter: https://www.spiegel.de/panorama/drogensucht-crack-krise-in-deutschland-a-b141b5ae-abdf-40a4-bcad-813bfb0a023a

BetmG (2025): Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe. Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1952/241_241_245/de

Bundesamt für Gesundheit (2014): Nationale Strategie Sucht. Eingesehen am am 26.1.2025 unter: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html

EKSN (2024): Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Konsum von Crack, Freebase und anderen

Drogen im öffentlichen Raum. Aufruf der EKSN. Eingesehen am 26.1.25 unter: https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-101284.html

Esseiva, P./Burkhart, Ch./Zobel, F. (2018): Rapport Deal de Rue. Une comparaison des approches développées dans trois villes suisses, (Lausanne, Berne et Zürich) vis-à-vis de la vente de stupéfiants dans l"espace public (deal de rue). Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.suchtschweiz.ch/publication/rapport-deal-de-rue-une-comparaison-des-approches-developpees-dans-trois-villes-suisses-lausanne-berne-et-zuerich-vis-a-vis-de-la-vente-de-stupefiants-dans-lespace-public-deal-de-rue/

Hehli, S./Briellmann, S. (2025): Zum Beispiel Brugg: wie sich die Crackepidemie in der ganzen Schweiz ausbreitet. Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.nzz.ch/schweiz/zum-beispiel-brugg-wie-sich-die-crack-epidemie-in-der-ganzen-schweiz-ausbreitet-ld.1892527

Hildebrandt, P. (2025): Nie mehr über Leichen steigen müssen. Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.zeit.de/politik/ausland/2025-01/drogenkonsum-zuerich-drogenszene-umgang-sucht

Kucera, A. (2022): Und plötzlich rauchen alle Crack. Eingesehen am 08.08.2025 unter: https://www.nzz.ch/schweiz/in-genf-rauchen-ploetzlich-alle-crack-ld.1779948

Marzel, A. et al. (2018): The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic. Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis. Eingesehen am 08.08.2025 unter https://academic.oup.com/ofid/article/5/5/ofy078/5001718

Stadt Zürich (2023): Zufriedenheitsbefragung Kontakt- und Anlaufstellen (K&A). Internes Dokument.

Stadt Zürich (2024): Kommunikation Mikrohandel. Internes Dokument.

Stadt Zürich (2025): Betriebs-Kennzahlen Kontakt- und Anlaufstellen (K&A). Internes Dokument.

Teil II

Übergeordnete Themen

Die Verschiebung von straffällig gewordenen Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen vom Maßregel- in den Justizvollzug: Probleme und Perspektiven

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Einleitung

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht verurteilt […] soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.“(§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)

Nach wie vor wird mit dem Terminus „Entziehungsanstalt“ ein diskriminierender 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 die Wirklichkeit nicht!

Der notwendige Reformimpetus insbesondere aus den Reihen der Sozialpsychiatrie hat aber 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“ 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 ähnliche Praxis auf „freiwilliger“ Basis in Deutschland bis heute. Wurde der Maßregelvollzug in der DDR 1969 abgeschafft, so blieb er in der westdeutschen Bundesrepublik weiterhin bestehen und

wurde 1975 auch in die neue Strafgesetzgebung übernommen. Um einen Paradigmenwechsel hin zum Resozialisierungsauftrag zu verdeutlichen, hieß es nun nicht mehr „Maßregeln zur Sicherung und Besserung“, sondern „Maßregeln zur Besserung und Sicherung. Auch Tilmann Holzer verweist auf diese Historie in seiner sehr lesenswertenden Dissertation: „Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972. (Holzer 2007). Holzer verweist darauf, dass das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ vom 24. November 1933 eine grundlegende Neugestaltung des strafrechtlichen Sanktionssystems auf der Grundlage der rassenhygienische Konstruktion eines „Gewohnheitsverbrechers“ mit dem Leitgedanken des „wirksamen Schutzes der Volksgemeinschaft gegen verbrecherische Schädlinge“ brauchte, wobei die Unterbringung in einer „Heil- und Pflegeanstalt“ bzw. einer „Trinkerheilanstalt“ der „Heilung“ diene, d.h. der zwangsweise verordneten Abstinenz bei „vollständiger oder eingeschränkter Zurechnungsfähigkeit“ von „gewohnheitsmäßigen Trinkern der Giftsüchtigen“. Die Zwangsunterbringung war auch dann zulässig und zeitlich nicht beschränkt, wenn keine Besserung zu erwarten ist. Faktisch lief sie auf eine „Entmündigung“ von Betroffenen hinaus (keine Datenlage über Anzahl)

Wie ist die aktuelle Lage?

Tatsächlich gibt es einen deutlichen Anstieg der Unterbringungen gem.§ 64 StGB (Riedemann 2022). Die Anordnung der Maßregeln fällt in die Kompetenz des Bundes, deren Vollzug aber in die Regelungskompetenz der Bundesländer. Dementsprechend gibt es erhebliche Unterschiede, was die Zuweisungszahlen, die vorgehaltenen Betten, die für die Behandlung zur Verfügung gestellten Geld- und Personalmittel und die Unterbringungsdauern betrifft. Insofern wiegen die Folgen des mit Freiheitsentzug verbundenen Grundrechtseingriffs für die Patientinnen und Patienten in den einzelnen Ländern unterschiedlich schwer. Die Bedingungen im MRV (Maßregelvollzug) stehen im kritischen Fokus der Öffentlichkeit, vor allem wegen Entweichungen oder Rückfalldelinquenz, obwohl diese insgesamt selten vorkommen. 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 Personen in 2020; in Medikamentengestützter Behandlung mit Methadon und Buprenorphin u.a. Substanzen sind es 83.000 Patienten; in abstinenz-orientierten ambulanter Behandlung sind es ca. 13.000 Klienten (2010 waren es noch über 57.000 Klienten) und 1.150 in stationären Einrichtungen (2010 waren es noch 3.420) (etwa 15% davon nach §35 BtMG „Therapie statt Strafe“).

In ihrem Beitrag *„Welche Patienten haben eine „hinreichend konkrete Aussicht“ auf einen Behandlungserfolg in der Maßregel nach §64 StGB?“* (2021) stellen Dörte Berthold und Christian Riedemann zu Recht fest, dass eine Anordnung einer Behandlung suchtkranker Täter nur erfolgen dürfe, wenn konkrete rechtliche Voraussetzungen gegeben sind. Trotz standardisierter Empfehlungen für Prognosebegut-

achtungen seien aber eine steigende Anzahl an Untergebrachten und weiterhin hohe Abbruchraten im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB zu verzeichnen. *„Die Tatsache, dass von den Sachverständigen die Frage, ob eine ausreichend konkrete Aussicht auf Behandlungserfolg vorliegt, schon hinreichend sicher beim Erkenntnisverfahren beantwortet werden soll, stellt in der Praxis eine kaum seriös zu bewältigende Herausforderung dar.“* (Berthold, Riedemann 2021) Genau diese Anforderung soll aber in der erneuten „Reform“ des Maßregelvollzugsgesetzes von 2023 erfüllt werden!

Im Deutschen Bundestrag wurde am 22. Juni 2023 eine Reform des Maßregelvollzugsgesetzes beschlossen, mit Blick auf die Unterbringung von Verurteilten in Entziehungsanstalten. Der Gesetzentwurf wurde am 16.März 2022 in 1. Lesung im Bundestag eingebracht und am 22. Juni 2023 in 2./3. Lesung, sowie im Bundesrat am 7. Juli 2023 verabschiedet.

Die entsprechenden Regelungen sollen nun enger gefasst werden. Zum einen soll die Anordnung einer solchen Maßregel laut Gesetz an strengere Voraussetzungen geknüpft werden. Zum anderen soll die Anrechnung der Zeit im Maßregelvollzug auf die Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung an die Anrechnung regulärer Haftzeiten angepasst werden.

Die damalige Bundesregierung begründete die Änderungen mit der Überlastung der entsprechenden Anstalten. Der Gesetzentwurf war wortgleich auch von den damaligen Oppositionsfraktionen von CDU/CSU vorgelegt worden und insofern kann man davon ausgehen, dass diese Reform auch heute so mitgetragen würde, auch von der AfD. Die letzte Bundesregierung war der Auffassung, dass für die Probleme im Maßregelvollzug zum einen die zu weit gefassten Voraussetzungen verantwortlich seien, zum anderen die bisherige Anrechnungspraxis der Maßregelzeit falsche Anreize gesetzt habe. Ferner wollte die Bundesregierung die Möglichkeiten, bei Bewährungsaussetzungen und vorläufigen Einstellungsentscheidungen durch ambulante Maßnahmen *„präventiv auf Straftäter einzuwirken“,* bekräftigen und ausbauen.

Es bleibt jedoch die Kritik, dass dieser Reformansatz zwar zu einer „Entlastung“ des überfüllten Maßregelvollzugs führen kann, aber auch zu einer „Belastung“ des Strafvollzugs, in den dann die „nicht-therapiefähigen“ Menschen überführt werden.

„Raus aus der Suchtklinik, rein ins Gefängnis“.

…zu diesem ernüchternden Fazit kommt Prof. Dr. Jörg Kinzig, Direktor des Instituts für Kriminologie der Universität Tübingen und Inhaber des Lehrstuhls für Kriminologie, Straf- und Sanktionenrecht (Legal Tribune Online“ am 18. Juli 2024).

Es wurde zum einen die Voraussetzung eines Hanges, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, in § 64 S. 1 Hs. 2 StGB vom Bestehen einer Substanzkonsumstörung abhängig gemacht, was allerdings auch schon vorher der Fall war; jetzt soll es aber schärfer begründet sein. Es muss nun diese Substanzkonsumstörung *„eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung*

der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit zur Folge haben.".

Die bloße Feststellung eines täglichen Konsums von Alkohol oder anderen, illegalen psychoaktiven Substanzen reicht da nicht aus. Es muss schon um eine *„schwere Straftat"* gehen, die unter dem Einfluss einer psychoaktiven Substanz verübt wird und dadurch die Schuldfähigkeit desjenigen einschränkt, der/die sie begeht. Kinzig präzisiert das folgendermaßen: *„Mit der Reform des § 64 StGB wurde darüber hinaus ein verschärftes Kausalitätserfordernis zwischen Hang und Anlasstat eingeführt. Die Tat muss nun quantitativ „überwiegend" auf den Hang zurückzuführen sein. Hierdurch sollen Fälle ausgeschlossen werden, in denen ein Hang lediglich eine untergeordnete Rolle für die Begehung der Tat spielte. In derartigen Fällen ist die Konsumstörung lediglich eine Begleiterscheinung der Straftat.*"

Wie aber sollen die zuständigen Staatsanwaltschaften und Gerichte und die psychiatrischen Gutachter:innen dies irrtumsfrei feststellen? 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 2022 haben 15,5% Hafterfahrungen von mehr als 6 Jahren und ein Drittel zwischen 3 und 6 Jahren; nur 22% gingen einer Arbeitstätigkeit nach.

„Anlassdelikte" für eine Unterbringung im Maßregelvollzug und soziale Lage der im MRV Untergebrachten

Bei den „Anlassdelikten" für eine Unterbringung im Maßregelvollzug 2022 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 Hartl[1] wurde deutlich, dass bei den Drogenabhängigen die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz im Vordergrund stehen. Zwei von drei drogenabhängigen Probanden 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 Ergebung von 2022 stehen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz mit 34,6% im Vordergrund!

In der Stichtagserhebung von 2022[2] sind diese Straftaten aufgeführt. 65,6% hat keine Berufsausbildung; mehr als ein Drittel leben allein; 78% haben keine Arbeitstätigkeit; 53,3% haben keine Kinder; 38% hatten bereits Hafterfahrungen.

1 Hartl, Ch: Wie erfolgreich ist die Behandlung im Msaßregelvollzug nach Wie erfolgreich ist die Behandlung im Msaßregelvollzug nach §§ 63 und 64 DtGB? Disseration an der Uni Regensburg; 2012)

2 Dörte Berthold, Daniel Quade & Dr. Christian Riedemann (2022) : Deutschlandweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB. Insgesamt haben sich 20 Kliniken (N = 1625) an der Erhebung 2022 beteiligt. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei den Darstellungen ausschließlich um deskriptive und keine erklärenden Daten handele „ Kausalzusammenhänge können daher nicht getroffen werden. Sie dienen ausschließlich der Beschreibung der aktuellen Sachlage und lassen keine sichere Interpretation zum Zustandekommen zu."

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.“

Wie ist es mit der „Behandlungsprognose“?

Im Übrigen wurden schließlich die in § 64 S. 2 StGB normierten Anforderungen an die Behandlungsprognose angehoben. Kinzig schreibt: *„Während das frühere Recht für eine Unterbringung nur eine „hinreichend konkrete Aussicht“ auf eine Heilung oder zumindest eine Rückfallverhinderung für eine gewisse Dauer verlangte, muss diese Prognose nunmehr „aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten“ sein.“* Wie das in der Praxis umsetzbar sein soll, legte der Gesetzgeber nicht fest. Es dürfte aber eher dazu führen, dass sogenannt „therapie-resistente“ Patienten jetzt eher wieder in den Strafvollzug verlegt werden, wo es so gut wie keine Behandlungsoptionen einer Suchterkrankung gibt. Das sieht Kinzig durchaus kritisch: „Die Reform des § 64 StGB wird dazu führen, dass zukünftig eine erhebliche Zahl an abgeurteilten Straftätern mit Suchtproblemen statt in der Entziehungs- in einer Justizvollzugsanstalt landen wird.“ Dabei gebe es durchaus Anzeichen dafür, dass der Maßregelvollzug dem Strafvollzug auch bei solchen Personen vorzuziehen ist, bei denen keine schwere Suchtmittelkonsumstörung vorliegt, sondern eher ein missbräuchlicher Drogenkonsum als Teil eines delinquenten Lebenswandels bzw. einer primär delinquenten Orientierung.

Schon 2016 behaupteten eine Reihe von Autor:innen, dass *„in nicht unerheblichem Umfang Patienten zugewiesen werden, bei denen keine Abhängigkeitserkrankung vorliege, sondern „eher ein mißbräuchlicher Drogenkomsum als Teil eines deliquenten Lebenswandels oder des lifestyles“* (Schalast et.al. 2016)

Und „hilfsweise“ wird bei vielen Vertreter:innen der Forensischen Psychiatrie von der Überforderung der Einrichtungen gesprochen, denn „aus *erheblich entwicklungsgestörten Tätern mit Suchtproblemen* sollen durch ein- bis zweijährige Behandlung stabile, sozial kompetente Mitbürger werden, von denen keinerlei Gefahr mehr ausgeht“ (Schalast et al., 2005) Schalast sprach 2021 davon, dass „Entweichungen“ sich auf nur ca. 3% je Patient und Unterbringungsjahr belaufen und die Stabilisierung durch höheren Sicherheitsgrad und differenzierte Behandlungskonzepte erreichbar seien. (*Schalast 2021*)

Dabei sollte der Anspruch ein *Behandlungs-Anspruch* 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. Erforderlich ist ein hohes Maß an Betreuung auf der Grundlage einer Behandlungsuntersuchung ein individuell auf die untergebrachte Person zugeschnittener Behandlungsplan, der regelmäßig fortgeschrieben wird. Notwendig sind Maßnahmen zur Erprobung in Vollzugslockerungen sowie zur Entlassungsvorbereitung und ein Übergangsmanagement durch Verzahnung der planmäßigen internen und externen Hilfen in staatlicher und freier Trägerschaft. Erforderlich sind multidisziplinäres Team qualifizierter Fachkräfte und ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler in der therapeutischen Beziehung. Besonders schutzwürdig sind die Ziele der Recovery (Prinzipien Hoffnung, Selbstbestimmung und Partizipation), das zielt auf die Stärkung der Einbeziehung der Patienten in die Behandlung. Die Beziehung zwischen Substanz, psychiatrischer Komorbidität und Kriminalität stellt sich im Einzelfall sehr unterschiedlich dar. Ein deterministischer Zusammenhang zwischen Substanz und Deliktart besteht nicht. Inwieweit eine Substitutionsbehandlung oder eine psychopharmakologische Behandlung infrage kommt, muss entsprechend einer individuellen Indikationsstellung geklärt werden. Die Studienlage weist darauf hin, dass die Substitution Opioidabhängiger mit Subutex und Naloxon derjenigen mit Methadon deutlich überlegen ist, wenn es um Rückfallprävention von Konsum und Delinquenz geht.“ (Müller et.al. (2017 *)*

Kaum Opioidsubstitutionsbehandlungen im Maßregelvollzug

In Bezug auf die Opioidsubstitutionsbehandlung hat sich jahrelang kaum etwas im MRV getan, obwohl das Land Hamburg damit bereits 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 Medikamenten-gestützte Behandlung muss gewährleistet sein! Aber: Praktiker bezweifeln nach wie vor, dass eine therapeutische Behandlung unter Einfluss eines Medikamentes zur Behandlung der Opioidabhängigkeit durchführbar ist. (Szonnert et al. 2023)

Knecht 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:

- Unter laufender Substitutionsbehandlung sanken Rückfälle in einen Substanzkonsum während laufender Behandlung auf 2%, ausgehend von einem Basisrisiko von 24% in der Gesamtgruppe Opiatabhängiger.
- Erledigungen (§ 67d Abs. 5 StGB) nahmen bei substitutionsgestützter Behandlung auf einen Anteil von 10% ab (ausgehend von einer Basisrate von 47% in der Gesamtgruppe).

- Unerwünschte Vollzugsereignisse nahm die Wahrscheinlichkeit für besondere Vorkommnisse unter laufender Substitutionsbehandlung um den Faktor 16 ab.“ (Knecht et.al. 2011)

Daraus sollte man schlussfolgern, dass die Opioidsubstitutionsbehandlung

- Anerkannte und etablierte Therapieform bei Opioidabhängigkeit ist;
- eine zugelassene Therapieform nicht vorenthalten werden darf;
- komplexe Problemlagen therapeutisch mehr als bloße Abstinenzforderung erfordern;
- sie eine verbesserte Zugänglichkeit zu Psychotherapie schafft;
- eine Buprenorphindepotabgabe (mit monatlicher Dosierung) am besten in den Alltag einer „Zwangsbehandlung“ passt und
- eine bessere Legalprognose nach Entlassung aus dem MRV erwarten läßt.

Schlussfolgerungen

1. Im fachwissenschaftlichen Diskurs zum Maßregelvollzug der letzten Jahre wird deutlich, dass es zwar eine Hinterfragung des im Gesetz noch immer benutzen Terminus des „Hangs, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ gibt, aber dennoch von einer Wirksamkeit dieser Behandlungsform ausgegangen wird, die zur Reduktion des „Risikos erneuter Straftaten“ von 30% führe, ohne in Frage zu stellen, dass der fortgesetzte Konsum von psychoaktiven Substanzen (und damit der Verstoß gegen §29 BtMG) und die damit verbundene Beschaffungskriminalität erst zur Inhaftierung führen.
2. Die weitgehend intern geführte Debatte unterstellt, dass eine zwangsweise durchgeführte Behandlung ebenso erfolgreich sei wie die freiwillige, dass dennoch die außer halb des Straf- und Maßregelvollzugs anerkannte und weitgehend angewendete medikamentengestützte Behandlung mit Methadon, Buprenorphin oder anderen Medikamenten intramural kaum umgesetzt werden könne und dass angewendete psychotherapeutische Methoden lediglich bei „therapieresistenten“ Klienten mit „dissozialer Persönlichkeitsstruktur“ scheitern.
3. Weder die verfasste Ärzteschaft (Bundesärztekammer), noch Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) oder die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), noch die zuständigen Gesundheitsministerien der Länder haben angemessene Vorschläge zur Reform des Maßregelvollzugs vorgelegt.
4. Eine Reform der „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB) muss in Hinblick auf die Einhaltung medizin-ethischer Prinzipien, die auch von der Fachgesellschaft der Psychiater und Psychotherapeuten (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) beachtet werden

müssen, insbesondere den Respekt vor der Autonomie des Patienten in den Mittelpunkt stellen. Das sehen auch höchstrichterliche Urteile (BVrfG) so.

5. Die Reformvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches vom November 2021, sowie die darauf basierenden Gesetzentwürfe der Fraktion der CDU/CSU zum „Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß §64 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 10. Mai 2022 und der Regierungsentwurf (SPD, Bündnis90/Grüne, FDP) für ein „Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ vom 22.121.2022 werden dem fachwissenschaftlichen Behandlungsanliegen nicht gerecht, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person innerhalb der vorgesehenen Frist zu lindern und „die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen“. Sie zielen weitgehend nur darauf ab, die Unterbringung wieder stärker auf wirklich behandlungsbedürftige und -fähige Täter:innen zu fokussieren (obwohl eine solche Prognose nicht zu erstellen ist) und so zur Entlastung der „Entziehungsanstalten“ – zumindest im Sinne eines Abbremsens des langjährigen Anstiegs der Unterbringungszahlen - beizutragen.

