

**Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen
Ludwigsburg**

University of Applied Sciences

**Die akzeptierende Drogenpolitik
– Arbeit für oder gegen Sucht?**

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des Grades einer
Bachelor of Arts (B.A.)

im Studiengang gehobener Verwaltungsdienst – Public Management

vorgelegt von

Jaqueline Schmid

Studienjahr 2012/2013

Erstgutachter: Prof. Dr. Arnd Diringer

Zweitgutachter: Prof. Helmut Reinhardt

Vorwort

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Norbert Wodarz, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Ebenso Herrn Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug bei der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. Durch die Beantwortung meiner Fragen haben Sie mich sehr unterstützt.

Herr Sven Henning von der Deutschen Rentenversicherung hat mir im Gespräch durch seine Erfahrung als Fachberater im Bereich Rehabilitation viele wichtige Eindrücke weitergeben können. Danke dafür.

Außerdem möchte ich Herrn Nurettin Fenercioglu vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. für seine Erklärungen danken.

Bei Herrn Prof. Dr. Arnd Diringen und Herrn Prof. Helmut Reinhardt möchte ich mich für die gute Betreuung während der gesamten Zeit recht herzlich bedanken.

Hinweise:

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meist nur die männliche Form verwendet. Wenn nicht etwas anderes bestimmt ist, gilt die weibliche Form entsprechend.

Soweit in den Fußnoten Kurzzitate verwendet werden, sind diese im Literaturverzeichnis entsprechend mit „zitiert als...“ gekennzeichnet. Alle angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf die tatsächlichen Seitenzahlen des Dokumentes und nicht auf die, der PDF Datei.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Verzeichnis der Anlagen	VII
1 Einleitung	1
2 Begriffsbestimmungen	3
2.1 Drogen	3
2.2 Sucht.....	4
2.3 Akzeptierende Drogenpolitik	5
2.4 Niedrigschwellige Angebote.....	5
3 Aktuelle Situation in Deutschland	6
3.1 Drogenabhängigkeit.....	6
3.2 Folgen der Abhängigkeit	7
3.2.1 Drogentote.....	7
3.2.2 Krankheiten	7
3.2.3 Kosten	8
4 Idee der akzeptierenden Drogenpolitik	9
4.1 Gesellschaft und Sucht	9
4.2 Nationale Strategie	10
5 Zielsetzung der Harm Reduction	11
5.1 Gesundheitliche Stabilisierung.....	11
5.2 Erhaltung der Menschenwürde	12
5.3 Reduzierung der Anzahl Drogentoter und Abhängiger	13
5.4 Entlastung des öffentlichen Raumes.....	14
6 Zielumsetzung	15
6.1 Drogenkonsumraum	15
6.1.1 Rechtliche Grundlage	16

6.1.2	Zielgruppe.....	17
6.1.3	Finanzierung.....	18
6.2	Kontaktladen.....	19
6.2.1	Rechtliche Grundlage.....	20
6.2.2	Zielgruppe.....	20
6.2.3	Finanzierung.....	21
6.3	Substitutionstherapie.....	21
6.3.1	Rechtliche Grundlage.....	24
6.3.2	Zielgruppe.....	26
6.3.3	Finanzierung.....	27
7	Ergebnisanalyse der Zielsetzung.....	29
7.1	Gesundheitssituation.....	29
7.2	Menschenwürde.....	31
7.3	Drogenabhängige und Drogentote.....	31
7.4	Ordnungspolitik.....	35
8	Kritik.....	37
8.1	Kein einheitlicher Umgang mit Drogen und Drogenpolitik.....	37
8.2	Fehlende Vernetzung und zweifelhafte Zielsetzungen.....	38
8.3	Konsumräume.....	39
8.3.1	Erleichterung des Konsums.....	39
8.3.2	Gesundheitliche und soziale Situation.....	41
8.4	Gefahr für Mitarbeiter.....	42
8.5	Substitution.....	42
8.5.1	Langzeit-Substitution.....	42
8.5.2	Todesfälle und Gesamtverfassung.....	43
8.5.3	Arbeitsfeindliche Bedingungen.....	44
9	Fazit.....	45
	Literaturverzeichnis.....	48
	Erklärung.....	56

Abkürzungsverzeichnis

AMG	=	Arzneimittelgesetz
BfArM	=	Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKA	=	Bundeskriminalamt
BtMG	=	Betäubungsmittelgesetz
BtMvV	=	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVerfGE	=	Bundesverfassungsgericht
bwlv	=	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
BZgA	=	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BÄK	=	Bundesärztekammer
DAH	=	Deutsche AIDS-Hilfe
DBDD	=	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DRV BW	=	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
EDDD	=	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Hrsg.	=	Herausgeber
ICD	=	International Classification of Diseases
IFT	=	Institut für Therapieforschung
ISFF	=	Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main
KV	=	Kassenärztliche Vereinigung
LHO	=	Landeshaushaltsordnung
NJW	=	Neue Juristische Wochenschrift
NRW	=	Nordrhein-Westfalen
PKV	=	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