6. Der Maßregelvollzug nach §64 Strafgesetzbuch (StGB) betrifft zu großen Teilen Personengruppen, die in vielerlei Hinsicht bereits am Rande der Gesellschaft leben und von vielfältigen persönlichen Problemlagen betroffen sind. Das Strafrecht trifft auf Lebenswelten, die, neben der besonderen Belastung durch massiven Substanzmissbrauch, von Arbeitslosigkeit, Überschuldung sowie psychischen Beeinträchtigungen geprägt sind. Angesichts dieser Ausgangssituation ist eine primär strafrechtliche Logik und Perspektive nicht gerechtfertigt

7. Der Zwangscharakter von Therapien im Maßregelvollzug muss kritisch gesehen werden, da die selbstständige Entscheidung für eine Therapie als wichtige Voraussetzung für deren Erfolg ist. Außerdem lässt sich der Widerspruch zwischen vertrauensvoller therapeutischer Beziehung und auf Kontrolle basierender Sicherungsaufgabe im Behandlungsvollzug nicht einfach auflösen.

8. Die bisherigen Reformideen ändern an der Zweiklassenstruktur der Therapie straffällig gewordener Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen – im Maßregelvollzug einerseits und im allgemeinen Strafvollzug andererseits – nichts Grundsätzliches; sie verschieben lediglich die Belastungen.

9. Die Behandlung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und den forensisch psychiatrischen Ambulanzen ist Teil des Versorgungsangebots für psychisch Kranke. Die in den Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§63/64 StGB der interdisziplinäre Task-Force der DGPPN von 2017 festgelegten Behandlungskonzepte - Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation, einschließlich einer medikamenten-ge-

stützten Opioidsubstitutionsbehandlung, sowie Arbeit/Beschäftigung, soziale Kontakte und Beziehung – müssen ausgerichtet sein nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Therapie von Opioidabhängigen von zuletzt 2017. Diese Kliniken sollen zukünftig nicht weiter als „Entziehungsanstalten", sondern „Forensische Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen" bezeichnet werden.

10. Die Nutzung aller zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsoptionen (auch in Haftanstalten!) ist notwendig.

11. Das Positionspapier „Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB" im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. vom 1. März 2022 fasst die entscheidende Forderung wie folgt zusammen: In der Vergangenheit gab es vielfältige Bemühungen, den jeweiligen Vollzug der beiden Maßregeln (der psychiatrischen nach § 63 StGB und der Entziehungsmaßregel nach § 64 StGB) zu reformieren. Diese Vorhaben sind gescheitert. Die DGSP setzt sich dafür ein, sie ganz abzuschaffen. Akzept e.V. unterstützt diese Forderung.

12. Die Gesundheitsversorgung aller Personen, die sich künftig im Freiheits-(Straf-)Vollzug befinden, soll nicht mehr von der Justiz verantwortet, organisiert und finanziert werden, sondern von den Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit soll die Fachaufsicht haben. Die gesundheitliche Versorgung soll von Ärzt:innen und von sonstigen Gesundheitsdiensten und Einrichtungen am Ort der Vollzugseinrichtung übernommen werden. Dies gilt für die somatische wie für die psychosoziale Versorgung. In den forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen ist die fachliche Betreuung zu gewährleisten (durch psychiatrisches, und psychotherapeutisches Fachpersonal).

13. Die Behandlung von suchtkranken Straftäter:innen, die schwere Straftaten, – insbesondere Gewaltdelikte und sonstige schwere Straftaten begangen haben unter dem Einfluss und der Beeinträchtigung von bzw. durch den Konsum psychoaktiver Substanzen – soll in forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen stattfinden, mit dem Ziel der Reduzierung der mit dem Substanzkonsum einhergehenden psychischen und sozialen Probleme, insbesondere der Gefährdung Dritter.

14. Es muss eine konsequente Entkriminalisierung des Besitzes, Erwerbs und Konsums noch illegalisierter psychoaktiver Substanzen stattfinden. Der Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln nach dem geltenden BtMG soll keine Grundlage der Bestrafung und einer damit verbundenen Unterbringung in einer Behandlungseinrichtung mehr sein.

Literatur (bei den Verfassern)

Für eine Stadt ohne Drogentote

Klaus Jünschke

Die Kölner Polizeiliche Kriminalstatistik 2024 registrierte in den vergangenen 10 Jahren 676 Drogentote:

2015 – 48
2016 – 46
2017 – 52
2018 – 77
2019 – 56
2020 – 54
2021 – 82
2022 – 76
2023 – 97
2024 – 88 (1).

Studien, die sich mit den genauen Ursachen des Todes von Drogenkonsument:innen befassen, gibt es in Deutschland noch nicht. Eine Studie aus Schweden hat die Ursachen untersucht, die dem Tod nach Stimulanzien (Kokain, Amphetaminen) oder Opioiden (Heroin, Fentanyl) zugrundliegen. Während in den Medien meist nur von Überdosierungen die Rede ist, wenn ein toter Suchtkranker aufgefunden wird, sehen die schwedischen Forscher Suizide als häufigste Ursache, also Not und Verzweiflung. (2) Hinter den Statistiken zu Drogentoten stehen Menschen, die nicht auf den Drogenkonsum reduziert werden können. In Köln wird ihnen jedes Jahr am 21. Juli bei Vision e.V. in Kalk und anderen Trägereinrichtungen gedacht. 2023 kam der damalige Bundesdrogenbeauftragte Burkhard Blienert zur Gedenkveranstaltung. Er berichtete von der Ermöglichung des Drug-Checkings durch den Bundestag und die anstehende Regulierung von Cannabis. Dass mit Vision e.V, zum ersten Mal eine Selbsthilfeorganisation von Betroffenen einen Drogenkonsumraum betreiben wird, lobte er sehr. (3) Das Motto des Gedenkens 2023 war „Drogentod ist Staatsversagen".(4) Auf dem Gedenktag 2023 skandalisierte Imke Niebaum von der TH Köln entschieden die ausbleibende Beteiligung von Drogengebrauchenden in den sie betreffenden Angelegenheiten.(5) Wissenschaftlerinnen haben das in einem Projekt umgesetzt, das sich dem Überleben von Suchtkranken am Kölner Neumarkt widmete. Drogengebrauchende fotografierten ihren Alltag und kommentierten ihre Fotos. (6)

Die Kölner AIDS-Hilfe hat am 26.01.2025 die daraus entstandene Ausstellung „ÜberLeben im Risikoumfeld" eröffnet, in der die Drogengebrauchenden zu Wort kommen. (7)

Auf der letzten Tafel der Ausstellung sind die Forderungen und Maßnahmen aufgelistet, die dazu beitragen können, die Zahl der Drogentoten zu senken:

„Notwendige Maßnahmen

Ein flächendeckender Zugang zu sicheren Konsumbedingen, wie sie Drogenkonsumräume bieten. Es bedarf ebenso sicherer Konsumbedingungen in Notschlafstellen – dies ist in Deutschland bisher nicht möglich.

Tagesruhestätte für Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben und insbesondere Crack konsumieren.

Eine niedrigschwellige Substitutionsbehandlung, auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Effektive Maßnahmen um die Wohnungslosigkeit zu bekämpfen. Der Ansatz Housing First sollte als Regelangebot in den Kommunen vorgehalten werden.

Niedrigschwelliges Drug Checking für Menschen in offenen Drogenszenen sowie der Zugang zu Naloxon, einem Medikament, das im Drogennotfall auch durch medizinische Laien verabreicht werden kann.

Der Mikro-Handel, d. h. das Dealen von Drogen von Konsument*in zu Konsument*in, sollte innerhalb von Suchthilfeeinrichtungen in sicheren Bereichen toleriert werden. Hierdurch werden die Sozialräume entlastet. Die Stadt Zürich hat damit sehr gute Erfahrungen gesammelt.

Die Einrichtung und konzeptionelle Weiterentwicklung von Szenetreffpunkten im öffentlichen Raum, in denen der Aufenthalt von Drogenkonsument*innen geduldet wird.

Die Entkriminalisierung von Drogenkonsument*innen entlastet die erkrankten Menschen und ermöglicht bessere Zugänge zu Hilfen. In Portugal sind durch die Entkriminalisierung von Drogenkonsument*innen und den Zugang zur Suchtberatung die Zahl der Drogentodesfälle deutlich gesunken.“ (8)

Die Stadt

Seit 10 Jahren regieren CDU und Grüne Köln. Die Bekämpfung der zunehmenden Armut in der Stadt hatte zu keiner Zeit Priorität.

In Köln hat sich die Gesundheitsverwaltung 2016 mit einem ersten Suchtbericht dem Elend der Drogenkranken gestellt. Zu den Drogentoten wird mit polizeilichen Daten unter der Überschrift „Verstorbene in Folge ihres Drogenkonsums“ berichtet. (S.22f.)

Die sozialen Ursachen des Drogenkonsums werden angesprochen: „Die Menschen mit Opiatabhängigkeit haben insgesamt die ungünstigsten Voraussetzungen: Bei den Betreuungen dieses Personenkreises zeigt sich durchschnittlich das niedrigste Bildungsniveau und mit über 70 Prozent der höchste Anteil an Arbeitslosengeld als Hauptlebensunterhalt…Hier spiegelt sich zum Teil wider, dass insbesondere bei Menschen mit Opiatabhängigkeit häufig ungünstige Startbedingungen durch komplexe soziale Problemlagen bereits vor Beginn der Suchterkrankung vorliegen.“ (S.27) Die politischen Ursachen, die repressive Drogenpolitik, das Betäubungsmittelgesetz, werden nicht thematisiert.

Im Kapitel 5 „Handlungsbedarfe und Ausblick“ bekennt sich die Stadt zur Hilfe:

„Köln sollte auch bei den derzeitig auftretenden suchtbedingten Belastungen im öffentlichen Raum den bisher eingeschlagenen Weg der Vorhaltung und Bereitstellung von

Suchthilfen verfolgen, anstatt Betroffene zu vertreiben und die Problematik zu verlagern. – Zunächst steht vorrangig die schwierige Situation am zentralen Szenestandort um den Neumarkt im Fokus, wobei die anderen Standorte zum Beispiel Kalk, Mülheim , Kölnberg/Meschenich und die Kölner „Ringe“ im Blick sind und an Lösungsmöglichkeiten weiter gearbeitet wird. Das Konzept für ein umfassendes Drogenhilfeangebot am Neumarkt wird zur Information und Beschlussfassung den Fachausschüssen des Rats der Stadt Köln vorgelegt.“ (S.54)

Angesichts des hohen Anteils von Wohnungslosen wird versprochen:

„Es ist ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen für Personen, die keinen Zugang zum Wohnungsmarkt haben, zu entwickeln, um dadurch auch für Menschen mit einer Suchterkrankung zukünftig den nötigen Wohnraumbedarf sicherzustellen.“ (S.56) (9)
Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) veranlasste 2024 eine Studie zu den Offenen Drogenszenen in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster, die 2025 erschienen ist. (10)

Da am 11.8.2025 im Hauptausschuss des Stadtrats eine „Aktuelle Stunde zur Platzsituation am Neumarkt“ beantragt war, hat Sozial- und Gesundheitsdezernent Dr. Rau am 07.08.2025 die „Weiterentwicklung des Kölner Suchthilfekonzepts“ vorgelegt. Darin stützt er sich auf die Ergebnisse der MAGS-Studie eine Verlegung des Drogenkonsumraums aus dem Gesundheitsamt an. Nach dem Vorbild des Züricher Modells soll Köln drei Konsumräume bekommen. (11)

„Die erheblichen Problemlagen sowohl für die betroffenen suchtkranken Menschen als auch für Menschen und Institutionen im öffentlichen Raum dulden keine weitere Verzögerung, so dass unverzüglich Interimslösungen gesucht werden, die eine zeitnahe Verbesserung der Situation ermöglichen.“ (S.8) Aber die „Sofort- und Interimslösungen“ sehen keine Soforthilfen für die suchtkranken Menschen und die von der Drogenszene am Neumarkt belästigten Anwohner und Geschäftsleute vor.

Die Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt klagt: „Die von den Parteien vorgebrachten mittel- beziehungsweise eher langfristigen Maßnahmen helfen den Bewohnern in ihrer aktuellen Situation nicht. Zumal unsere berechtigte Forderung nach einem kurzfristigen, parteiübergreifenden Ziel, der Reduzierung der offenen Drogenszene, nicht thematisiert wurde.“ (12)
Eine entsprechende Beurteilung der Debatte im Hauptausschuss im Interesse der Suchtkranken ist nicht bekannt geworden.

Die Dringlichkeit von Soforthilfen für die Suchtkranken hat Daniel Deimel im Gespräch mit monitor eindrücklich geschildert: „Wir sehen hier eine so schnelle Dynamik, die atemberaubend ist. Auch für langjährig erfahrene Menschen im Suchtbereich, dass sie ja … einfach im Zeitraffer zusehen können, wie die Verelendung zunimmt bei diesen Menschen.“ (13)

In der von ihm mitverfassten MAGS-Studie zu den Offenen Drogenszenen ist auf Seite 94 zu lesen:
„Der Zugang zu Wohnraum und eine finanzielle Absicherung erscheinen als wesentliche Faktoren für andere Aspekte des sozialen Ausschlusses. Zugang zu Wohnraum als zentrale Aufgabe realisieren: Fast zwei Drittel der in den offenen Drogenszenen befragten Personen sind wohnungslos, über ein Drittel sogar obdachlos. Menschen in den offenen Drogenszenen sind damit insbesondere von der steigenden Wohnungslosigkeit in Deutschland betroffen. Umgekehrt zeigt die Be-

fragung auch, dass obdachlose Menschen unter den Befragten noch einmal stärker von sozialen Ausschließungen und erhöhtem Substanzkonsum betroffen sind. Um die Problemlagen der Menschen in offenen Drogenszenen anzugehen, muss deswegen zunächst der Wohnraum für wohnungslose Menschen sichergestellt werden: sowohl in niederschwelligen Notunterkünften, wie sie beispielhaft in Düsseldorf umgesetzt werden, als auch in längerfristigen Wohnheimen und am besten in eigenen Wohnungen, wie er in Essen und Münster noch für einen größeren Teil der Befragten besteht. Die Aufrechterhaltung bestehender Mietverträge und Überleitungen in regulären Wohnraum, z. B. durch den Housing-First-Ansatz oder soziale Wohnmakler:innen, sind die wichtigsten Bausteine in der Schadensreduzierung." (S.94) (14)_

Wieso wird als Sofortmaßnahme die Unterbringung aller obdachlosen Suchtkranken in abschließbaren Einzelzimmern nicht angegangen? Diese Übergangslösung, bis es Housing-First-Wohnungen für alle gibt, würde die Obdachlosen und die Anwohner gleichermaßen entlasten.

Coronabedingt hatte der Sozialausschuss am 14.1.2021 die Unterbringung aller Obdachlosen in abschließbaren Einzelzimmern beschlossen, vom Rat am 4.2.2021 bekräftigt. Leider nur befristet. (15)

Wie lange noch wollen Rat und Verwaltung der zunehmenden Verelendung auf unseren Straßen und Plätzen zusehen? Kai Hauprich, Projektleiter der Housing-First-Initiative des Vringstreffs e.V., hat im Interview mit dem Straßenmagazin DRAUSSENSEITER eindrücklich darauf verwiesen, dass wir uns daran gewöhnt haben, „dass wir den Menschen beim Sterben zuschauen, dass wir das für normal halten. Das darf nicht sein. Ich finde, wir müssen schnellstmöglich jene versorgen, die am dringendsten unsere Hilfe brauchen." (16)

Wenn die obdachlosen Drogenkranken nicht wenigstens von der Straße in abschließbare Einzelzimmer untergebracht werden, wird die Unfähigkeit der Stadt zur sozialen Lösung dieses sozialen Konflikts zum lauter werdenden Ruf nach gewaltsamen Lösungen führen.

Die Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt: „Besonders wird zu beachten sein, ob neben der bisher rein human geprägten Drogenpolitik durch die Intervention unseres Polizeipräsidenten die Grundlagen zur Sicherstellung und Umsetzung des Gewaltmonopols zum Schutz der Anwohner eine zunehmend dominante Rolle spielen wird." (17)

Wer die Leserbriefe in den Berichten deutscher Medien über die Absicht von Donald Trump liest, die Obdachlosen aus den Städten zu vertreiben, muss sich nicht wundern von der Kölner CDU im laufenden Kommunalwahlkampf solche Töne zu hören: „CDU-Fraktion: Linksbündnis verhindert Zerschlagung der Drogenszene am Neumarkt." (18)

Die Forschergruppe zu den Offenen Drogenszenen ist auch gegen diese zunehmende law-and-order-Stimmung eine Stimme der Vernunft:

„Ordnungspolitik und Kriminalisierung entmystifizieren:Ordnungspolitik und Kriminalisierung sind keine Lösungen der zugrundeliegenden Problematiken in den offenen Drogenszenen. Der hohe Anteil von rund 80 % der Befragten, die im Schnitt

fast sechs Jahre in Haft verbracht haben, zeigt, dass Gefängnisaufenthalte an der Suchterkrankung nichts verändern vermögen. Über die Hälfte der von uns Befragten gibt außerdem an, im letzten Monat durchschnittlich fast sechsmal kontrolliert worden zu sein. Dieses Vorgehen behebt nicht die zugrundeliegenden Probleme und ist deswegen weder nachhaltig noch zielführend. Im Gegenteil: Repressive Maßnahmen führen zu einer Verlagerung von Szenetreffpunkten, verschlechtern die Zugänge zum Suchthilfesystem und ziehen mehr Stigmatisierung und Ausgrenzung nach sich. Es bedarf sicherer, risikominimierter und angstfreier Räume und Orte für Drogenkonsument:innen und Anwohner:innen. Beide Interessensgruppen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden." (S.96) (19)

Monitor hat in der Sendung am 14. 8.2025 gezeigt, wie dumm der Kleinkrieg zwischen Polizei und Drogenkranken und Obdachlosen ist. Der Kölner Polizeipräsident Johannes Hermanns nennt das, was die „Superstreifen" (Express) aus Kölner Verkehrsbetriebe, Ordnungsamt und Polizei anrichten, „Reparaturbetrieb". Was bitte „repariert" die Polizei, wenn sie Süchtigen ihren Stoff abnimmt, Platzverwiese erteilt und Strafanzeigen stellt? (20)

Literatur

(1) Polizeiliche Kriminalstatistik 2024. Auswertebricht für das Polizeipräsidium Köln, S. 58 https://koeln.polizei.nrw/sites/default/files/2025-03/pks-jahresbericht-2024_0.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025

(2) https://www.drugcom.de/news/hintergruende-bei-todesfaellen-durch-stimulanzien-und-opioide/ Letzter Zugriff: 20.08.2025

(3) Burkhard Blienert | Gedenktag für verstorbene Drogengebrauchende | 21.07.2023 in Köln. Vision e.V. https://www.youtube.com/watch?v=EMDne3cHAgg Letzter Zugriff: 20.08.2025

(4) Claudia Schieren | Gedenktag für verstorbene Drogengebrauchende | 21.07.2023 in Köln. Vision e.V. https://www.youtube.com/watch?v=xbNoHRFo3S0 Letzter Zugriff: 20.08.2025

(5) Prof. Dr. Imke Niebaum | Gedenktag für verstorbene Drogengebrauchende | 21.07.2023 in Köln. Vision e.V. https://www.youtube.com/watch?v=gRKQ84l-dfI Letzter Zugriff: 20.08.2025

(6) https://www.uni-wuppertal.de/de/news/detail/ueberleben-im-risikoumfeld-wie-leben-suchtkranke-am-koelner-neumarkt/ Letzter Zugriff: 20.08.2025

(7) Ausstellung „ÜberLeben im Risikoumfeld". https://www.aidshilfe-koeln.de/mc-events/ueberleben-im-risikoumfeld-ausstellung-und-talk/ Letzter Zugriff: 20.08.2025

(8) Broschüre Ausstellung „Überleben im Risikoumfeld". http://daniel-deimel.de/wp-content/uploads/2024/10/Broschuere_Ausstellung_Risikoumfeld_20241029-1.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025

(9) Kölner Suchtbericht 2016. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/koelner_suchtbericht_2016.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025

(10) Deimel, Daniel; Ferl, Lucas; Gille Christoph; Mühlen, Anna; van Rießen, Anne; Schmitz, Hayal; Scholten, Lisa (2025): Offene Drogenszenen in NRW 2024.Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/offene_drogenszenen_in_nrw_2024.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025

(11) Weiterentwicklung des Kölner Suchthilfekonzepts (2025) https://ratsinformation.stadt-koeln.de/getfile.asp?id=1061310&type=do Letzter Zugriff: 20.08.2025

(12) Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt (12.08.2025) https://www.zukunft-neumarkt.de/2025/08/das-ende-des-sozialexperiments-drogenkonsumraum-und-substitutionsambulanz-am-neumarkt-ist-in-die-wege-geleitet-2/ Letzter Zugriff: 20.08.2025
(13) Manuskript der Sendung MONITOR vom 14.08.2025: Crack, Elend, Gewalt: Deutsche Drogenpolitik gescheitert https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/crack-elend-gewalt-deutsche-drogenpolitik-gescheitert-100.html#commentsBlock Letzter Zugriff: 20.08.2025
(14) Deimel, Daniel; Ferl, Lucas; Gille Christoph; Mühlen, Anna; van Rießen, Anne; Schmitz, Hayal; Scholten, Lisa (2025): Offene Drogenszenen in NRW 2024.Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/offene_drogenszenen_in_nrw_2024.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025
(15) Beschlussprotokoll Sozialausschuss 14.01.2021 https://ratsinformation.stadt-koeln.de/getfile.asp?id=801190&type=do Letzter Zugriff: 20.08.2025
(16) Nachdruck des Interviews im Straßenmagazin BoDo 01.02.2023 https://bodoev.de/2023/02/01/wir-schauen-den-menschen-seit-jahren-beim-sterben-zu/ Letzter Zugriff: 20.08.2025
(17) Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt am 14.08.2025 https://www.zukunft-neumarkt.de/category/koelnkolumne/ Letzter Zugriff: 20.08.2025
(18) CDU Köln am 12.08.2025 https://www.cdu-koeln.de/cdu-fraktion-linksbuendnis-verhindert-zerschlagung-der-drogenszene-am-neumarkt/ Letzter Zugriff: 20.08.2025
(19) Deimel, Daniel; Ferl, Lucas; Gille Christoph; Mühlen, Anna; van Rießen, Anne; Schmitz, Hayal; Scholten, Lisa (2025): Offene Drogenszenen in NRW 2024.Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/offene_drogenszenen_in_nrw_2024.pdf Letzter Zugriff: 20.08.2025
(20) Monitor am 14.08.2025 https://www.youtube.com/watch?v=gIAOn9INbL4 Letzter Zugriff: 20.08.2025

KI in der Suchthilfe

Andrea Hardeling

Zusammenfassung

Künstliche Intelligenz eröffnet auch der Suchthilfe neue Chancen: Sie kann Fachkräfte entlasten, niedrigschwellige Zugänge schaffen und die Qualitätssicherung stärken. Damit verbunden ist ein Veränderungsprozess, der neue Wege in Beratung und Wissensmanagement eröffnet. Damit KI ihr Potenzial entfalten kann, braucht es klare ethische und rechtliche Rahmenbedingungen, finanzierte datenschutzkonforme gemeinwohlorientierte Anwendungen sowie gezielte Qualifizierung der Fachkräfte die Entwicklung von KI Strategien in Organisationen.

Künstliche Intelligenz (k)ein Thema in der Suchthilfe?

Die Verfügbarkeit und die Nutzung von KI-Anwendungen im Alltag wachsen rasant. Im Jahr 2025 hat in Deutschland rund 53 % der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit generativer KI gemacht, etwa 26 % nutzen KI-Anwendungen täglich oder mehrmals wöchentlich (Deutschlands Marktforscher, 2025). Diese digitalen Instrumente unterstützen inzwischen in vielfältigen Lebensbereichen. Von der Reiseplanung bis hin zu Assistenzsystemen in der Buchhaltung sind KI-Lösungen fest etabliert. Laut einer Studie KI der Sozialwirtschaft schätzen Führungskräfte der Sozialwirtschaft ihren Kenntnisstand zu Künstlicher Intelligenz zu 53 % als mittelmäßig, zu 22 % als hoch und zu 20 % als gering ein (Kreidenweis, 2024)

Im Umgang mit psychosozialen Fragen und Alltagsthemen finden Sprachmodelle, sogenannte Large Language Modelle (LLM) immer häufiger Anwendung. Besonders jüngere Menschen greifen auf KI-gestützte Systeme wie ChatGPT oder Replika zurück, um soziale Interaktionen zu pflegen oder sogar psychologische Beratung zu erhalten. Die virtuelle Gesprächspartnerin, die nach eigenen Wünschen gestaltet werden kann und immer ansprechbar ist, steht meist bestätigend zur Seite, so lange nicht explizit eine kritische Perspektive gewünscht wird. Dies wird von vielen Menschen als unterstützend wahrgenommen.

Der mögliche Einsatz von KI in der Suchtberatung macht deutlich, dass grundlegende Fragen nach Nutzen, Risiken und Zuständigkeiten beantwortet werden müssen. Entsprechend wird das Thema in der Suchthilfe breit diskutiert. Im Jahr 2024 wurde die Haltung von Fach- und Führungskräften sowie verantwortlichen Verbänden und Ministerien zu Entwicklungs- und Einsatzmöglichkeiten von KI basierten Anwendungen im Prozess der Erarbeitung des *Potsdamer Memorandums zum Einsatz von KI in der Suchthilfe*, in den Fokus gerückt. In drei Satellitenveranstaltungen, welche von der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. in Zusammenarbeit mit nuvio partizipativ gestaltet wurden, konnten Fachkräfte sowohl Basiswissen im Thema KI

erhalten (z.B. Funktionsweise von KI, Ethik, KI als soziales Gegenüber) als auch Bedenken, Erwartungen und Rahmenbedingungen zum Einsatz von KI in der Suchthilfe benennen. In einer anschließenden zweitägigen Zukunftswerkstatt wurden mit 35 Vertreter*innen aus Suchthilfe, Verbänden, Ministerien, Wissenschaft und Technologie wesentliche Einsatzmöglichkeiten und Chancen aber auch Herausforderungen und Grenzen des Einsatzes von KI in der Suchthilfe diskutiert. Die Ergebnisse des Prozesses wurden gemeinsam konsentiert im „Potsdamer Memorandum zum Einsatz von KI in der Suchthilfe", zusammengefasst und veröffentlicht.

Die breite Beteiligung von mehr als 250 Teilnehmenden aus verschiedenen Ebenen der Suchthilfe, Verbänden, Wissenschaft und Ministerien an den Veranstaltungen und an der Erarbeitung der Ergebnisse haben deutlich gemacht, dass das Thema KI aktuell als sehr relevant angesehen wird. Es wurde deutlich, dass der Einsatz von KI in der Suchthilfe sowohl als Chance als auch kritisch gesehen wird.

Befürchtungen von Fachkräften zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz

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. Besonders in der Suchthilfe, wo Beziehungsgestaltung und Vertrauen zentrale Wirkfaktoren sind, gilt die Sorge, dass die empathische Dimension nicht ersetzt werden kann. Hinzu kommen Datenschutz- und Sicherheitsbedenken. Die sensiblen Daten von Ratsuchenden bedürfen besonderen Schutzes, weshalb Unsicherheiten über Datenspeicherung, -verarbeitung und Missbrauchsrisiken betont wurden. Auch rechtliche Rahmenbedingungen werden als unzureichend geklärt wahrgenommen. Ein weiterer Aspekt betrifft die Arbeitsrealität: Es wird befürchtet, dass KI-Systeme durch Einarbeitung, Administration und Technikprobleme zusätzliche Belastungen schaffen. Zudem besteht die Sorge, dass Kostenträger KI als „Rationalisierungsinstrument" nutzen könnten – mit dem Risiko von Stellenabbau oder Ersatz menschlicher Beratung. Nicht zuletzt äußerten Fachkräfte Skepsis gegenüber der Zuverlässigkeit von KI-Systemen: Fehlentscheidungen, unpassende Empfehlungen oder algorithmische Verzerrungen könnten Qualität und Vertrauen gefährden.

Chancen des Einsatzes von KI in der Suchthilfe

Neben den Befürchtungen wurde in den Veranstaltungen ein breites Spektrum an Chancen und Anwendungsfeldern aufgezeigt. Deutlich wurde, dass KI-Anwendungen nicht als Ersatz, sondern als Unterstützung für Fachkräfte gedacht sein sollten. Besonders hervorgehoben wurde das Potenzial, Verwaltungs- und Antragsprozesse zu entlasten. KI-Systeme können Dokumentation, Strukturierung von Anamnesedaten oder Vorselektion von Anfragen übernehmen, sodass Fachkräften mehr Zeit für den direkten Kontakt mit Ratsuchenden bleibt. Große Potenziale werden auch in niedrigschwelligen Zugängen gesehen: KI-gestützte Chatbots oder Assistenten können rund

um die Uhr Informationen geben, Orientierung bieten und Ratsuchende an passende Hilfen weiterleiten – gerade für Menschen mit Hemmschwellen gegenüber klassischen Angeboten. Ein weiteres Feld ist die individualisierte Unterstützung, etwa durch Analyse von Konsummustern, Auswertung digitaler Tagebücher oder Feedback in die Beratung. Chancen sehen Fachkräfte zudem in Qualitätssicherung und Wissenserschließung, da KI Fachliteratur schneller zugänglich machen, relevante Informationen für die Fallarbeit bereitstellen und Evaluationen unterstützen kann. Auch Datenauswertungen, Substanzmonitoring und Kommunikation zu riskanten Substanzen könnten durch KI verbessert und zeitnah veröffentlicht werden. Schließlich eröffnet der Einsatz neue Möglichkeiten, Zielgruppen zu erreichen und innovative Ansätze der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Insbesondere jüngere, digital-affine Menschen lassen sich so besser ansprechen; Sprachassistenzsysteme können zudem Beratung für weitere Zielgruppen ermöglichen.

Ratsuchende nutzen KI (bevor sie in der Suchtberatungsstelle ankommen)

Ratsuchende nutzen bereits heute vielfältige KI-basierte Angebote: Neben klassischen Suchmaschinen und Selbsthilfeforen werden zunehmend Tools wie ChatGPT oder Replika für anonyme Erstberatung, Informationssuche und emotionale Entlastung eingesetzt – auch wenn bisher nicht ausreichend bekannt ist, wie die Daten von den Anbieterfirmen weiter genutzt und verarbeitet werden.

Besonders außerhalb der Erreichbarkeit regulärer Hilfeangebote kann KI eine Überbrückungsfunktion einnehmen wie z.B. Chatbots, die in Krisenzeiten erste Unterstützung bieten und im besten Fall eine Weiterleitung in das „reale“ Hilfesystem ermöglichen.

Digitale Beratungsplattformen, online-Selbsttests und Informationsplattformen existieren seit Anfang des Jahrhunderts. Während der Anteil der Nutzenden von Onlineberatungsangeboten wie z.B. der Suchtberatungsplattform DigiSucht (www.suchtberatung.digital) ansteigt, wird mit SuchtGPT ein erster KI basierter Beratungs-Chatbot partizipativ und mit Finanzierung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt.

Verlässliche Statistiken zum Nutzungsverhalten und zur Wirkung von KI-Instrumenten bei Suchterkrankungen sind bisher nicht verfügbar. Erste Forschungsergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass quasisoziale Mensch-Maschine-Interaktionen, wie sie bei Gesprächen mit Chatbots auf Basis großer Sprachmodelle entstehen, dazu beitragen können, negative Gefühlszustände zu verringern (Löhe 2025, S. 374). Zudem zeigt sich, dass insbesondere bei stigmatisierten Problemlagen Ratsuchende gegenüber KI-Systemen mehr Selbstoffenbarung zeigen als im Kontakt mit beratenden Fachkräften (ebd., S. 371). Dennoch bleibt der Zugang zu vertraulichen, qualitätsgesicherten Hilfen eine Herausforderung, da KI-Systeme bislang keine therapeutische Tiefe und Empathie menschlicher Beratung gewährleisten können. Mit Blick auf die sich rasant entwickelnde Angebotsstruktur ist zu befürchten, dass Ratsuchende KI basierte Chatbots nutzen, deren datenschutzkonforme Nutzung ohne finanzielle Interessen nicht gewährleistet ist.

Gerade sozialarbeiterische Arbeitsfelder basieren auf der persönlichen Beziehung als Grundlage für unterstützende Interventionen. Hier können KI basierte Anwendungen unterstützend wirken.

KI als unterstützende Instrumente für Fachkräfte

Im Bereich der Ausbildung und des Wissensmanagements bietet KI vielfältige Chancen: Sie kann Fachliteratur schneller zugänglich machen, Lernprozesse individualisieren und den Wissenstransfer insbesondere bei Personalwechseln innerhalb von Organisationen fördern. Darüber hinaus können KI-Systeme zur Qualitätssicherung beitragen und relevante Informationen für die Fallarbeit bereitstellen (Kreidenweis, 2024). Fachkräfte können KI als Reflektionsinstrument nutzen, mit dem Ziel die Qualität der Arbeit zu steigern.

Durch die Automatisierung von Routinetätigkeiten sowie Onlineanwendungen können Ressourcen freigesetzt werden, die dem direkten Kontakt mit Klient:innen zugutekommen. Der Einsatz verschiedener Elemente der Onlineberatungsplattform DigiSucht (wie z.B. einem Konsumtagebuch) kann unterstützend in der Interaktion sowie im Beratungsprozess zwischen Ratsuchenden und Suchtberatenden eingesetzt werden. Dabei wird die Akzeptanz von KI als Bestandteil von Onlineberatung mit zunehmender Verbreitung von KI in vielen Lebensbereichen steigen (Engelhardt, Kühne, 2025, S. 138). Auch die wissenschaftliche Diskussion verweist auf ein ambivalentes Bild: Einerseits eröffnet der Einsatz von KI-gestützten Chatbots die Möglichkeit, Fachkräfte zu entlasten und zusätzliche Kapazitäten für die Betreuung von Menschen in Krisensituationen zu schaffen. Andererseits wird die Fähigkeit dieser Systeme, emotionale Signale bei abhängigen Menschen angemessen zu erfassen, kritisch hinterfragt (Montaseri, Morfeld & Helle, 2025).

KI in Organisationen der Suchthilfe

Fachkräftemangel und die damit einhergehende Unterbesetzung der Einrichtungen der Suchthilfe, die in den vergangenen Jahren gestiegenen Anforderungen der Bürokratisierung bei Antragstellung sowie Dokumentation und Berichterstattung verursachen Kosten und gehen zulasten der realen Zeit, die den Ratsuchenden zur Verfügung steht. Nicht zuletzt führt die Unterfinanzierung der Suchtberatung dazu, dass die weitere Umsetzung bestehender Angebote bei mangelnder Finanzierung nicht gewährleistet ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, bestehende Aufgaben und personalintensive Routinen kritisch zu prüfen. Tätigkeiten wie Antragstellung, Berichterstattung, Abrechnung sowie Personal- und Raumplanung lassen sich durch KI-basierte Systeme unterstützen und teilweise automatisieren, wodurch wertvolle Ressourcen für den direkten Kontakt mit Klient:innen und Kooperationspartnern freiwerden könnten. Zugleich zeigt eine aktuelle Studie, dass KI in der Sozialwirtschaft bislang vor allem in administrativen Bereichen eingesetzt wird – etwa durch Chatbots (43 %) oder KI-gestützte Rechnungsverarbeitung (30 %) –, während der Einsatz in der direkten Klientenarbeit mit lediglich 8 % noch sehr gering ist (Kreidenweis, 2024, S. 2 f.).

Diskussion und Forderungen

Ambulante Suchthilfe wird nach aktuellem Forschungs- und Entwicklungsstand in absehbarer Zeit nicht durch KI-basierte Chatbots ersetzt werden. Vielmehr werden

Chatbots und andere KI-Anwendungen als ergänzende, unterstützende Instrumente betrachtet, die menschliche Beratung sinnvoll erweitern, aber nicht ersetzen können. Verantwortliche aus dem Arbeitsfeld der Suchthilfe sind jedoch in der Pflicht, mögliche Chancen des Einsatzes von KI mitzugestalten und die Entwicklung von Anwendungen, die dem Datenschutz sowie der EU KI Verordnung entsprechen. Auch sollte der Nutzung von Anwendungen von kommerziellen Anbietern durch den Einsatz von gemeinwohlfinanzierten Anwendungen begegnet werden. Wenn vermieden werden soll, dass Ratsuchende kommerzielle Bots für Suchtfragen verwenden, muss die Suchthilfe die Entwicklung datenschutzkonformer und qualitativ hochwertiger Anwendungen selbst gestalten und diese Anwendungen verfügbar und entsprechend bekannt machen. Das kann nur gelingen, wenn alle Akteure aus dem Feld gemeinsam die Anforderungen definieren, Prozesse gestalten und entsprechende Instrumente partizipativ entwickeln. Voraussetzung dafür ist jedoch auch eine öffentliche Finanzierung, die es ermöglicht OpenSource basierte Anwendungen langfristig und breit nutzbar zu gestalten.

Grundlage für den sinnvollen Einsatz KI basierter Anwendungen in der Suchthilfe ist eine gemeinsam entwickelte strategische Entwicklung. Sowohl auf der Ebene der Verbände als auch auf der Ebene der Träger und Einrichtungen der Suchthilfe. Das setzt voraus, dass sowohl Verantwortliche und Führungskräfte als auch Fachkräfte entsprechend sensibilisiert und qualifiziert sind. Gezielte Schulungen und Digitalisierungsprojekte können dazu beitragen, die digitale Transformation im Themenfeld KI zu befördern und Akteur:innen bei der Entwicklung einer reflektierten Haltung zur Nutzung unterstützen.

Die Suchthilfe steht damit in der politischen Verantwortung, die Rahmenbedingungen für eine gemeinwohlorientierte, datenschutzkonforme und nachhaltig finanzierte KI-Entwicklung aktiv einzufordern und mitzugestalten.

Literatur

Aldendorff, P./ Löhe, J. (2025): Mensch-Maschine-Interaktion (MMI): Herausforderungen und Möglichkeiten von Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Künstlicher Intelligenz in der Sozialen Arbeit, in: Opielka, M. / Erfurth, C. (Hrsg.), Soziale Digitalisierung, Perspektiven der Sozialpolitik, Jena, 365-388

Deutschlands Marktforscher. (2025, 12. März). Studie zur Nutzung von Künstlicher Intelligenz in Deutschland: Generative KI – Verbreitung und Nutzungsintensität. Deutschlands-Marktforscher.de. https://www.deutschlands-marktforscher.de/studie-zur-nutzung-von-kuenstlicher-intelligenz-in-deutschland

Engelhardt, E. / Kühne, S. (2025): Künstliche Intelligenz in der Beratung, Göttingen

Heister, W., Krings, M. (2025): Digitalisierung in der Sozial- und Kulturwirtschaft, Wiesbaden

Kreidenweis, H. (2024). Studie: KI in der Sozialwirtschaft. Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Montaseri, N., Morfeld, M., & Helle, M. (2025). KI-Chatbots und digitale Suchtberatung: Eine Interviewstudie zu wahrgenommenen Chancen und Herausforderungen von KI-Expert*innen. In: Suchttherapie 2025/3: https://doi.org/10.1055/a-2623-5695

SuchtGPT (2025): https://suchtgpt.delphi.de/ (abgerufen am 30.08.2025)

„Ich brauche die Sexarbeit für meine Sucht. Ich muss die ja irgendwie finanzieren“ – Bedarfe von drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen

Eva Wache & Eléonore Willems

Sexarbeiter:innen - also Menschen, die sexuelle Dienstleistungen gegen Geld oder andere Formen der Entlohnung erbringen - unterscheiden sich durch ihre Lebenssituationen, Geschlechtsidentitäten und Arbeitsrealitäten. Daraus ergeben sich unterschiedliche Vulnerabilitätsfaktoren. Drogengebraucher:innen tauschen Sex gegen Geld, Drogen, Essen oder Schlafplätze (auch „Beschaffungsprostitution“[1] genannt).

Im Rahmen der partizipativen Studie „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI-Präventionsstrategien und -bedarfe von Sexarbeitenden“ unter Leitung der Deutschen Aidshilfe wurden die Bedarfe dieser mehrfachstigmatisierten Gruppe beleuchtet.