PREMOS	=	Studie Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (englisch: Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment
PSB	=	Psychosoziale Betreuung
RKI	=	Robert Koch-Institut
Rn.	=	Randnummer
SGB	=	Sozialgesetzbuch
u. a.	=	und andere
WHO	=	Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drogentote in Deutschland	34
Abbildung 2: Drogentote nach Großstädten	34
Abbildung 3: Rauschgiftdelikte in Großstädten pro 100.000 Einwohner...	36
Abbildung 4: Konsumvorgänge pro Nutzer und Jahr.....	40

Verzeichnis der Anlagen

- Anlage 1: Interview Prof. Dr. Norbert Wodarz, Chefarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachgebiet: Suchtmedizin
- Anlage 2: Interview Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Referent für Drogen und Strafvollzug
- Anlage 3: Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 15/52, vom 25.06.03
- Anlage 4: Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9706, vom 21.05.12
- Anlage 5: Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 14/90, vom 24.02.00
- Anlage 6: Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.10
- Anlage 7: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung
- Anlage 8: Anfrage: Nurettin Fenercioglu, PKV - Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
- Anlage 9: Anfrage: Sven Henning, Deutsche Rentenversicherung BW, Fachbereich Rehabilitation Stuttgart, AHB & Sucht
- Anlage 10: Kontaktladen Janus Tübingen, Jahresbericht 2009
- Anlage 11: Blaues Kreuz Suchtkrankenhilfe (Internetquelle)

Anlage 12: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Substitution (Internetquelle)

Anlage 13: Drugcom, Entzugserscheinungen (Internetquelle)

Anlage 14: Drugcom, Heroin (Internetquelle)

Anlage 15: Drugcom, Kokain (Internetquelle)

Anlage 16: Drugcom, Methadon (Internetquelle)

Anlage 17: Drugscouts, Lexikon (Internetquelle)

Anlage 18: Köper, Lydia: Ratgeber Substitutionstherapie (Internetquelle)

Anlage 19: Safer use, Risiken beim Spritzen (Internetquelle)

Anlage 20: Vista, Birkenstube (Internetquelle)

Anlage 21: Vista, Transparenz (Internetquelle)

Sämtliche Anlagen befinden sich auf einer CD, auf der letzten Seite der Arbeit.

1 Einleitung

„Niemand ist mehr Sklave, als der sich für frei hält, ohne es zu sein.“
(Goethe)

Für viele Menschen bedeutet die Einnahme von Drogen Freiheit. Der Stress und die Sorgen fallen ab und die Gedanken werden völlig frei. Sie entfliehen der Realität um frei zu handeln, zu denken und zu leben. So scheint es zumindest. Die Gefahren und Folgen die damit einhergehen dürfen jedoch nicht unterschätzt werden. Bei europaweit 4 % aller Todesfälle im Alter zwischen 15 und 39 Jahren waren Drogen ursächlich beteiligt.¹ In Europa weisen rund 1,4 Millionen Menschen einen problematischen Drogenkonsum auf. Das ergeben Schätzungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). In Deutschland leben rund 200.000 Menschen, die harte, illegale Drogen konsumieren.² Das bleibt nicht ohne Folgen. Über 1000 Drogentote werden jährlich gemeldet.³ Auch die Verbreitung von Krankheiten ist längst nicht gestoppt. Etwa 78.000 Menschen waren Ende 2012 HIV-positiv. Im Vergleich zum Jahr 2010 bedeutet das ein Anstieg um 250 Infektionen.⁴

Auch wenn über das Thema Drogen und Sucht nicht gerne in der Öffentlichkeit gesprochen wird, heißt das nicht, dass man nicht dringend darüber sprechen sollte. Es gibt verschiedene Angebote zur Therapie mit dem Ziel der Abstinenz. Solche Rehabilitationen erfordern sehr viel Disziplin und Stärke. Nicht jeder Drogenabhängige kann das leisten. Was also tun, mit den Menschen, die diese Form der Therapie nicht annehmen können oder wollen? Die akzeptierende Drogenpolitik schafft Möglichkeiten für Menschen, die sonst vom Hilfenetzwerk nicht erreicht werden. Sogenannte niedrigschwellige Einrichtungen nehmen sich dieser Menschen an. Die Leistungen sind vielseitig. Darunter Tipps für den

¹ Vgl. EBDD (Hrsg.), Jahresbericht 2012, S. 15.

² Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht 2011, S. 55.

³ Vgl. Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011, S. 247.

⁴ Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr.47/2012, S. 466ff.

sicheren Drogengebrauch sowie Räume, in denen ohne Stress und unter hygienischen Umständen Heroin gespritzt werden kann oder Anlaufstellen für Drogenberatungen. So unterschiedlich die Angebote auch sind, mindestens genauso unterschiedlich sind die Meinungen darüber. Diese Maßnahmen zur Schadenminimierung sollen bestimmte Ziele erreichen. Nach umfassender Einarbeitung in das Thema entstehen einige Fragen. Ist das noch Hilfeleistung oder bereits Beihilfe zum Drogenkonsum? Arbeiten diese Einrichtungen gegen oder schon für die Sucht?