Für die qualitative Studie wurden 80 Sexarbeiter:innen in elf Fokusgruppen-Diskussionen[2] interviewt. Um möglichst das breite Spektrum in der Sexarbeit abbilden zu können, war die Zusammensetzung der Fokusgruppen im Vergleich zueinander sehr divers. Trans Sexarbeiter:innen, weibliche Escorts, Sexarbeiterinnen aus Thailand sowie sieben weitere Subgruppen wurden durch das Forschungsdesign eingeschlossen. Zehn Peer-Forscher:innen[3] setzten deutschlandweit Fokusgruppen-Diskussionen in fünf Sprachen um. Die Daten wurden mithilfe der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse in einem partizipativen Prozess ausgewertet, an dem die Peer-Forscher*innen und ein Projektbeirat beteiligt waren.

Zwei Fokusgruppen-Diskussionen mit insgesamt 15 drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen fanden im Drogenhilfezentrum Saarbrücken statt, moderiert durch Eva Wache, Sozialarbeiterin und fachliche Leitung. Die Frauen teilten mit, was Sexarbeit für sie bedeutet sowie was sie für ihre Gesundheit und die Verbesserung ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen benötigten. Pseudonymisierte Zitate aus den Fokusgruppen-Interviews begleiten die folgenden Erkenntnisse.

---

1 Der Begriff Prostitution stammt aus dem Lateinischen, prostituere bedeutet übersetzt: „jemanden oder sich herabwürdigen, entehren“. Er beinhaltet bereits eine moralische Wertung und ist stigmatisierend. Daher verwenden wir im Folgenden den Begriff Sexarbeit, der den Fokus auf die Tätigkeit und das, was sie primär ausmacht legt: den Gelderwerb.

2 Fokusgruppen sind moderierte Gruppen-Gespräche, bei denen eine Gruppe von Personen durch Informationsinputs und Fragen zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird. Die Gespräche werden aufgezeichnet, verschriftlicht und ausgewertet.

3 Am Forschungsprojekt waren zehn Menschen als Peer-Forscher*innen beteiligt. Sie sind selbst Sexarbeiter*innen und/oder arbeiten als Sozialarbeiter*innen oder Berater*innen haupt- oder ehrenamtlich mit Sexarbeiter*innen. Sie wurden ausgewählt, weil sie einen besonderen Bezug zu einer spezifischen Gruppe von Sexarbeiter*innen haben.

Sexarbeit: eine Ressource, die mit unterschiedlichen Gefühlen einhergeht

Als grundsätzlich legale Option zur Drogenfinanzierung ist Sexarbeit für die Teilnehmerinnen eine Ressource. Mehrere Studienteilnehmerinnen definierten die Tätigkeit als einen Beruf: „*Erstens würde ich sagen, es ist Arbeit. Ganz normal. Wie jede andere Arbeit auch […]. Eine Sache gegen Bezahlung.*“ (Jasmin). Wie allgemein in der Sexarbeit, so sind auch bei drogengebrauchenden Frauen die Empfindungen gegenüber der Tätigkeit divers. Mehrere Teilnehmerinnen redeten offen über die psychischen Belastungen und das Gefühl von Zwang, das sie mit Sexarbeit verbinden. „*Manchmal fühlt man sich halt wirklich wie so ein Stück Scheiße, und es geht schon ganz schön an die Psyche, was man manchmal für Geld macht […] um kein Turkey zu haben.*“ (Steffi). Einige erwähnten Gefühle von Scham und verinnerlichter Stigmatisierung. Auch Abwertung durch Dritte wurden thematisiert: „*Seelischer Schmerz, Minderwertigkeitsgefühle, Ausgegrenztheit und Schamgefühl.*“ (Eliza).

Positive Aspekte, die genannt wurden, bezogen sich beispielsweise das Erleben von Intimität, Geborgenheit und Wärme. Sexarbeit wurde als Beruf beschrieben, der an sich „nichts Schlimmes“ ist, aber gesellschaftlich stigmatisiert wird, womit belastende Lebens- und Arbeitsumstände einhergehen. “*Aber ja trotzdem, es ist einfach ein Beruf und es wird [immer noch] zu arg negativ [darüber] gesprochen in der Gesellschaft.“ (Jasmin)*

Viele Teilnehmerinnen haben ein professionelles Verständnis und professionelle Strategien in Bezug auf die Sexarbeit entwickelt. Auffällig war die Nennung diverser Sicherheitsstrategien im Kontakt zu den Kunden. Die Herausforderung besteht jedoch darin, unter Entzugsbedingungen oder stark berauscht an diesen Strategien festzuhalten. „*Wir gehen einen Vertrag ein, sobald wir was ausmachen. Und seitdem ist es mir scheißegal. Wenn wir vorher fünfzig Euro ausgemacht haben, dann will ich meine fünfzig Euro haben. Da bin ich ganz rigoros. […] Und das klappt! Das klappt!“ (Eliza)*

Drogengebraucher:innen in der Sexarbeit wird häufig jegliche Professionalität abgesprochen. Die Ergebnisse der Fokusgruppen-Interviews widerlegen diese These. Sowohl das Wissen um rechtliche Gegebenheiten, als auch die Auseinandersetzung mit Sicherheitsstrategien und eigenen Grenzen zeugen, losgelöst von den prekären Arbeitsbedingungen, von einer (selbst)bewussten Ausübung sexueller Dienstleistungen. Professionelle Strategien bei Drogengebrauchenden in der Sexarbeit generell zu negieren kommt einer weiteren Stigmatisierung dieser Gruppe gleich.

Strukturelle Probleme drogengebrauchender Sexarbeiterinnen

Die Fokusgruppen-Teilnehmerinnen beschrieben eine sehr prekäre Lebenswelt. Diese ist in dem andauernden Bedarf begründet, finanzielle Mittel zur Beschaffung der illegalen Substanzen zu generieren, um sich damit „gesund machen“ und funktionieren zu können. Die Frauen stehen unter einem enormen Beschaffungs- und damit auch unter einem hohen Zeitdruck.

Um in Sperrbezirken[4] bei der strafbewährten Anbahnung und Ausübung von sexuellen Dienstleistungen nicht erwischt zu werden, steigen die Frauen rasch in die Autos der Kunden ein und fahren teils weite Strecken zu abgelegenen Orten, an denen sie keinen Schutz erfahren und ggf. Gewalt ausgeliefert sind.

Die generell niedrigen Preise für sexuelle Dienstleistungen auf der Straße, die Erpressungsmanöver mancher Kunden und die gleichzeitige Erhöhung der Lebenskosten erzeugen einen hohen Druck auf die drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen. Ihr Leben ist geprägt durch Gefahren, Angst und Stress.

Neben den gesetzlichen Regelungen zur Sexarbeit (Sperrgebietsverordnungen, Prostituiertenschutzgesetz, Ordnungswidrigkeitengesetz, Strafgesetzbuch) kommen die Frauen aufgrund ihrer Suchtproblematik mit dem Betäubungsmittelgesetz und anderen, Betäubungsmittelrelevanten Gesetzen in Konflikt.

Aufgaben wie die Beschaffung von Suchtmitteln oder die Suche nach einem Schlafplatz sind überlebenswichtig. Andere Verpflichtungen wie die Einhaltung von Regularien zur Sexarbeit oder zum Betäubungsmittelverkehr geraten in den Hintergrund und können nicht eingehalten werden.

Das Leben der Teilnehmerinnen ist durch viele Formen von Kriminalisierung geprägt. *„Strafe kassiert beinahe jede von uns, ja.*“(Alicia). Zudem sind sie Mehrfachdiskriminierung als Frauen, Drogenkonsumentinnen und Sexarbeiterinnen ausgesetzt.

Lösungsansätze und Forderungen

Sicherheit und die Hygiene an den Orten, an denen die Dienstleistungen angebahnt und erbracht werden, sind in den Fokusgruppen immer wieder angesprochen worden. Hierzu gibt es einen klaren Bedarf: *„Ein Platz, wo man hinfahren darf und ein Ort, wo man sich waschen kann. Das wäre schon mal ein guter Anfang.“* (Lisa).

„[Ich wünsche mir,] dass die Öffentlichkeit uns auch mal als Menschen sieht und nicht so als Abfall.“ (Eliza). Insbesondere von Passant:innen, Polizeibeamt:innen und von medizinischem Personal wünschen drogengebrauchende Sexarbeiterinnen sich Respekt und mehr Verständnis für ihre Situation.

Ein weiterer Ansatz zur Förderung ihrer Selbstbestimmung ist der Ausbau von Angeboten für Frauen bzw. *Sexarbeiterinnen* in gemischtgeschlechtlichen Drogenhilfe-Einrichtungen, gleichwohl der Goldstandard die Förderung frauenspezifischer Drogenhilfeeinrichtungen ist. Bei „Frauen-Abenden“ können Zusammengehörigkeit und gegenseitiges Empowerment gelebt werden. Sexarbeiterinnen können sich dabei auch professionalisieren, indem sie Arbeitsstrategien austauschen, sich gegenseitig vor gefährlichen Orten und gewaltbereiten Kunden warnen oder ein für alle geltendes Preissystem für sexuelle Dienstleistungen bestimmen. *„Der generelle Zusammenhalt […] von den Frauen sollte eigentlich mehr sein. Wie oft habe ich gesagt gehabt, ich würde es für sinnvoll halten, wenn alle Frauen sich absprechen und einen Endpreis [festlegen] und unter dem Preis geht es nicht.*“ (Jasmin). *„Und ich finde, das gibt auch Kraft, ne? Solche Zusammengehörigkeitsmomente, dass man wenigstens weiß: ‚Hallo, es gibt da noch mehr wie mich, ich bin nicht die Einzigste, die auf den Strich geht*

4 Sperrbezirke sind Gebiete, in denen die Sexarbeit nicht ausgeübt werden darf. In Sperrgebietsverordnungen werden Orte oder Zeiten festlegt, an oder in denen die Ausübung von Prostitution verboten ist; sie werden durch die Bundesländer erlassen.

in ganz Saarbrücken.'" (Susan). „Wir sind ~~zwar~~ auf Zeitdruck. Wenn es nicht wäre, das stimmt wirklich, dann würden wir vielleicht mehr zusammenarbeiten" (Carla)

Zu berücksichtigen ist, dass den Frauen aufgrund des hohen Beschaffungsdrucks häufig die Zeit fehlt, sich geplant an einem Tisch zusammenzusetzen. Im Rahmen des Forschungsprojektes ist dies vor allem gelungen, weil eine Aufwandsentschädigung gezahlt wurde, sodass den Frauen durch ihre Zeitinvestition kein finanzieller Nachteil drohte. *"Dieses Zwischenmenschliche ist ja schön und gut, ne, finde ich auch, wenn das funktioniert. Finde ich toll, aber ich glaube daran nicht mehr, weil für uns erste und höchste Priorität ist bei uns die Sucht, ist der Stoff […] Ich finde das super, was Sie machen, ne, auf gar keinen, aber in erster Linie sind die meisten Leute wegen dem Geld hier." (Eliza)*

Intravenöser Drogenkonsum und Sex ohne Kondom erhöhen deutlich das Risiko, sich mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen (STI) zu infizieren. Daher brauchen drogengebrauchende Sexarbeiterinnen geeignete Informationen über die Übertragungswege, die unterschiedlichen Präventionsmethoden (inklusive PrEP[5] und PEP[6]) und die Behandelbarkeit von HIV und STI. HIV/STI-Testangebote sollten in der Lebenswelt der Frauen beworben und angeboten werden.

Die Teilnehmerinnen wünschen auch, dass die Kunden HIV und STI ernst nehmen und ihre Bedingungen in Bezug auf Kondomnutzung akzeptieren. Schließlich sollen sie Sexarbeiterinnen respektieren und sexuelle Dienstleistungen fair bezahlen.

Sperrbezirksverordnungen sollten abgeschafft oder überarbeitet werden, unter Berücksichtigung der Bedarfe von Sexarbeiter:innen, insbesondere wenn sie auf die tägliche Sexarbeit angewiesen sind.

„Das Beste" aber wäre laut Teilnehmerinnen die geregelte Abgabe von Originalstoffen. Suchtkranke Menschen wären nicht mehr von Dealer:innen und den Preisen für Drogen auf dem informellen Markt abhängig, sondern sie erhielten legal pharmazeutisch hergestellte, reine Substanzen mit immer gleichem Wirkstoffgehalt. Gesundheitliche und soziale Schädigungen würden deutlich reduziert. Die Entscheidung für oder gegen die Sexarbeit könnte dann frei von Beschaffungsdruck getroffen werden.

5 PrEP (HIV-Prä-Expositionsprophylaxe) ist eine medikamentöse Schutzmethode vor HIV.

6 PEP (HIV-Post-Expositionsprophylaxe) ist eine Notfallmaßnahme zum Schutz vor HIV nach einem Übertragungsrisiko.

Distickstoffmonoxid (Lachgas) übers Ziel hinaus- von unkontrolliert zu überreguliert?

Philip Gerber

Zusammenfassung

Wie soll mit Substanzen umgegangen werden? Wie viel Regulierung ist für die Gesellschaft erforderlich? Komplexe Fragen, auf die der folgende Artikel am Beispiel Distickstoffmonoxid (Lachgas) versucht, eine Bewertung vorzunehmen. Ausgehend von der Annahme, dass eine Zugänglichkeit zu Substanzen bei gleichzeitiger Regulierung dieser, der schadenminimierte Weg ist, wird der durch die Gesundheitsminister:innen Lauterbach und Warken entworfene Regulierungsvorschlag bewertet.

Dieser Artikel will sich am Beispiel Distickstoffmonoxid (Lachgas) mit Fragen der Regulierung und Deregulierung von Substanzen beschäftigen. Die Substanz bietet sich aufgrund des in den letzten 2 Jahren geführten Diskurses, seiner Spezifität nahezu unreguliert zu sein und der bevorstehenden Regulierung hierfür an.

Ein bisschen Historisches

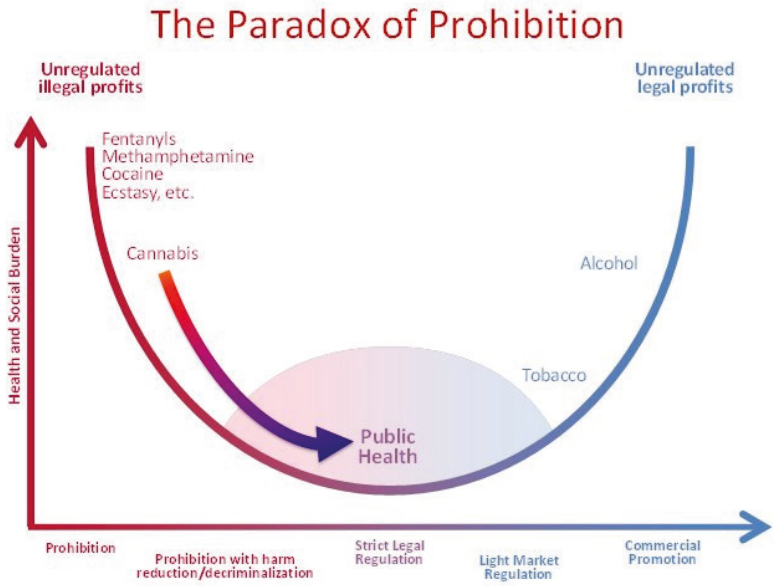
Distickstoffmonoxid (Lachgas) selbst wurde 1773 durch Joseph Priestley entdeckt und noch vor seiner medizinischen Verwendung ab 1844 von der britischen Oberklasse als berauschende Substanz verwendet. Es ist damit keine Substanz der neueren Zeit, sondern schon seit über 250 Jahren in der Medizin, als industrielles Produkt oder in der privaten Nutzung mehr oder weniger verbreitet.

Wie einige Substanzen ist deren Verbreitungsgrad im privaten Bereich Schwankungen unterlegen. In den 60er/70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde es populärer und damit von mehr Personen konsumiert, bevor es dann wieder in einer Nische verschwand, um im Zuge der aufkommenden elektronischen Musik wieder an Verbreitung zu gewinnen. Seit 2015 zuerst in Dänemark und dann in anderen europäischen Staaten kommt die Substanz auch aufgrund steigender schwerer Schäden bei einzelnen Personen in den öffentlichen Fokus, die in einzelnen Ländern Regulierungen nach sich zogen.

Ein Blick auf Deregulierung und Regulierung

Grundsätzlich stellt sich bei allen Substanzen die Frage, wie mit Ihnen umzugehen ist und unter welche Regelungen sie fallen sollen. Dies gilt beispielhaft für chemische

Industrieprodukte ebenso wie für konsumierbare Substanzen. Bemessungsgrundlage für Entscheidungen über den Regulierungsgrad sollten hierbei die Auswirkungen der Substanzen sein. Diese können in verschiedenen Dimensionen und hierbei bezüglich unterschiedlicher Einzelaspekte bewertet werden. Im Bereich der konsumierbaren Substanzen fokussiert sich die Bewertung, wie im Schaubild „Das Paradox der Prohibition“ von Marks (1990) gezeigt, vor allem auf die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen beim Einzelnen wie der Gesamtgesellschaft.



Adapted by WRCPC / @DrugsWRCPC (with permission from the Canadian Drug Policy Coalition) from Marks, J. (1990). The paradox of prohibition. In Hall, W. (Ed.), *Controlled availability: Wisdom or disaster?* (pp.7-10). Kensington, NSW: National Drug and Alcohol Research Centre.

https://mobile.x.com/DrugActionWR/status/1051868063186837505

Folgt man der Theorie, entstehrn sowohl durch eine völlige Deregulierung als auch durch die Kriminalisierung von konsumierbaren Substanzen ein hoher individueller Schaden als auch sehr negative Folgen für die Gesellschaft. Dies belegen unter anderem die Abhängigkeitszahlen der Substanz Alkohol, die nach der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) bei 1,6 Mio. Abhängigkeitserkrankten liegen. Auch weist die DHS die gesellschaftlichen Folgekosten mit knapp über 57 Mrd. Euro aus. Auf der Seite der Kriminalisierung sind die Auswirkungen vor allem im individuellen Bereich an Beispielen des Opioid- wie Crackkonsums erkennbar.

Wie die beschriebene Systematik auf eine einzelne Substanz anwendbar ist, wird durch zusätzliche Faktoren bestimmt, die wiederum bewertet werden müssen. Hierbei stellen sich unter anderem Fragen der Toxizität wie dem Abhängigkeitspotential der Substanz, den angewandten, gelebten Konsummustern und dem Verbreitungsgrad in der Gesellschaft oder verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Dem gegenüber muss dann der Nutzen gestellt werden.

Anwendung auf die Substanz Distickstoffmonoxid (Lachgas)

Regulierungsgrad - Distickstoffmonoxid (Lachgas) ist vor und zum Zeitpunkt August 2025 nahezu unreguliert. Es bestehen lediglich die Anforderungen, dass die Inhaltsstoffe ausgewiesen werden und die verkauften Kartuschen eine Produktsicherheit im technischen Sinn aufweisen. Umstritten beziehungsweise nicht gerichtlich geprüft ist die Frage, für welchen Zweck die Substanz vertrieben und beworben werden darf. Es wird davon ausgegangen, dass eine Bewerbung zum inhalativen Gebrauch nicht zulässig ist. Verkauft wird die Substanz als Mittel zur Herstellung von Schlagsahne.

Die Substanz ist frei erwerbbar. Es bestehen keine Einschränkungen bezüglich des Alters beim Erwerb. Die Gebindegrößen und damit die Substanzmenge sind frei wählbar und bewegen sich zwischen kleinen Kartuschen mit 8mg bis zu Großgebinden von 10 kg. Ebenso sind alle Vertriebswege zugelassen und es gibt keine Einschränkungen zum Beispiel bezüglich der Verkaufszeiten.

Toxizität/Abhängigkeitspotential – Wie so oft hängen die Nebenwirkungen und Gefahren einer Substanz vom Konsummuster des Individuums ab und gehen auch beim Distickstoffmonoxid (Lachgas) weit auseinander.

Ein einmaliger Konsum einer geringen Menge der Substanz birgt im Grunde kaum die Gefahr einer Schädigung. Neben den von Konsumierenden erwünschten Effekten der kurzfristigen Euphorie, Entspannung und Wahrnehmungsverzerrungen wird das Gas nach kurzer Zeit wieder völlig aus dem Körper ausgeschieden. Potentielle Nebenwirkungen wie Schwindel oder Kopfschmerzen klingen wieder ab.

Bei hohen Dosen besteht die Gefahr von Desorientiertheit, die Auslöser für Unfalle sein kann.

Dauerkonsumenten:innen oder Konsumierende von sehr hohen Dosen sind gefährdet Lähmungen in Armen und Beinen zu entwickeln. Diese bilden sich oftmals zurück. Es gibt aber auch Fälle von bleibenden Schädigungen.

Ein Abhängigkeitspotential der Substanz ist gegeben, wie einzelne Fallbeschreibungen verdeutlichen. Insgesamt wird es jedoch als eher gering gewertet.

Verbreitungsgrad – Aus anderen europäischen Ländern gab es unter anderem über die Zunahme an dokumentierten, schweren Schädigungen ab dem Jahr 2017 Hinweise auf eine zunehmende Verbreitung der Substanz.

In Deutschland wurde die Zunahme des Konsums erstmals über die Frankfurter Schülerbefragung 2022 vom Centre for Drug Research deutlich. Wurde Lachgas in den Jahren zuvor immer unter der Rubrik Sonstige Substanzen gelistet, fand sie sich in dieser Befragung als alleinig ausgewiesener Stoff wieder. So stieg die Lebenszeitprävalenz auf insgesamt 17% der befragten Schüler:innen im Alter von 15 bis 18 Jahre an. Die 12-Monatsprävalenz erhöhte sich auf 12% und die 30-Tageprävalenz auf 6%.

Produktveränderungen/Social Media – Wahrscheinlich sind die Steigerungen in den Prävalenzahlen unter anderem auf verschiedene Veränderung beim genutzten Produkt und auf eine gestiegene Präsenz in den sozialen Medien zurückzuführen.

Wurden früher sogenannte Sahnekapseln mit einem Cracker geöffnet und konsumiert, sind seit 3-4 Jahren größere Kartuschen mit einem leicht bedienbaren Mechanismus erwerbbar. Diese sind auch mit Geschmacksstoffen erhältlich. Die Kartuschen

sind entgegen den Sahnekapseln in Ihrer Gestaltung nicht neutral gehalten, sondern erscheinen als „trendiges Freizeitprodukt“.

Neben den Veränderungen am Produkt haben sich die Vertriebswege verändert. Im Schwerpunkt werden die Gebinde über das Internet direkt oder über Kioske/Spätis vertrieben. Ihre Präsenz und Verfügbarkeit ist damit erhöht.

Ebenfalls seit einigen Jahren gibt es Challenges zum Beispiel auf der Internetplattform TikTok, in denen sich Konsumierende beim Konsum filmen, sich zeigen lassen und zur Nachahmung auffordern.

Nutzen – Distickstoffmonoxid wird als Substanz im Bereich der Medizin wie im Bereich der Industrie als wichtiger Stoff in der Raketentechnik und als Treibmittel verwendet.

Mitwirkung an der Regulierung – Eine Aufgabe der Suchthilfe?

In der Auseinandersetzung mit dem Thema einer potentiellen Regulierung in diesem Fall von Distickstoffmonoxid stellt sich immer wieder die Frage, ob dies die Aufgabe der Suchthilfe ist.

Im Sinne einer Schadensminimierung für Konsumierende zeigt die im Artikel als Grundlage verwendete Parabel, dass das Schadenausmaß sowohl bei einer starken Regulierung als auch beim Vorliegen keiner Regulierung am größten ist. Auch ist anzuerkennen, dass verhältnispräventive Maßnahmen einen großen Hebel für die Gesellschaft haben.

Die in der Vergangenheit geführten Debatten um eine andere Regulierung von Stoffen wie zum Beispiel Opiaten, Cannabis und Alkohol hat gezeigt, dass neben einer immer spürbaren Ideologisierung der Debatte, die Sichtweisen der Konsumiereden nur schwer Gehör fanden. Hierfür steht die Suchthilfe. Gerade dieser Punkt ist jedoch noch ausbaubar.

Auch die Abwägungen zwischen einem Schutzbedürfnis gegenüber den betroffenen Personengruppen (im Fall von Distickstoffmonoxid unter anderem auch Jugendlichen), den Persönlichkeitsrechten der Personen und deren Konsumrealitäten wäre ohne die Perspektive der Suchthilfe entweder stärker wirtschaftlich oder von law and order geprägt.

Zusätzlich steht es der Suchthilfe als gesellschaftlich relevanter Akteur zu, sich als Gestaltungspartner:in der Politik und Verwaltung anzubieten. Dies impliziert dann jedoch sowohl eine Mitwirkung bei der Regulierung als auch bei der Deregulierung, wobei diese der Suchthilfe leichter fällt.

Was geplant ist?

Bereits von der Vorgängerregierung war die Aufnahme von Distickstoffmonoxid (Lachgas) in das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NPSG) geplant. Dieser Ansatz wird um eine Erweiterung im Bereich Kinder- und Jugendschutz von der jetzigen Gesundheitsministerin Frau Warken weiterverfolgt. Es soll eine zweite Anlage im NPSG entstehen. In diese Anlage II finden sich Beschreibungen unter welchen Bedingungen

die darin aufgenommenen Substanzen verkehrsfähig sind. Im Fall von Distickstoffmonoxid gibt es neben Ausnahmen für den industriellen Gebrauch eine Begrenzung der Gebindegröße auf 8 mg und damit und ein Verkaufsverbot an Minderjährige sowie eine Untersagung zur Abgabe an Automaten und durch den Versandhandel.

Chancen und Risiken – Ein Fazit

Die Überschrift stellt die Frage, inwieweit eine Überregulierung bezüglich Distickstoffmonoxid Lachgas) bestehen wird. Dies ist aus meiner Sicht nicht der Fall.

Aus meiner Perspektive war klar ein Handlungsbedarf zu erkennen. Eine nahezu unregulierte Substanz, ein veränderter Vertriebsweg und ein ansprechendes Marketing des Produktes, ein kleiner Hype auf Social Media und eine erkennbare Steigerung in den Prävalenzraten inklusive schwerer Konsumnebenwirkungen bei Einzelnen sind hier zu nennen. Hinzu kamen einzelne Berichte über ein Konsumverhalten sehr junger Jugendlicher und die gestiegenen Funde der Kartuschen im öffentlichen Raum.

Die Lösung über die Aufnahme in das NPSG und die zusätzliche Schaffung der Anlage II wirkt wie eine Rückkehr in „alte“ Distickstoffmonoxidzeiten. Für volljährige Konsumierende wird er weiter über Sahnekapseln erhältlich sein. Dies ist insofern wichtig, da hierüber von einer fortgeführten Produktsicherheit ausgegangen werden kann. Bei einer Illegalisierung der Substanz wäre es wahrscheinlich, dass verunreinigte Stoffe auf den Nischenmarkt „Lachgas“ kämen.

Auch die Aufnahme des Verkaufsverbotes an Jugendliche und das Verbot des Vertriebsweges über Automaten ist begrüßenswert, da damit die 24-stündige Verfügbarkeit durchbrochen wird. Dies gilt ebenso für die Reduktion der erlaubten Gebindegrößen und damit der Wegfall der zugesetzten Geschmacksstoffe, die eine zusätzlich Anreizfunktion ausgeübt haben.

Bei allem Zuspruch für die gewählte Form Regulierung bleibt aber zuletzt zu erwähnen, dass sowohl Regulierungen als auch Deregulierungen nur eine Antwort auf sich zeigenden Symptome sind. Die eigentliche Frage, wie gesundheitsschädlicher Konsum bei gleichzeitiger Ermöglichung des Konsums verringert und minimiert werden kann, beantwortet sie nicht. Hierzu wären die gesellschaftlichen Verhältnisse grundlegend zu verändern oder zumindest die Suchthilfe mit Ihren beratenden, begleiteten sowie präventiven Angeboten zu stärken.

Fazit: Nicht übers Ziel hinausgeschossen, aber für den großen Wurf bedarf es wesentlich mehr!

Literatur

https://www.uni-frankfurt.de/146663665/mosyd-jahresbericht-2022_final.pdf

https://flexikon.doccheck.com/de/Lachgas

https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/recreational-nitrous-oxide-use-europe-situation-risks-responses_de

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-lachgasverbot-pm-01-07-25.html

Suchtberatung – Erstanlaufstellen für Betroffene und Angehörige ohne gesicherte Finanzierung

Eva Egartner, Christina Rummel

Suchtberatungsstellen sind oftmals die einzigen Erstversorgungsstellen mit spezialisierten Kenntnissen für von Konsumstörungen betroffene Menschen und ihre Angehörigen, v.a. in ländlichen Kommunen. Sie begleiten, beraten und behandeln, unterstützen und stabilisieren rauschmittelkonsumierende Menschen und ihr Umfeld in Krisen sowie in dauerhaft herausfordernden Lebenssituationen.

Dieser besonderen Bedeutung von Suchtberatungsstellen steht eine chronische Unterfinanzierung gegenüber. Die Problematik besteht seit Jahrzehnten und spitzt sich weiter zu. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) führte im Frühjahr 2024 eine Abfrage unter allen Suchtberatungsstellen ihrer Mitgliedsverbände durch. Von über 1.300 angeschriebenen Beratungsstellen, konnten 534 Rückmeldungen in die Auswertung einbezogen werden:

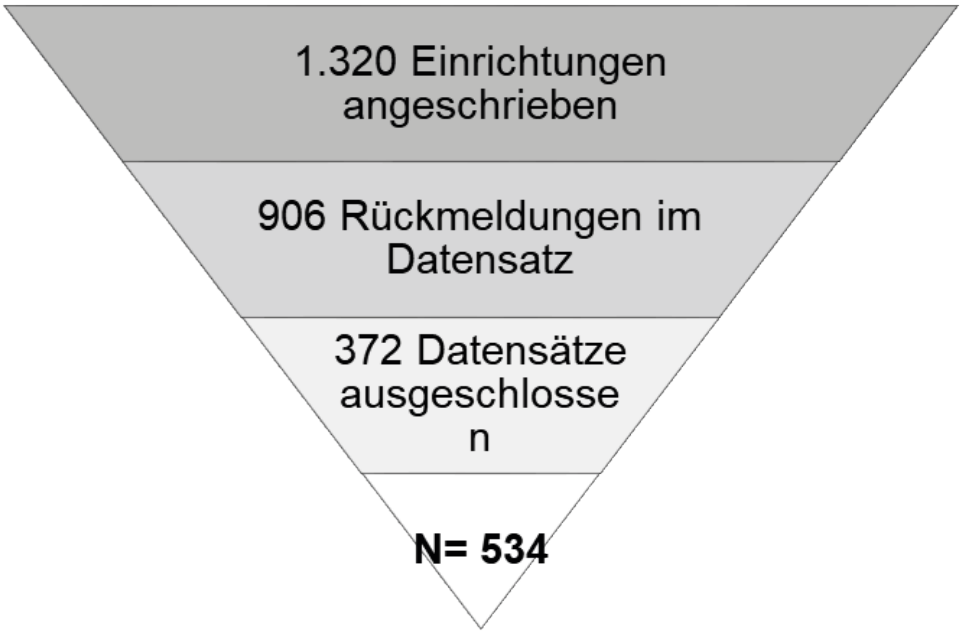


Abbildung 1: Rücklauf

Kern der Untersuchung war die Frage, inwiefern die Finanzierung der Leistung Suchtberatung mit öffentlichen Mitteln (Kommune, Land) im laufenden Jahr 2024 gesichert ist. 15,2 % der Rückmeldenden gaben an, dass für diesem Zeitraum die Finanzierung gesichert sei. 7,7 % gingen von einer kostendeckenden Finanzierung in 2024 aus, obwohl eine abschließende Klärung zum Zeitpunkt der Beantwortung noch ausstand. Bei 77,1 % ist dies nicht der Fall: 61,4 % der befragten Verantwortlichen öffentlich geförderter Suchtberatungsstelle sagten aus, dass die Finanzierung der Leistung Suchtberatung in 2024 nicht kostendeckend sei. Weitere 15,7 % gingen ebenfalls davon aus, aber eine abschließende Klärung stand zum Zeitpunkt der Befragung noch aus.

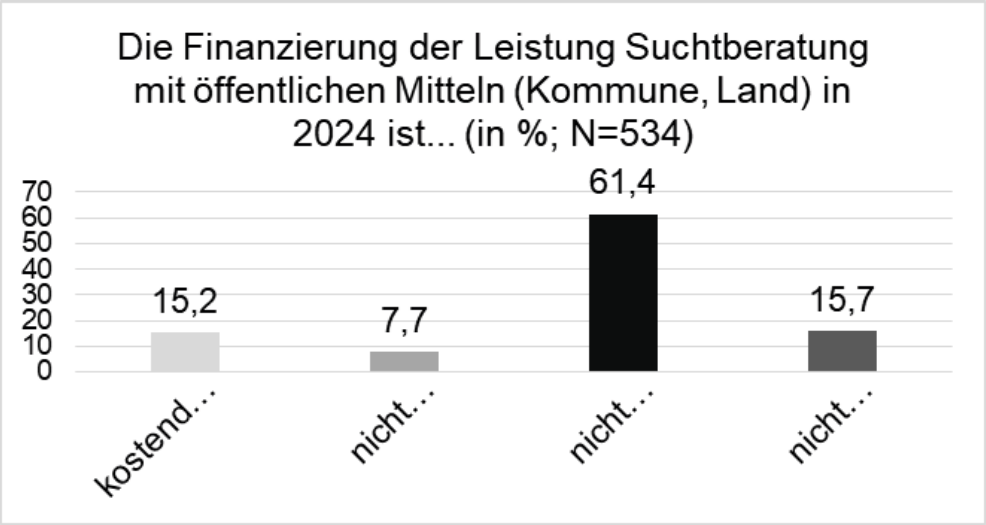


Abbildung 2: Finanzierung der Leistung Suchtberatung im Jahr 2024

Auswirkungen der Finanzierungslücke

Bei der Beantwortung der Frage zu den Auswirkungen der etwaigen Finanzierungslücke wurden 1.010 Antworten abgegeben (Mehrfachnennungen möglich). Gemäß 154 Angaben kann diese kompensiert werden. Demgegenüber stehen 737 Antworten, die sich auf negative vorgegebene Antwortkategorien beziehen. Insbesondere die Einschränkung von Angeboten für die Klientel (187 Angaben), der Mittelrückgang für Ausstattung bzw. Sachmittel (149 Angaben) und die Streichung von Angeboten (109 Angaben) sind Auswirkungen der Finanzierungslücke.

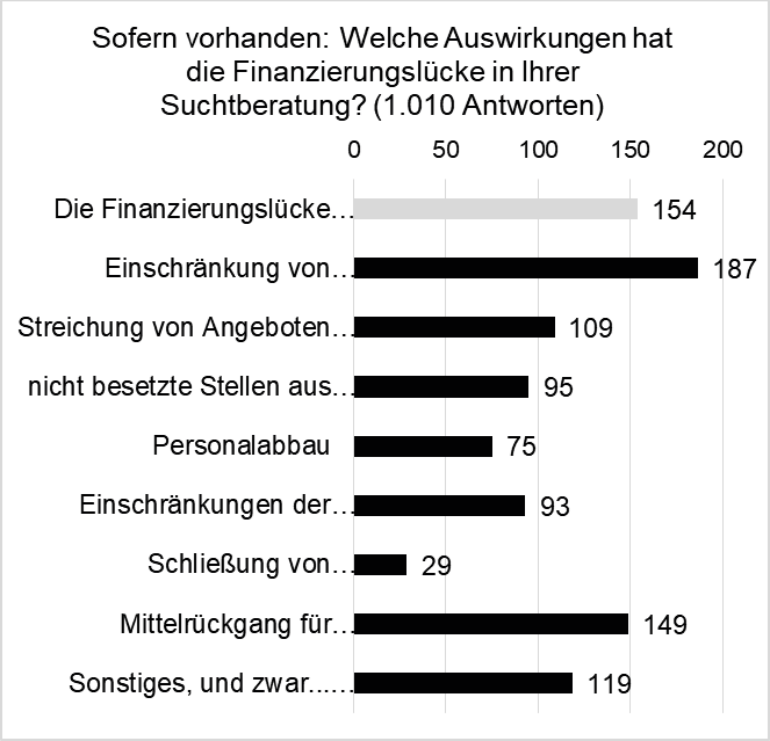


Abbildung 3: Auswirkungen der Finanzierungslücke

Auch in den von den Beantwortenden ausformulierten Angaben unter „Sonstiges, und zwar…“ werden in 119 Antworten vor allem konkrete Auswirkungen auf das Angebot und auf das vorhandene Personal genannt oder die Kompensation durch Querfinanzierungen oder Eigenmittel beschrieben. Die folgenden ausgewählten Kommentare verdeutlichen die konkreten Auswirkungen:

- *„Druck, mehr Gelder aus anderen Töpfen beantragen zu müssen. Stress, dass die ambulante Reha mehr einbringen muss.“*
- *„Aufgrund der schlechten Finanzierung - bereits seit Jahren - wurden 2015 Stellen gestrichen, mangelnde Planungssicherheit, befristete Stellen, keine Präventionsangebote, Angehörigenarbeit nur in geringem Umfang bei gleichzeitiger Steigerung der Anforderungen von Kommunen, Land, Kooperationspartner*innen…“*
- *„Keine angemessene Personalaufstockung möglich, d.h. seit Jahrzehnten gleicher Stellenschlüssel bei steigender Klient:innenzahl. Defizit wird teils aufgefangen durch Ambulante Rehabilitation und Kirchensteuermittel“*
- *„Rückgang der Qualität, weil finanziell weniger Weiterbildungen möglich sind; Abwanderung von Personal in besser bezahlte Stellen“*
- *„Erwirtschaftungsdruck steht im Vordergrund nicht mehr die Klient:innen“*

Höhe des Defizits

Auf die Frage, wie groß das Defizit in der Finanzierung der Angebote der Suchtberatung sei, machten 74,5 % der 523 Rückmeldenden Angaben zur Höhe des erwarteten Defizits. 24,7 % aller Rückmeldenden berichteten von einer nicht finanzierten Spanne von 0-10 %. Fast ein Drittel (29,8 %) gab ein Defizit von 11-20 % an. Mit 30 % gaben ebenso viele ein Defizit über 21 % an, davon 4,2 % sogar ein Defizit über 50 %. Unter den Antwortenden gaben 15,5 % an, dass kein Defizit vorliegt und eine vollständige Kostendeckung besteht. Dieser Prozentsatz ist übereinstimmend mit der bereits oben beschriebenen Frage, ob im Jahr 2024 die Finanzierung der Leistung Suchtberatung mit öffentlichen Mitteln kostendeckend ist (vgl. Abbildung 2).

Gründe nicht-auskömmlicher Finanzierung

In einer Frage des Online-Fragebogens wurde nach den Gründen der nicht-ausreichenden Finanzierung getrennt nach kommunalen Mitteln und Landesmitteln gefragt. Mehrfachantworten waren möglich. In Abbildung 4 werden zur besseren Übersicht kommunale Mittel und Landesmittel getrennt voneinander betrachtet. Es wird deutlich, dass vor allem die Stagnation oder die nicht ausreichende Anhebung von kommunalen Mitteln und Landesmitteln bei steigenden Kosten eine nicht ausreichende Finanzierung begründet. Die Spanne reicht hier jeweils von 196 bis 224 Antworten. Zudem berichten 55 Antwortende von einer Reduzierung der Landesmittel sowie 66 Antwortende von einer Reduzierung der kommunalen Mittel.

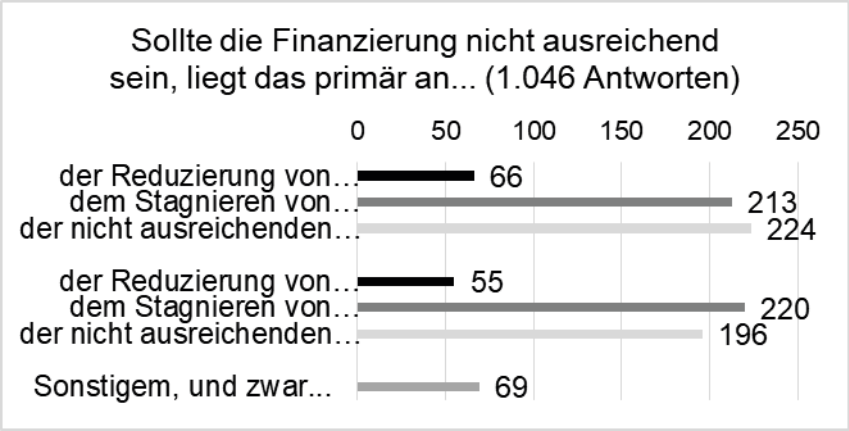


Abbildung 4: Gründe für eine nicht ausreichende Finanzierung

69 Rückmeldungen geben in einem Freifeld sonstige Gründe an. Darunter vor allem, dass die zugewiesenen Mittel nicht adäquat bzw. dynamisch berechnet sind, um kostendeckend zu sein (20 Antworten) oder dass die Akquise der Eigenmittel Schwierigkeiten bereitet (19 Antworten).

Folgende ausgewählte Zitate verdeutlichen die Gründe der nicht ausreichenden Finanzierung:

- *„Kopplung der kommunalen Verträge an die Landesförderung mit festem Personalschlüssel, also jedes Jahr steigendes Defizit."*
- *„Stagnierung der Eigenmittel (Kirchengelder) trotz Lohnsteigerung, Sonderzahlungen (Corona)"*
- *„Kommunalpolitik und Fachbereich Soziales schieben sich gegenseitig die Verantwortung zu, alle „verstehen" die Not und schicken uns zum anderen, seit Jahren bringen die Unterhaltungen, Forderungen, Verhandlungen, Einladen der Politik, nette Gespräche und Führungen durch die Einrichtung nichts"*
- *„Die Nachfrage nach Suchtberatung, der Bedarf insgesamt ist höher als wir aktuell zeitnah bedienen können. Neben Fachpersonal fehlen uns adäquate Räume"*

Eigenmittel

Bezüglich der Eigenmittelsituation wird in der vorliegenden Untersuchung gesondert gefragt und in einer offenen Antwortkategorie ermittelt, ob und in welcher Höhe die Träger/die Verbände Eigenmittel erbringen, um die Angebote der Suchtberatung zu finanzieren. Jede dritte Einrichtung (33,9 %) gibt an, dass der Träger bzw. Verband bis zu 10 % Eigenmittel für die Leistungserbringung der Suchtberatung einbringt. Bei etwas mehr als jeder fünften Einrichtung (21,5 %) sind 11 bis 20 % der Leistung durch Mittel des Trägers bzw. Verbandes finanziert. Bei jeder achten Einrichtung (12,8 %) beträgt der Anteil sogar 21 bis 30 % und bei jeder zwanzigsten Einrichtung zwischen 31 und 40 %. Bei wenigen Einrichtungen liegt der Finanzierungsanteil des Trägers/der Trägerin bzw. Verbandes sogar darüber. Bei 21,3 % der Antworten wurde eine Erbringung von Eigenmitteln durch den Träger/der Trägerin bzw. den Verband bestätigt, die Angabe der Höhe lässt sich jedoch nicht eindeutig zuordnen.

Probleme für den Betrieb der Suchtberatungsstelle

Die Befragung schließt u.a. mit der qualitativen Frage ab: „Wo sehen Sie das größte Problem für den Betrieb der Suchtberatungsstelle in 2024?"

Meistgenanntes Problem ist die nicht vorhandene ausreichende Finanzierung mit 156 Nennungen. Personalengpässe (67 Nennungen) und Fachkräftemangel (66 Nennungen) folgen auf Rang zwei und drei.

Somit wurde überdeutlich, dass die mangelnde Finanzierung ein Hauptproblem im Betrieb der Suchtberatungsstellen darstellt. Differenziert nach Kostenarten werden vor allem steigende und fehlende Personalkosten genannt und auch steigende Sachkosten oder Mieterhöhungen. Kritisch wird ebenfalls gesehen, dass die Aufgaben der Suchtberatungsstellen eine freiwillige Leistung seitens der Kommune darstellen, keine Pflichtaufgabe.

Weitere Ergebnisse sind der Zusammenfassung der Befragung von Christina Rummel zu entnehmen (DHS 2024, Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland).

Bewertung der Ergebnisse

Erstmals wurde mit dieser Befragung bundesweit erhoben, wie es um die Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland steht. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind vor dem Hintergrund einer sehr unterschiedlichen Finanzierungslandschaft in Deutschland zu betrachten. Jedes Bundesland, jede Kommune finanziert - wenn sie finanziert – die Beratungsstellen vor Ort unter anderen (fachlichen) Bedingungen oder anderen Berechnungsgrundlagen mit den zur Verfügung stehenden oder gestellten Mitteln.

Die Ergebnisse offenbaren ein eklatantes Defizit in einem nicht geahnten Ausmaß. Dreiviertel der öffentlich finanzierten Suchtberatungsstellen können ihre Kosten nicht decken. Über die Hälfte der Befragten berichten über ein Defizit ihrer Angebote bis zu 20 %, ein Drittel der befragten Einrichtungen liegt sogar darüber. Ein Ausgleich über Eigenmittel ist nur schwer möglich, da u.a. Kirchensteuermittel ebenfalls rückgängig sind oder Träger höhere Zuschüsse nicht erwirtschaften können.

Dabei geht es bei den zugewiesenen Mitteln seitens der Kommunen oder des Landes weniger um eine Reduzierung der Gelder. Vielmehr stagniert das Budget oder Mittel werden nicht kostendeckend angehoben. Damit stehen die Suchtberatungsstellen finanziell mit dem Rücken zur Wand – ihre Existenz ist vielerorts gefährdet.

Doch nicht allein die mangelnde finanzielle Ausstattung bereitet den Verantwortlichen und Fachkräften der Suchtberatungsstellen Sorgen. Hinzu kommen eine wachsende Komplexität der Fälle, eine höhere Nachfrage, Unsicherheiten bzgl. der Cannabis-Teillegalisierung, zahlreiche weitere fachliche Themen, die zu bearbeiten wären – aber durch Personal- und Fachkräftemangel nicht zu stemmen sind. Dies wirkt sich sowohl auf die (noch vorhandenen) Fachkräfte als auch auf die Betroffenen aus. Fachkräfte stehen unter Druck, mit zu geringen personellen Ressourcen die wirtschaftliche Existenz sichern zu müssen und können das Angebot für Betroffene nicht mehr aufrechterhalten. Sprechzeiten und Öffnungszeiten werden gekürzt, Schließungen von Beratungsstellen sind bereits erfolgt und anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass weitere Schließungen absehbar sind, sofern sich die Situation nicht grundlegend ändert. Hilfsbedürftige Menschen mit Suchterkrankungen können dann nicht mehr adäquat versorgt werden. Ganze Landstriche werden ohne Beratungsangebot auskommen müssen. Die qualitativen Rückmeldungen zu den größten Problemen für den Betrieb ihrer Suchtberatungsstelle sowie zu notwendiger Unterstützung, um die Angebote der Beratungsstelle bedarfsgerecht umzusetzen, haben eine große Wucht. Deutlich wird in den teils sehr ausführlichen und tiefgehenden Aussagen, dass die Sorgen um die Finanzierung – vor allem die steigenden Personalkosten – die Arbeit mit den betroffenen Klientinnen und Klienten in den Hintergrund rücken lässt, obwohl genau an dieser Stelle alle Kraft gebündelt werden müsste, um den fachlichen hohen Standards in der Prävention, Beratung und Behandlung gerecht zu werden.

Die Suchtberatungsstellen brauchen Hilfe – nur so können sie weiterhin Betroffenen helfen.

Fazit und Forderungen

Kern des Problems ist, dass die kommunal finanzierte Suchtberatung keine verbindliche und gesetzlich gesicherte Leistung ist und somit ihre Ausstattung auch von der Finanzlage der jeweiligen Kommune oder des Bundeslandes abhängig ist. Besonders problematisch für die Versorgung Rauschmittelkonsumierender ist dabei, dass Suchtberatungsstellen häufig erste Adresse für Hilfesuchende sind und sie eine zentrale Koordinierungs- und Schnittstellenfunktion im hoch spezialisierten und vielgliedrigen Versorgungssystem einnehmen.

Durch politische Entscheidungen sind verbindliche Strukturen für das Angebot Suchtberatung zu schaffen. Die Leistungserbringung der Suchthilfe muss durch eine verlässliche Finanzierungsgrundlage gesichert sein.

Es soll aber nicht nur bei Forderungen bleiben. Die DHS hat sich intensiv mit möglichen gesetzgeberischen Regelungen auseinandergesetzt, um eine auskömmliche Finanzierung der Suchtberatung zu sichern (DHS 2023, Eckpunkte für gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Suchtberatung).

Als ersten Schritt sollte es den politischen Willen geben, eine gesicherte finanzielle Basis für die Suchtberatung zu schaffen. Bundesweit einheitlich sollte ein Personalschlüssel je Einwohner:innenzahl für die Leistungen der Suchtberatung festgelegt werden, ebenso wie seine Finanzierung.

Wir können nicht zusehen, wie eine der wichtigsten Säulen der Versorgung in der Suchthilfe nach und nach wegbricht. Es ist eine Minute vor 12. Die Politik muss handeln, damit die Suchtberatungsstellen in Deutschland weiterhin ihre wichtige Arbeit für die Gesellschaft und für Betroffene leisten können.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Rummel, Ch. (2024): Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland - Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2023): Eckpunkte für gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Suchtberatung, Hamm

Risikokommunikation im Rahmen von Drug-Checking – eine evidenzbasierte Grundlage für Prävention und Versorgung

Tim Hirschfeld, Heino Stöver

Zusammenfassung

Ein auf Drug-Checking gestütztes Risikokommunikationssystem in Deutschland birgt lebensrettendes Potenzial. Es verbindet Prävention auf individueller Ebene mit bevölkerungsweiter Gesundheitsvorsorge durch frühzeitige Trendbeobachtung und Warnungen. Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass solche Systeme funktionieren, wenn sie wissenschaftlich fundiert, schnell, transparent und glaubwürdig agieren. Angesichts des immer komplexer werdenden Schwarzmarktes und des hohen Risikos neuer psychoaktiver Substanzen mit unbekannten toxikologischen Eigenschaften ist die Umsetzung dieser Strukturen sehr dringlich.

Einleitung

Deutschland steht 2025 vor bedeutenden Veränderungen in der Drogenpolitik. Erstmals ermöglicht und verpflichtet der neue Paragraf 10b des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) die Bundesländer, Drug-Checking-Angebote rechtlich abzusichern und zu fördern. Gleichzeitig wächst die Sorge vor immer potenteren und unvorhersehbaren Substanzen auf dem Schwarzmarkt (EUDA 2025; UNODC 2025). Der neue Bundesdrogenbeauftragte Hendrik Streeck (CDU) betont die Dringlichkeit eines besseren Monitoring- und Warnsystems in Deutschland (Klapsa 2025). Er stellte sich damit sogar gegen die bisherige Parteilinie und sprach sich deutlich für Drug-Checking aus, *„[es] schützt Leben, weil dadurch weniger Drogen mit gefährlichen Beimischungen konsumiert werden“* (Klapsa 2025). Diese Entwicklung unterstreicht die wachsende Erkenntnis, dass Risikokommunikation im Rahmen von Drug-Checking ein zentrales Element einer modernen, gesundheitsorientierten Drogenpolitik ist. Angesichts von mindestens 2.137 Todesfällen bedingt durch den Konsum illegaler Substanzen in Deutschland im Jahr 2024 (BKA 2025) besteht ein akuter Handlungsbedarf, Präventionsinstrumente wie Drug-Checking mit effektiven Warn- und Informationssystemen zu verknüpfen. Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag, wie wirkungsvolle Risikokommunikation im Rahmen von Drug-Checking gestaltet werden kann, von der Überwachung des Schwarzmarktes über gestufte Warnsysteme bis hin zu internationalen Best-Practices und einer möglichen Umsetzung in Deutschland.

Drug-Checking verbindet individuelles Feedback mit Schwarzmarktmonitoring

Ein kontinuierliches Monitoring des illegalen Substanzmarktes bildet die Grundlage wirksamer Risikokommunikation. Drug-Checking, verstanden als chemisch-toxikologische Analyse von durch Konsumierende eingereichten Substanzen mit anschließender Beratung, fungiert dabei als zentrales Frühwarninstrument (Barratt und Measham 2022). Durch die regelmäßige Analyse von Proben lassen sich neu auftretende psychoaktive Substanzen und gefährliche Streckmittel frühzeitig erkennen (Brunt 2017; Volpe et al. 2023). Damit gehört Drug-Checking zu den wenigen Instrumenten, die einen unmittelbaren Einblick in die Dynamik des Schwarzmarktes ermöglichen, um Trends sichtbar zu machen und drogenbedingte Gesundheitsschäden oder Todesfälle vorzubeugen. Studien weisen darauf hin, dass Konsumierende die Analyseergebnisse in ihre Risikoeinschätzung einbeziehen und ihr Konsumverhalten anpassen, indem sie z.B. Dosierungen reduzieren oder vom Konsum absehen. Solche Verhaltensanpassungen sind sowohl in internationalen Untersuchungen (Maghsoudi et al. 2022; Giulini et al. 2023)Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsycINFO, Scopus, Web of Science and Dissertations and Theses Global. Eligible studies were peer" reviewed articles and conference abstracts or grey literature, published in any language since 1990 and including original data on the domains. We assessed risk of bias for quantitative peer" reviewed articles reporting on behaviour or models of drug checking services using National Institutes of Health tools.\n\nResults\nWe screened 2463 titles and abstracts and 156 full texts, with 90 studies meeting inclusion criteria. Most (n = 65, 72.2% als auch in nationalen Evaluationen belegt (Hirschfeld und Majić 2022; Hirschfeld et al. 2024).

Analyseergebnisse zeigen den größten Nutzen, wenn sie neben der individuellen Rückmeldung auch öffentlichkeitswirksam aufgearbeitet werden. Auf individueller Ebene erhält die substanzgebrauchende Person eine auf die Probe zugeschnittene Ergebnisrückmeldung mit konkreter Beratung zu Risiken und Schadensminierungsstrategien, die eine informierte Konsumentscheidungen ermöglicht und den Zugang zu weiterführenden Hilfen erleichtert (Barratt und Measham 2022). Auf bevölkerungsbezogener Ebene können Fachkräfte, Beratungsstellen und die Öffentlichkeit zu Risiken sensibilisiert und über gefährliche Funde und neue Trends informiert werden. Risikokommunikation bedeutet in diesem Zusammenhang den zielgerichteten Austausch relevanter Informationen, um Bedrohungen transparent darzustellen und handlungsorientierte Empfehlungen bereitzustellen (Sumnall und Atkinson 2023; Volpe et al. 2023; Freestone et al. 2025). Dadurch entsteht nicht nur Transparenz über die aktuelle Qualität und Zusammensetzung kursierender Substanzen, sondern auch eine evidenzbasierte Grundlage für Prävention und Versorgung.

Warnstufen und Zielgruppen

Effektive Risikokommunikation mittels Drug-Checking erfordert ein gestuftes Warnsystem, das die Reichweite von Warnmeldungen an das Gefährdungspotenzial und die Verbreitung der Substanz anpasst (Sumnall und Atkinson 2023). In der Praxis

haben sich Warnstufen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene bewährt. Lokale Warnungen werden etwa ausgelöst, wenn gefährliche Substanzen nur in einem begrenzten Umfeld (z. B. einer Stadt oder bei einem einzelnen Event) auftauchen. Die Kommunikation erfolgt dann gezielt über lokale Kanäle, etwa über Social-Media-Kanäle regionaler Drogenhilfeeinrichtungen, Aushänge in Clubs oder Push-Nachrichten an Festival-Besucher*innen, und richtet sich primär an Personen, die mit der konkreten Charge in Kontakt kommen könnten. Regionale Warnungen greifen bei Risiken, die mehrere Städte oder eine ganze Region betreffen, etwa wenn ein verunreinigtes Drogen-Batch im Umlauf ist. Hier werden zusätzlich überregionale Medien und Netzwerke der Suchthilfe einbezogen. Nationale Warnungen sind hochrangige Alarmmeldungen, die bei gravierenden Bedrohungen mit potenziell bundesweiter Relevanz, aktiviert werden, etwa wenn eine Substanz mit extremem Gefährdungspotenzial entdeckt wird oder viele Notfälle in verschiedenen Bundesländern registriert werden. In solchen Fällen muss die Information breit gestreut werden, u. a. über bundesweite Pressemitteilungen, Gesundheitsbehörden, Fernsehen und Radio, um möglichst alle potenziell Betroffenen zu erreichen (Freestone et al. 2025). Entscheidend sind klar definierte Auslöseschwellen: Ab welcher Evidenz (etwa Anzahl unerwarteter Krankenhausfälle oder analytischer Nachweise in verschiedenen Orten) wird welche Warnstufe aktiviert? Diese Schwellen sollten vorab festgelegt und mit den zuständigen Behörden abgestimmt sein, um im Ernstfall ohne Verzögerung handeln zu können (Sumnall und Atkinson 2023).

Neben der geographischen Reichweite unterscheiden sich die Warnstufen auch in ihren Zielgruppen. Lokale Alerts können sehr spezifisch an Szenegänger oder Besucher eines bestimmten Festivals adressiert sein, während nationale Warnungen auch die allgemeine Bevölkerung und alle Gesundheitsdienste ansprechen (Freestone et al. 2025). So wurde in den Niederlanden bei einer lebensgefährlichen Substanzcharge ein nationaler „Red-Alert" ausgerufen, der innerhalb kürzester Zeit neben Konsumierenden auch Krankenhäuser, Ärzt*innen und die breite Öffentlichkeit informierte (Hirschfeld et al. im Druck). Wichtig ist, die Botschaften jeweils zielgruppengerecht aufzubereiten, z.B. in leicht verständlicher Sprache für Laien, mit technischen Details für Fachpersonal oder mehrsprachig für internationale Settings (Sumnall und Atkinson 2023; Freestone et al. 2025).

Ein bekanntes Risiko bei häufigen Warnmeldungen ist die „Warnmüdigkeit" (Alert Fatigue): Wenn zu oft Alarm geschlagen wird, könnten Personen Warnungen ignorieren oder nicht mehr ernst nehmen (Sumnall und Atkinson 2023; Volpe et al. 2023). Empirische Daten aus Australien zeigen allerdings, dass bislang nur wenige Konsumierende überhaupt von einer Überdrüssigkeit gegenüber Substanzwarnungen berichten. In einer Online-Befragung 2023 unter 567 drogengebrauchenden Personen gaben 77 % der Teilnehmenden an, in den letzten fünf Jahren mindestens eine Warnmeldung gesehen zu haben – 79 % sagten, dass sie daraufhin versucht haben, die betreffenden Drogen nicht zu konsumieren, und 58 % teilten die Warninformation sogar aktiv mit anderen (Akhurst et al. 2024). Sehr wenige Befragte berichteten von einer echten „Warnmüdigkeit" infolge zu vieler Warnungen (Akhurst et al. 2024). Diese hohe Reichweite und Wirkung von Warnungen, bei gleichzeitig geringer berichteter Warnmüdigkeit, unterstreicht den Nutzen solcher Risikokommunikation. Gleichwohl betonen Expert*innen, dass Warnungen sparsam und glaubwürdig eingesetzt werden

sollten, um Abstumpfung vorzubeugen (Volpe et al. 2023). So veröffentlicht etwa Großbritannien nur rund 15 Warnungen pro Jahr, Spanien ähnlich wenige, und das niederländische DIMS-Netzwerk aktiviert das höchste Warnlevel (Red-Alert) lediglich ein- bis zweimal jährlich, während in der Schweiz mit einem gestuften System im gleichen Zeitraum 307 bis 702 Warnmeldungen pro Jahr generiert wurden (Volpe und Barratt 2025). Letzteres mag zwar umfassender informieren, birgt aber die Gefahr, dass wichtige Warnungen in der Flut untergehen. Daher gilt es, jede Warnung sorgfältig zu validieren und nur bei wirklich ungewöhnlichen, hochriskanten Funden auszugeben (Volpe und Barratt 2025). Durch transparente Kriterien, getestet in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe, lässt sich sicherstellen, dass Warnmeldungen ernst genommen werden und Gesundheitsgefahren durch Verhaltensanpassungen vorgebeugt werden (Sumnall und Atkinson 2023; Freestone et al. 2025; Volpe und Barratt 2025).

Best Practices aus den Niederlanden: DIMS und das Red-Alert-System

Die Niederlande verfügen mit dem 1992 gegründeten *Drug Information and Monitoring System* (DIMS) über eines der ältesten und erfolgreichsten nationalen Drug-Checking-Netzwerke (Smit-Rigter und van der Gouwe 2019). DIMS umfasst ein landesweites Netz von Analyse-Laboren und Beratungsstellen, das sowohl der individuellen Schadensminimierung dient als auch systematisch den Schwarzmarkt überwacht. Erkenntnisse aus DIMS fließen in ein gestaffeltes Frühwarnsystem ein. Wird beispielsweise an einzelnen Standorten eine riskante Substanz entdeckt, kann DIMS zunächst interne Hinweise geben oder lokal warnen. Bei gravierenden Funden mit überregionaler Bedeutung schaltet DIMS jedoch in den Alarmmodus auf nationaler Ebene. Ein prominentes Beispiel war der sogenannte „Tesla"-Pillenfall im April 2021 (EMCDDA 2022; Hirschfeld et al. im Druck). Mehrere fast schwarze bzw. dunkelrosa Ecstasy-Tabletten mit Tesla-Logo, die als 2C-B (4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamin) verkauft wurden, enthielten in Wahrheit kein 2C-B, sondern über 10 mg DOC (4-chloro-2,5-dimethoxyamfetamin) – ein hochpotentes psychedelisches Amphetaminderivat mit einer Wirkdauer von bis zu 24 Stunden, das mit schweren psychischen und körperlichen Komplikationen sowie Todesfällen assoziiert ist (Brandt 2019; Hirschfeld et al. 2021)5-dimethoxyamfetamine. Tatsächlich kam es nach Konsum dieser „Tesla"-Pillen in einer Studierendengruppe zu mehreren Krankenhauseinweisungen. Sieben junge Menschen mussten mit schweren toxischen Symptomen notfallmedizinisch versorgt werden (NL Times 2021). Daraufhin schlug DIMS Alarm und initiierte einen landesweiten Red-Alert.

Der Red-Alert ist die höchste Warnstufe in den Niederlanden und wird nur mit Zustimmung des Gesundheitsministeriums ausgerufen (Smit-Rigter und van der Gouwe 2019). Über diesen Kanal verbreitete DIMS klar formulierte Warnhinweise mit Handlungsempfehlungen in kürzester Zeit landesweit. In kürzester Zeit wurde die Tablette in der öffentlichen „Blacklist" für hochriskante Pillen gelistet, vor der das Trimbos-Institut in seiner Red-Alert-App warnt. Alle dem DIMS-Netzwerk angeschlossenen Beratungsstellen und Labore wurden umgehend informiert. Medizinisches Personal in Notaufnahmen und auf Veranstaltungen erhielt eine Warnung über das Monito-

ringsystem für Drogennotfälle (MDI), und international erfolgte eine Meldung über das EU-Frühwarnsystem für neue Drogen (EWS). Parallel wurden Konsumierende direkt adressiert. In sozialen Medien wurden Warnungen und Bilder der betreffenden Tablette geteilt, zudem gab es Berichterstattung im Radio und Fernsehen (Hirschfeld et al. im Druck). Wichtig war hierbei die genaue Beschreibung der Pille (Farbe, Logo) und das Angeben konkreter Gesundheitsrisiken, um die Warnung greifbar zu machen (Sumnall und Atkinson 2023). Zusätzlich stellte DIMS die Informationen in der öffentlichen Red-Alert-App bereit, inklusive Foto des gefährlichen Produkts, und versendete Push-Benachrichtigungen an App-Nutzende. Innerhalb weniger Wochen verschwand die gefährliche „Tesla"-Pille nahezu vollständig vom Markt. Nach Ausbleiben weiterer Funde wurde der nationale Alarm im Mai 2021 wieder aufgehoben, indem man den Red-Alert zunächst intern weiterführte und dann auslaufen ließ (Hirschfeld et al. im Druck). Dieser Fall demonstriert beispielhaft, wie ein gut abgestimmtes, auf Drug-Checking gestütztes Warnsystem akute Gefahren eindämmen kann. Durch die enge Kooperation zwischen Labor, Behörden und Medien sowie die Nutzung einer speziellen Warn-App konnten Konsumierende effektiv erreicht und ein drogenbedingter Gesundheitsschaden begrenzt werden.

Best Practices aus Frankreich: SINTES und partizipative Früherkennung

Auch in Frankreich existiert ein etabliertes Monitoring-System, das auf Drug-Checking-Daten basiert: das *Système d'Identification National des Toxiques et des Substances* (SINTES). SINTES wurde 1999 vom französischen Drogenbeobachtungsinstitut OFDT ins Leben gerufen und stützt sich auf ein breites Netzwerk von 17 regional koordinierten Partnerorganisationen mit insgesamt rund 715 Mitwirkenden im Feld (siehe OFDT 2023). Anders als laborgestützte Warnsysteme, die primär auf behördliche Funde oder Kliniken setzen, erfolgt die Probengewinnung bei SINTES in direkter Nähe zu den Konsumierenden. Sozialarbeiter:innen und Fachkräfte in niedrigschwelligen Drogendiensten und Partysettings sammeln verdächtige Substanzen direkt von Konsumierenden ein, um sie über ein Netzwerk akkreditierter Labors, u. a. in Zoll- und Polizeilaboratorien, analysieren zu lassen. Die Analyseergebnisse werden durch das OFDT bewertet und an die Konsumierenden zurückgemeldet. Zeitgleich fließen die Ergebnisse in zwei Warnprozesse. Zum einen meldet SINTES neue oder gefährliche Funde an das europäische Frühwarnsystem der EU-Drogenbeobachtungsstelle (EU Early Warning System, EU-EWS). Zum anderen ist SINTES eng mit dem nationalen französischen Warnmechanismus „*Signal Drogues*" des Gesundheitsministeriums verknüpft. Wird in einer Region Frankreichs z. B. hochdosiertes oder unerwartetes Material detektiert, kann über *Signal Drogues* rasch eine öffentliche Warnung herausgegeben werden. Ein Beispiel dafür war eine Warnmeldung vor extrem hochdosierten „Ecstasy"-Pillen, die 2019 in Toulouse ausgegeben wurde, nachdem SINTES-Analysen dort MDMA-Gehalte von über 300 mg pro Tablette ergaben (Roquefort et al. 2021). Die Stärke des französischen Modells liegt in der Verknüpfung von Analyse, Konsumierendennähe und staatlicher Kommunikation. Die partizipative Einbindung von Einrichtungen der Schadensminderung (z. B. Drogenkonsumräume,

mobile Teams) in das Monitoring sorgt zudem dafür, dass Warnungen praxisnah und akzeptiert sind.

Weitere internationale Beispiele effektiver Risikokommunikation

In Südeuropa zeigt das Beispiel *Energy Control* (Spanien), dass NGO-getragene Angebote eine internationale Reichweite erzielen können (Energy Control 2025). Proben können auch aus dem Ausland eingesandt werden, und auffällige Befunde fließen sowohl in nationale Strukturen als auch direkt in das europäische Frühwarnsystem (EU-EWS). Bei *checkit!* in Österreich (checkit! 2025) und bei *Saferparty* in der Schweiz (Saferparty 2025) basiert die Risikokommunikation stärker auf institutioneller Förderung und öffentlicher Sichtbarkeit. Beide publizieren regelmäßig Ergebnisse und Warnungen auf öffentlich zugänglichen Kanälen, wobei die Schweiz mit einem dreistufigen System (Hinweis, Warnung, Alert) eine differenzierte Risikostufung eingeführt hat.

In Nordamerika verschärft die Opioidkrise die Anforderungen an Echtzeitkommunikation (Volpe und Barratt 2025). In Kanada stellt das *DrugSense*-Dashboard in British Columbia fortlaufend die Ergebnisse aus Drug-Checking dar und macht Trends wie Fentanyl-Beimischungen sofort sichtbar (DrugSense 2025). Vergleichbare interaktive Plattformen wurden in den USA, etwa in Massachusetts und New York City, in Neuseeland als auch in Spanien etabliert (Volpe und Barratt 2025). Diese Systeme setzen weniger auf einzelne Alerts als auf kontinuierliche Trenddarstellung, wodurch Fachkräfte und Öffentlichkeit gleichermaßen aktuelle Risiken nachvollziehen können.

Diese internationalen Beispiele verdeutlichen, dass es kein Einheitsmodell gibt – entscheidend ist vielmehr, dass die Kommunikation verlässlich, zielgruppengerecht und schnell erfolgt. Überall dort, wo Drug-Checking-Ergebnisse aktiv an weitere Kreise weitergegeben werden, konnten bislang gefährliche Substanztrends früher erkannt und Konsumierende vor Schaden bewahrt werden (Akhurst et al. 2024; Freestone et al. 2025).

Aufbau eines Risikokommunikationssystems in Deutschland

In Deutschland besteht mit der neuen gesetzlichen Grundlage (§10b BtMG) erstmals die Möglichkeit, ein umfassendes Risikokommunikationssystem auf Basis von Drug-Checking zu etablieren. Die Rechtsnorm verlangt explizit, dass die Ergebnisse aus Drug-Checking-Modellprojekten dokumentiert und für öffentliche substanzbezogene Warnungen nutzbar gemacht werden. Zudem verpflichtet sie die Bundesländer zu einer wissenschaftlichen Auswertung der Projekte und zur Weitergabe der Resultate an das Bundesgesundheitsministerium oder beauftragte Stellen. Damit ist der Rahmen geschaffen, um Daten aus Substanzanalysen systematisch zu bündeln und in Warnmeldungen einfließen zu lassen.

Als Knoten eignet sich eine zentrale Koordinationsstelle, die alle relevanten Informationen bündelt und kontinuierlich auswertet. Diese sammelt Erkenntnisse aus

unterschiedlichsten Quellen – von toxikologischen Laboranalysen und Polizeimeldungen über Notaufnahmen bis hin zu neuen Drug-Checking-Angeboten – und erkennt so frühzeitig aufkommende Gefahrenmuster. Ziel ist die zeitnahe zentrale Aggregation und Bewertung dieser Daten, basierend auf einer Analytik mit ausreichender Sensitivität und Spezifität an allen Standorten, um auch unerwartete Inhaltsstoffe zuverlässig zu erkennen. Hierfür würde sich beispielsweise die Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) am Institut für Therapieforschung (IFT) München eignen, welches bereits ein nationales Frühwarnsystem für neue psychoaktive Substanzen entwickelt und zielgruppengerechte Informationen aufbereitet hat. Die DBDD fungiert als nationale Schnittstelle zu europäischen Strukturen wie dem *EU Early Warning System* (EU-EWS) der *European Union Drugs Agency* (EUDA), um grenzüberschreitende Muster frühzeitig zu erkennen. Derzeit übermittelt jedoch kein deutsches Drug-Checking-Projekt seine Analyseergebnisse bzw. Warnungen routinemäßig an die DBDD oder an andere zuständige Stellen. Eine nationale Koordinationsstelle könnte die Analyseergebnisse aller Drug-Checking-Projekte zusammenführen, gemeinsame Falldefinitionen und Entscheidungsregeln pflegen und die zeitnahe Rückkopplung an Fachpraxis und Öffentlichkeit steuern. Im Zentrum stehen dabei die Drug-Checking-Daten, während ergänzende Sentinel-Quellen Reichweite, Geschwindigkeit und Kontext liefern.

Ebenso wichtig wie die Datenerfassung ist die wirkungsvolle Verbreitung der Warnhinweise an die Zielgruppen. Wesentlicher Erfolgsfaktor ist die Einbindung aller relevanten Akteure. Eine ständige Abstimmungsrunde ist empfehlenswert, bestehend aus Gesundheitsbehörden der Länder, Suchthilfeeinrichtungen, forensischen Laboren und auch der Polizei (zur reinen Informationsweitergabe ohne repressives Eingreifen). Auf nationaler Ebene empfiehlt sich ein Expertengremium, das anhand festgelegter Kriterien über die Ausgabe öffentlicher Warnmeldungen berät. So hat Frankreich etwa eine *Cellule Nationale d'Alerte* etabliert, in der die Drogenfachstellen, das Gesundheitsministerium und Fachbehörden gemeinsam Risiken bewerten und Gesundheitsmaßnahmen einleiten. In den Niederlanden entscheidet ein *National Core Team Red Alert* mit Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums, der Gesundheitsinspektion und DIMS über die Einstufung einer Gefahr und die Reichweite von Warnungen. Diese partizipative und behördenübergreifende Ausrichtung fördert Glaubwürdigkeit und Akzeptanz. Somit können weitreichende Warnungen einheitlich nach Protokoll und mit offizieller Autorisierung erfolgen.

Ein deutscher Warnverbund könnte sich an den oben genannten Best-Practice-Beispielen orientieren, d.h. klare Protokolle für Warnstufen (lokal bis national) und Definition von Auslöseschwellen, Standardvorlagen für Warnmeldungen und die Festlegung von Verbreitungswegen im Voraus (Sumnall und Atkinson 2023; Freestone et al. 2025). Für Deutschland bedeutet das, frühzeitig peer-geführte Organisationen und Menschen mit Konsumerfahrung in die Entwicklung der Warnprozesse einzubinden, sodass Inhalte und Tonalität praxisnah und zielgruppenspezifisch sind sowie Barrieren abgebaut werden. Zudem gilt es, vor Auftreten von akuten Gesundheitsgefahren Medienpartnerschaften und technische Kanäle zu sichern. So ließe sich etwa vereinbaren, dass im Bedarfsfall öffentliche Sender (TV, Radio) kurzfristig Warnhinweise als Eilmeldung verbreiten. Ebenso könnten Soziale Medien strategisch genutzt werden, z. B. über die Accounts von Gesundheitsbehörden, von Szene-Netzwerken und

bekannten Akteur:innen der Partyszene (Influencer), um unterschiedliche Alters- und Nutzergruppen zu erreichen. Fachleute raten, dieselbe Kernbotschaft parallel über mehrere Kanäle zu senden, um möglichst viele Menschen zu erreichen, von Online und Print über Soziale Medien bis SMS, sowie die Massenmedien aktiv über Pressemitteilungen einzubinden (Sumnall und Atkinson 2023; Freestone et al. 2025).

Ergänzend erscheint die Entwicklung einer interaktiven Webanwendung sinnvoll, die regelmäßig aktualisierte Drug-Checking-Ergebnisse aus Projekten mit adäquater Analytik bündelt. Die Plattform könnte wöchentlich automatisiert aufbereitete Daten zu Wirkstoffzusammensetzungen, häufigen Streckmitteln und regionalen Verunreinigungswahrscheinlichkeiten bereitstellen. Ein Vergleichsmodul würde es Konsumierenden und Berater:innen ermöglichen, einzelne Proben im zeitlichen und regionalen Kontext einzuordnen, wodurch Beratungen an Qualität gewinnen und Konsumkompetenzen gestärkt werden. Fachkräfte erhielten zugleich einen systematischen Überblick über aktuelle Trends und Risikoprofile des Schwarzmarktes. Bei akuten Gefahrenlagen ließen sich zusätzlich Push-Nachrichten ausspielen, ergänzt durch klassische Kommunikationskanäle. Diese Basiskommunikation schafft Transparenz, hält die Aufmerksamkeit hoch und verbindet Warnmeldungen mit evidenzbasierten Informationen zur Schadensminimierung. Mit der wissenschaftlichen Expertise der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der praxisnahen Erfahrung von akzept e.V. ließen sich die Voraussetzungen schaffen, eine solche Plattform wirkungsvoll umzusetzen und als dauerhafte Referenzquelle für Konsumierende und Fachpraxis zu etablieren.

Die systematische Evaluation jeder Warnkampagne ist entscheidend, um Reichweite, Zielgruppenadressierung und Reaktionen der Konsumierenden zu erfassen. Solche Rückmeldungen erhöhen die Glaubwürdigkeit des Systems und bilden zugleich die Grundlage für seine kontinuierliche Weiterentwicklung im Hinblick auf neue Herausforderungen (Sumnall und Atkinson 2023).

Abschließend lässt sich festhalten, dass ein auf Drug-Checking gestütztes Risikokommunikationssystem in Deutschland lebensrettendes Potenzial birgt. Es verbindet Prävention auf individueller Ebene mit bevölkerungsweiter Gesundheitsvorsorge durch frühzeitige Trendbeobachtung und Warnungen. Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass solche Systeme funktionieren, wenn sie wissenschaftlich fundiert, schnell, transparent und glaubwürdig agieren. Angesichts des immer komplexer werdenden Schwarzmarktes und des Risikos von neuen psychoaktiven Substanzen mit unbekannten toxikologischen Eigenschaften ist die Umsetzung dieser Strukturen sehr dringlich. Der (drogen-)politische Wille scheint da zu sein (s.o.), die gesetzlichen Weichen sind ohnehin gestellt. Nun kommt es darauf an, dass die Bundesländer gemeinsam mit dem Bund und allen relevanten Akteuren dieses Instrument der Schadensminderung mit Leben füllen – zum Schutz sowohl des einzelnen Konsumierenden als auch der öffentlichen Gesundheit.

Literatur

Akhurst, J. et al. 2024. *Informing Drug Alerts in Australia (IDAA) Survey: Awareness of, responses to, and preferences for communication of drug alerts*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. https://unsworks.unsw.edu.au/entities/publication/6900c6fa-21e3-499b-9728-d41cf-d33e1b7. Zugegriffen: 4. September 2025.

Barratt, M., und F. Measham. 2022. What is drug checking, anyway? *Drugs, Habits and Social Policy* 23: 176–187.

BKA. 2025. *Gesamtzahl der RG-Todesfälle 2024*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt. file:///Users/timhirschfeld/Downloads/2024_Tabelle_RG-Todesf%C3%A4lle%20(1).pdf. Zugegriffen: 29. Juli 2025.

Brandt, S. D. 2019. *Critical Review Report: DOC (4-Chloro-2,5-dimethoxyamfetamine)*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation. https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Final_DOC.pdf?ua=1. Zugegriffen: 29. Oktober 2024.

Brunt, T. 2017. *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges*.

checkit! 2025. Homepage von checkit! https://checkit.wien/en/drug-checking/. Zugegriffen: 4. September 2025.

DrugSense. 2025. DrugSense-Dashboard. https://drugsense.bccsu.ubc.ca/. Zugegriffen: 4. September 2025.

EMCDDA. 2022. *New psychoactive substances: 25 years of early warning and response in Europe — an update from the EU Early Warning System*. LU: Publications Office.

Energy Control. 2025. Homepage von Energy Control. https://energycontrol-international.org/. Zugegriffen: 4. September 2025.

EUDA. 2025. *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. Lisbon: European Union Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en. Zugegriffen: 29. Juli 2025.

Freestone, J. et al. 2025. Emerging best practices in the design and dissemination of public drug warnings. *Sydney: National Centre for Clinical Research on Emerging Drugs, UNSW Sydney*.

Giulini, F., E. Keenan, N. Killeen, und J. Ivers. 2023. A Systematized Review of Drug-checking and Related Considerations for Implementation as A Harm Reduction Intervention. *Journal of Psychoactive Drugs* 55: 85–93.

Hirschfeld, T., und T. Majić. 2022. *Abschlussbericht: Begleitevaluation des integrierten Drug-Checking-Pilotprojekts „SubCheck“*. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Hirschfeld, T et al. 2021. Safer Tripping: Serotonergic Psychedelics and Drug Checking. Submission and Detection Rates, Potential Harms, and Challenges for Drug Analysis. *Current Addiction Reports* 8: 389–398.

Hirschfeld, T. et al. 2024. *Evaluationsbericht: Drug-Checking in Berlin*. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Hirschfeld, T., F. Blei, L. Stegemann, D. van der Gouwe, und L. Smit-Rigter. im Druck. Psychedelic Drug Checking: Analytical and Strategic Challenges in Harm Reduction for Classic Psychedelics. In *Psychedelic Harm Reduction*, *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, Hrsg. T. Majić. Springer Nature.

Klapsa, K. 2025. Hendrick Streeck: „Ich bin nicht derjenige, der mit Verbotsschildern wedelt“. *Die Zeit* https://www.zeit.de/politik/deutschland/2025-08/hendrik-streeck-cdu-drogenpolitik-cannabis-legalisierung. Zugegriffen: 29. Juli 2025.

Maghsoudi, N. et al. 2022. Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)* 117: 532–544.

NL Times. 2021. „Tesla“ presumably drug that gave Nijmegen students a bad trip that landed them in the hospital. https://nltimes.nl/2021/04/11/tesla-presumably-drug-gave-nijmegen-students-bad-trip-landed-hospital#:~:text=Seven%20of%20them%20had%20to,They%20are%20now%20recovering%20again. Zugegriffen: 29. Oktober 2025.

OFDT. 2023. SINTES system (National Identification System for Toxics and Substances). https://en.ofdt.fr/en/sintes-system-national-identification-system-toxics-and-substances-2083. Zugegriffen: 4. September 2025.

Roquefort, A., G. Suderie, und A. Albisson. 2021. *Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2020*. Toulouse: CREAI-ORS Occitanie; Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Saferparty. 2025. Homepage von Saferparty. https://www.saferparty.ch/. Zugegriffen: 4. September 2025.

Smit-Rigter, L., und D. van der Gouwe. 2019. *Factsheet on drug checking in the Netherlands*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Sumnall, H., und A. Atkinson. 2023. *Health Risk Communication Strategies for Drug Checking Services: A Manual*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

UNODC. 2025. *World Drug Report 2025*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html. Zugegriffen: 29. Juli 2025.

Volpe, I., und M. Barratt. 2025. *How do drug checking services share their findings with the public? A global review for Victoria, Australia*. Melbourne: RMIT University.

Volpe, I. et al. 2023. ‘We don’t live in a harm reduction world, we live in a prohibition world’: tensions arising in the design of drug alerts. *Harm Reduction Journal* 20: 3.

Muster RVO Drug-Checking

Justine Diebel, Leo Teuter

Zusammenfassung:

Die Musterrechtsverordnung zur Umsetzung von Drug-Checking bietet eine praxisnahe, rechtssichere Grundlage, damit die Bundesländer zügig eigene Verordnungen erlassen und Modellprojekte gemäß §10b BtMG starten können. Angesichts steigender drogenbedingter Todesfälle, zunehmender Verbreitung hochpotenter synthetischer Substanzen und veränderter Beschaffungswege wird deutlich, dass mehr Information, Beratung und unmittelbare Risikominimierung vor Ort lebensrettend sind. Drug-Checking ist mehr als Laboranalyse: Es verbindet Aufklärung, Risikominimierung und individuelle Beratung in verschiedenen Settings – ambulant, mobil im Nachtleben und Festivals sowie in niedrigschwelligen Einrichtungen wie Drogenkonsumräumen. Die Musterverordnung schafft eine umsetzungsfähige Grundlage, damit Länder zeitnah operative Projekte starten, Ressourcen für Begleitung und Analyse bereitstellen und relevante Partner aus Suchthilfe, Rechts- und Gerichtmedizin einbinden können. Drug-Checking rettet Leben – jetzt handeln.

Präambel

Diese Verordnung bezweckt die Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Prävention drohender Gesundheitsgefahren. Sie soll einen Beitrag zur Schadensminimierung leisten und den Zugang zu sachkundiger Beratung und Unterstützung verbessern. Ziel ist es, mit Hilfe von Drugchecking-Angeboten eine frühzeitige Risikoerkennung und -minderung zu ermöglichen, um die Sicherheit der Konsumenten zu erhöhen und die Verbreitung gefährlicher Substanzen zu verringern sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zur Substanzsicherheit zu gewinnen.

§ 1 Anwendungsbereich und Zweck

1. Diese Verordnung regelt die Voraussetzungen und Anforderungen für die Erteilung einer Erlaubnis zur Durchführung von Drug-Checking-Modellvorhaben zur qualitativen und quantitativen chemischen Analyse von mitgeführten, nicht ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln (Drug-Checking-Modellvorhaben).

2. Drug-Checking-Modellvorhaben dienen der Substanzanalyse, der Risikobewertung und gesundheitlichen Aufklärung über die Folgen des Konsums von Betäubungsmitteln für die die Betäubungsmittel besitzende Person. Durch Analysen und damit verbundener Beratung und Vermittlung in weiterführende Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention soll die Gesundheit der die Betäubungsmittel besitzenden Person geschützt und der Konsum von Betäubungsmitteln

risikominimiert werden. Die im Rahmen der Dokumentation zu erhebenden Daten dienen der gesundheitlichen Aufklärung, der Information der die Betäubungsmittel besitzenden Person sowie der wissenschaftlichen Begleitung des Drug-Checking-Modellvorhabens.

§ 2 Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zur Durchführung eines Drug- Checking-Modellvorhabens

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erteilt auf Antrag eine Erlaubnis zur Durchführung von Drug-Checking-Modellvorhaben nach § 10 b Abs. 1 BtMG, wenn die in § 1 Abs. 2 aufgeführten Betriebszwecke verfolgt und die in dieser Verordnung festgelegten Anforderungen bei Antragstellung erfüllt werden.

§ 3 Verfahren der Erlaubniserteilung

1. Der Antrag zur Erlaubnis zur Durchführung von Drug-Checking-Modellvorhaben ist über den zuständigen Oberbürgermeister oder Landrat schriftlich an das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium zu richten.

   1. Der Antrag muss enthalten:

      1. Name und Anschrift des Trägers des Drug-Checking-Modellvorhabens.
      2. Name und Anschrift der im Sinne des § 5 Abs.1 verantwortlichen Leitung des Drug- Checking-Modellvorhabens.
      3. Nachweise über die erforderliche Sachkenntnis der Leitung des Drug-Checking- Modellvorhabens und deren Vertretung sowie Erklärungen darüber, dass sie die ihnen obliegenden Verpflichtungen erfüllen können.
      4. Führungszeugnisse nach dem Bundeszentralregistergesetz von der Leitung des Drug- Checking-Modellvorhabens, deren Vertretung und des Personals sowie die Versicherung des Trägers des Drug-Checking-Modellvorhabens über die persönliche Zuverlässigkeit dieser Personen.
      5. Darstellung der verwendeten zweckdienlichen sachlichen Ausstattung.
      6. Darstellung der Konzepte zur Gewährleistung einer Aufklärung über die Risiken des Konsums von Betäubungsmitteln einschließlich einer Beratung zum Zwecke der gesundheitlichen Risikominimierung beim Konsum sowie zur Vermittlung in weiterführende Angebote der Suchthilfe bei Bedarf seitens der Konsumierenden.
      7. Darstellung der Dokumentation der zur Untersuchung eingereichten Substanzen mit Untersuchungsergebnis und der angewandten Methode zur Ermöglichung der in § 10b Abs. 3 Satz 1 BtMG genannten gesundheitlichen Aufklärung und wissenschaftlichen Begleitung und zur Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse in öffentlichen substanzbezogenen Warnungen.
      8. Darstellung der Vorgaben zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs bei Verwahrung und Transport von zu untersuchenden Proben und zur Vernichtung der zu untersuchenden Proben nach Substanzanalyse.

9. Darstellung eines Konzepts zur Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen Polizei- und Ordnungsbehörden.

§ 4 Persönliche und fachliche Qualifikation

1. Während der Öffnungszeiten ist die ständige Anwesenheit von ausreichendem Fachpersonal zu gewährleisten. Die in der Erlaubnis zur Durchführung von Drug- Checking-Modellvorhaben zur qualitativen und quantitativen chemischen Analyse von mitgeführten, nicht ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln (Drug-Checking-Modellvorhaben) festgelegte Zahl und die Qualifikation der hierfür eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dürfen nicht unterschritten werden.

2. Dabei ist die fachliche Qualifikation aufgabenabhängig zu bestimmen. Es ist zu unterscheiden, ob das Personal für die Durchführung der Substanzanalyse, für die Aufklärung über die Risiken des Konsums von Betäubungsmitteln oder für die Beratung zur gesundheitlichen Risikominimierung zuständig ist.

3. Weiterhin sind in der Erlaubnis die Anforderungen an das Laborpersonal, die Möglichkeit der Delegation von Aufgaben sowie gegebenenfalls die Einweisung in die Nutzung von Schnelltests zu regeln.

4. Der Träger der Einrichtung hat die persönliche Zuverlässigkeit des eingesetzten Personals zu gewährleisten.

§ 5 Sachkundige Person

1. Die Leitung des Drug-Checking-Modellvorhabens muss ebenfalls fachlich ausgebildet und zuverlässig sein. Sie ist verantwortlich für die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde (Verantwortlichkeit im Sinne des § 10b Abs. 2 Nr. 8 BtMG).

2. Der Träger des Drug-Checking-Modellvorhabens hat für die Einhaltung der in Abs. 1 genannten Anforderungen Auflagen und Anordnungen Sorge zu tragen.

§ 6 Zweckdienliche Ausstattung und ihre Verwendung

1. Eine zweckdienliche Ausstattung eines Drug-Checking-Modellvorhabens setzt das Vorhandensein geeigneter analytischer Geräte und Instrumente zur qualitativen und quantitativen Analyse von Betäubungsmitteln, eine angemessene Laborinfrastruktur einschließlich ausreichender Arbeitsflächen, Lagermöglichkeiten und Entsorgungseinrichtungen sowie Sicherheitsvorkehrungen zum Schutz des Personals und der analysierten Substanzen voraus.

2. Die Erlaubnisinhaberin oder der Erlaubnisinhaber haben sicherzustellen, dass die Ausstattung sach- und fachgerecht ist sowie regelmäßig gewartet, kalibriert und überprüft wird, um die Qualität und Zuverlässigkeit der Substanzanalysen sicherzustellen.

3. Die Erlaubnisinhaberin oder der Erlaubnisinhaber hat validierte Analysemethoden und Verfahren zu nutzen und dabei Qualitätskontrollstandards zur Gewährleistung reproduzierbarer Ergebnisse einzuhalten.

§ 7 Aufklärung und Beratung über gesundheitliche Risikominderung und Angebote der Suchthilfe

1. Im Rahmen des Drug-Checking-Modellvorhabens ist eine umfassende gesundheitliche Aufklärung durchzuführen und diese zu dokumentieren. Diese umfasst dabei mindestens die folgenden Inhalte:
   1. Informationen über die Risiken und Nebenwirkungen des Konsums von Betäubungsmitteln,
   2. Erläuterung der Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit,
   3. Darstellung der langfristigen Folgen und Risiken des regelmäßigen oder übermäßigen Konsums,
   4. Aufklärung über Abhängigkeitspotenzial und zu erwartende Entzugserscheinungen
   5. Aufzeigen schadensmindernder Maßnahmen und risikominimierender Verhaltensweisen und
   6. Sensibilisierung für den verantwortungsvollen Umgang mit Betäubungsmitteln.

Die gesundheitliche Aufklärung erfolgt in einem vertraulichen und respektvollen Rahmen, der die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der die Betäubungsmittel besitzenden Person berücksichtigt.

1. Das Personal hat über darüber hinaus jeweils bei Bedarf und in der im konkreten Einzelfall angemessenen Weise über weitergehende und ausstiegsorientierte Beratungs-, Behandlungs- und Therapieangebote zu informieren

§ 8 Überwachung

Die zuständige Überwachungsbehörde führt anlassbezogene Kontrollen durch, um die Einhaltung der in dieser Verordnung festgelegten Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis sowie der gegebenenfalls damit verbundenen Nebenbestimmungen sicherzustellen.

§ 9 Datenerfassung und Übermittlung

1. Die Erlaubnisinhaberin oder der Erlaubnisinhaber hat einen Erhebungsbogen zu erstellen und diesen in anonymisierter Form und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen elektronisch mit den nach Absatz 2 festgelegten Daten auszufüllen.
2. Folgende Informationen sind zu dokumentieren:
   1. Pseudonym der die Betäubungsmittel besitzenden Person,
   2. Alter und Geschlecht der die Betäubungsmittel besitzenden Person,
   3. Art und Herkunft der eingereichten Substanz, einschließlich ihrer deklarierten Wirksubstanz sowie ihrer Bezeichnung,

4. die galenische Form der eingereichten Substanz einschließlich ihrer Dimensionen, ihres Gewichts, ihrer Farbe sowie sonstiger physikalischer Besonderheiten (zum Beispiel Logo, Bruchrillen),
5. Ergebnisse der Substanzanalyse einschließlich Angaben zur Zusammensetzung, Reinheit, Stärke und gegebenenfalls identifizierten Beimischungen,
6. Angaben zur angewandten Analysemethode und deren Validierung,
7. Datum und Uhrzeit der Untersuchung,
8. bei mobilem Drug-Checking zusätzlich den Ort der Untersuchung und die Art des Events,
9. Beratungsinhalte einschließlich der Risikoaufklärung, gesundheitlichen Empfehlungen und gegebenenfalls vorgenommenen Weitervermittlung.

Zusätzlich ist die eingereichte Substanz fotografisch zu dokumentieren und dieses Foto dem jeweiligen Erhebungsbogen beizufügen.

1. Der Erhebungsbogen, mit Ausnahme der nach Absatz 2 Nummer 1 erhobenen Information, ist nach Aufforderung an den zuständigen Träger der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Drug-Checking-Modellvorhabens zu übermitteln.
2. Besteht nach einer Substanzanalyse aufgrund der Zusammensetzung oder der Reinheit oder der Stärke oder der Beimischungen die Gefahr von schweren Gesundheitsschäden, so hat die Erlaubnisinhaberin oder der Erlaubnisinhaber hierüber unverzüglich die zuständige Behörde zu informieren. Der Information sind die nach Absatz 2 Nummer 3 bis 8 erhobenen Informationen einschließlich des Fotos der eingereichten Substanz beizufügen. Zugleich hat die Erlaubnisinhaberin oder der Erlaubnisinhaber am Standort der durchgeführten Substanzanalyse eine öffentliche substanzbezogene Warnung bekanntzugeben. Darüber hinaus gibt auch die zuständige Behörde unverzüglich eine öffentliche substanzbezogene Warnung heraus.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft und am xx.xx. xxxx außer Kraft.

Autor:innen

Lea Albrecht

ist Sozialarbeiterin, Suchttherapeutin (VT) , Gesamtleitung und Prokuristin bei der Comeback gGmbH sowie Vorständin bei der Bremischen Landesstelle für Suchtfragen (BreLs)

lea.albrecht@comebackgmbh.de

Daniela Alex

ist Dipl. Sozialarbeiterin, Suchttherapeutin (VT) und fachliche Leitung bei der Comeback gGmbH in Bremen

daniela.alex@comebackgmbh.de

Dr. med. Maurice Cabanis

Ärztlicher Direktor Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten am Klinikum Stuttgart; Vorstand Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)

maurice.cabanis@gmail.com

Eva Egartner

ist Psych. Psychotherapeutin, Supervisorin und Sozialmanagerin. Sie hat jahrzehntelange Erfahrung in der Suchthilfe und arbeitet aktuell als GF des Fachverbands Drogen-und Suchthilfe fdr+ sowie freiberuflich als Organisationsberaterin und Coach. Zudem ist sie stellv. Vorsitzende der DHS

geschaeftsfuehrung@fdr-online.info

Simon Fleißner

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm

simon.fleissner@fb4.fra-uas.de

Philip Gerber

Dipl.Sozialarbeiter (FH), Geschäftsführer Inhalte und Innovation des Drogenverein Mannheim e.V., stellvertretender Vorsitzender FDR+, engagiert im paritätischen Wohlfahrtsverband auf Kreis-, Landes- und Bundesebene

gerber@drogenverein.de

Andrea Hardeling

M.A. Sozialmanagement / Organisationsentwicklung, Dipl. Sozialarbeiterin, Geschäftsführerin der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.

andrea.hardeling@blsev.de

M. Sc. PH Tim Hirschfeld

Doktorand und Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitätsmedizin Berlin

hirschfeld.tim@gmail.com

Klaus Jünschke

aktiv für die Abschaffung der Gefängnisse und der Obdachlosigkeit, M.A. Erziehungs- und Sozialwissenschaften

https://klausjuenschke.net

k.juenschke@gmx.de

Ulla-Britt Klankwarth

hat einen B.A. in Sozialer Arbeit und einen M.A. in Kriminologie und Gewaltforschung. Ihre beruflichen Tätigkeiten umfassen das Institut für Suchtforschung Frankfurt am Main (ISFF) sowie das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) in Wien, Österreich und Manila, Philippinen. Sie ist Mitglied im Netzwerk Children of Incarcerated Caregivers (CIC) in Minnesota, USA und arbeitet derzeit im Projekt Kinder von Inhaftierten (KvI) in Nürnberg. Ihre Publikationen und Vorträge in nationalen und internationalen Fachzeitschriften und Konferenzen befassen sich insbesondere mit Frauen und Kindern in Haft, Menschenrechten sowie Gesundheitsfragen im Justizvollzug

ulla-britt.klankwarth@web.de

Maria Kuban

Arbeitet bei der Deutschen Aidshilfe seit 2015, hat im Referat Drogen und Strafvollzug u.a. an dem Bundesmodellprojekt NALtrain mitgewirkt, das BMG-Projekt RaFT (Rapid Fentanyl Testing) geleitet. Aktuell koordiniert sie das Projekt so-par (synthetic opioids – prepare and response)

maria.kuban@dah.aidshilfe.de

Florian Meyer

leitet seit 2017 die Abteilung Schadensminderung illegale Substanzen der Stadt Zürich, wo er für die Drogenkonsumräume und das Drogeninformationszentrum verantwortlich ist. Er verfügt über einen MSc in Sozialer Arbeit und promoviert aktuell am Institut für Suchtforschung Frankfurt a.M.

florian.meyer@zuerich.ch

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe, Experte für HIV/AIDS-Prävention und Suchtbehandlung; Internationaler wissenschaftlicher Koordinator des DAAD-Programmes »SOLID – Soziale Arbeit und Stärkung von Nichtregierungsorganisationen in der Entwicklungszusammenarbeit zur Behandlung von Drogenabhängigkeit« an der Technische Hochschule Nürnberg, Fakultät für Sozialwissenschaften; früher Leiter des Büros verschiedener Bundesdrogenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin; jetzt Bonn

ingoiljamichels@gmail.com

PD Dr. med Inge Maria Mick

Oberärztin; Psychiatrische Universitätsklinik der Charité Berlin im St. Hedwig Krankenhaus

inge-maria.mick@charite.de

Anna Mühlen

arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei dem Deutsch-Europäischen Forum für Urbane Sicherheit e.V. (DEFUS) als Projektkoordinatorin für so-par (synthetic opioids – prepare and response) (2025-2027)

muehlen@defus.de

Dr. Thomas Peschel

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Patrida - Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und diamorphingestützte Behandlung (Berlin/Hannover)

kontakt@patrida.org

Nina Pritszens
Geschäftsführung vista Verbund für integrative, soziale und therapeutische Arbeit gGmbH
Nina.Pritszens@vistaberlin.de

Christina Rummel
ist Master of Health Administration (MHA) und arbeitet als Geschäftsführerin und im Referat Grundsatzfragen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). In dieser Funktion ist sie mit der schwierigen Situation der Finanzierung der Suchtberatungsstellen befasst
rummel@dhs.de

Dirk Schäffer
Deutsche Aidshilfe e.V., Abt. Strukturelle Prävention, Referent für Drogen und Strafvollzug
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Anke Stallwitz
Professorin für Sozialpsychologie mit Schwerpunkt Drogenkonsum und Sucht an der Evangelischen Hochschule Freiburg
stallwitz@eh-freiburg.de

Larissa Steimle
ist Sozialarbeiterin und arbeitet derzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Hochschule Nürnberg. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen Themen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, Drogenkonsum und Schadensminimierung
larissa.steimle@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Heino Stöver
Vorstand akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik)
Heino.stoever@fra-uas.de

Eva Wache
fachliche Leitung der Drogenhilfe Saarbrücken (Drogenhilfezentrum)
eva.wache@dh-saar.de

Bernd Werse
ist Soziologe und seit Juni 2024 Professor für Soziale Arbeit an der Frankfurt University of Applied Sciences mit Schwerpunkt Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Zuvor rund 25 Jahre Erfahrung mit Forschungsprojekten zum Thema Drogen. Zahlreiche nationale und internationale Veröffentlichungen, häufige Presse- und Vortragsanfragen, diverse Einladungen als Sachverständiger im Bundestag
bernd.werse@fb4.fra-uas.de

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

Eléonore Willems
Fachreferentin für weibliche Sexarbeit und Frauen im Kontext von HIV/STI der Deutschen Aidshilfe
Eléonore.Willems@dah.aidshilfe.de

Im Jahr 2025 sind Drogenpolitik und Drogenhilfe in Deutschland mit großen Herausforderungen konfrontiert: Synthetische Opioide sind in unseren Städten angekommen. Crack-Konsum hat massiv zugenommen. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle liegt weiterhin auf einem hohen Niveau. Und die Zahl der HIV-Infektionen bei intravenös Drogen konsumierenden Menschen steigt seit Jahren wieder kontinuierlich an. Zugleich ist Deutschland beim Umgang mit legalen Alltagsdrogen zurückgeblieben: Wir sind Hochkonsumland bei Tabak und Alkohol.

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht (ADSB) ist darum heute nötiger denn je. Einst (2014) entstanden als Gegenentwurf zum regierungsamtlichen Drogen- und Suchtbericht, versammelt er die Expertise aus Wissenschaft, Drogenhilfe und Prävention. Die Analysen, Konzepte und Berichte aus der Praxis machen Hoffnung, zeigen Sie doch, dass es Wege gibt, neue Herausforderungen zu adressieren – evidenzbasiert, human und zum Wohl von Drogen konsumierenden Menschen wie der Gesellschaft insgesamt.

ISBN 978-3-95853-996-9
eBook: ISBN 978-3-95853-997-6 (www.ciando.com)
www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com

9 783958 539617

Friedensstifter im Drogenkrieg
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit & humane Drogenpolitik

jes

Deutsche Aidshilfe