Die Arbeit liefert einen Einblick in die Situation vieler drogensüchtiger Menschen. Einigen Unbeteiligten ist möglicherweise nicht bewusst, in welcher prekärer Lage sich viele Abhängige befinden. Auch die Hilfeleistungen dieser Art sind aufgrund mangelhafter Bekanntmachung weitgehend unbekannt. Es ist ein Thema, welches leicht in Vergessenheit gerät, wenn man nicht darauf aufmerksam gemacht wird. Um dies zu verhindern, bedarf es zunächst einer Einführung in das Themengebiet. Fakten und Ziele werden vorgestellt. Nach ausführlicher Auswertung der einzelnen Argumente und Ergebnisse soll jeder Leser die oben genannten Fragen für sich beantworten können.

Nachdem anfangs die wichtigsten Begrifflichkeiten erläutert sind, erfolgt ein Blick auf die aktuelle Situation in Deutschland. Auf einen Vergleich mit dem Ausland wird verzichtet da es konkret um die Einrichtungen in der Bundesrepublik, deren Umsetzung der Ziele und die kritische Würdigung geht. Im darauffolgenden Kapitel werden wesentliche Inhalte der nationalen Strategie erläutert. Die Schaffung dieser Angebote ist mit einigen Kriterien verknüpft. Man verspricht sich bestimmte Erfolge, die mit der herkömmlichen Hilfeleistung nicht erreicht werden können. Diese Ziele sind im Kapitel fünf ausgearbeitet. Als bedeutsame Einrichtungen werden der Konsumraum, der Kontaktladen sowie die Substitutionstherapie ausführlich behandelt: Was passiert dort? Wie sind diese Einrichtungen rechtlich abgesichert und wer finanziert sie? Im Anschluss erfolgt die Analyse: Die anfangs genannten Ziele werden zum Teil anhand von Zahlen und Entwicklungen überprüft. Auch moralische Aspekte finden hier

Anwendung. Nicht alles hat sich im Verlauf der letzten Jahre so gestaltet, wie es vorgesehen war. Zudem sind andere Problematiken aufgetaucht. Mit einem Fazit wird das Thema abgeschlossen.

2 Begriffsbestimmungen

2.1 Drogen

Unter dem Begriff Droge versteht man eine "... psycho-aktive Substanz, d. h. ein Stoff, der auf das Zentralnervensystem wirkt. Drogen in diesem Sinn sind alle Stoffe, Mittel und Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur, Strukturen oder Funktionen im lebendigen Organismus verändern. Wobei sich diese Veränderungen insbesondere in Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen."⁵

So gesehen sind auch Alkohol, Nikotin oder Medikamente als Drogen anzusehen. Gegenstand dieser Arbeit sind jedoch ausschließlich harte, illegale Rauschdrogen. Insbesondere Heroin, Kokain und Crack.

Heroin stammt aus der Gruppe der Opioide. Opioide sind morphinähnliche Substanzen, welche halb- oder vollsynthetisch aus Schlafmohn hergestellt werden. Es wird als weißes bis bräunliches Pulver verkauft und meist intravenös injiziert. Es kann aber auch geraucht werden oder „gesnieft“, das heißt durch die Nase aufgenommen werden. Heroin hat eine beruhigende und leicht euphorisierende Wirkung mit hohem Abhängigkeitspotenzial.⁶

Kokain ist als weißes Pulver bekannt, welches durch chemische Verfahren aus den Blättern des Koka-Strauchs gewonnen wird. Meistens wird es durch Sniefen konsumiert, es kann jedoch auch gespritzt werden. Als Aufputzmittel gilt es als stark abhängig machend. Kokain, welches mit Wasser und Backpulver verbacken wird, wird unter dem Namen Crack verkauft.⁷

⁵ WHO, zitiert bei drugscouts, Lexikon, 16.02.13, s. Anlage 17.

⁶ Vgl. Drugcom, Drogenlexikon, Heroin, 19.04.13, s. Anlage 14.

⁷ Vgl. Drugcom, Drogenlexikon, Kokain, 19.04.13, s. Anlage 15.

2.2 Sucht

Grundsätzlich beschreibt der Begriff Sucht ein Streben nach einem ganz bestimmten Gefühlszustand. Dabei gibt es keine Begrenzung auf bestimmte Mittel.⁸

Die stoffgebundene Sucht charakterisiert ein Verhalten, welches instinktiv und mechanisch insbesondere zum Konsum von Drogen zwingt. Hierbei hat die süchtige Person keinerlei Kontrolle mehr über das eigene Tun.⁹ Bei stoffungebundenen Süchten dagegen, entstehen bestimmte Verhaltenssüchte ohne den Drang eine Substanz zu konsumieren, wie etwa bei der Glücksspielsucht. Daher wird bei Substanzkonsum zur Abgrenzung oftmals der Begriff Abhängigkeit verwendet.¹⁰

Dabei kann in zwei Untergruppen aufgeteilt werden.

Psychische Abhängigkeit beginnt als Wunsch und Vorfreude auf den „Kick“ und die positiven Gefühle, die die Droge herbeiführt. Im Verlauf der Krankheit entwickelt sich dieses Verlangen dann zum Zwang. Das maßlose seelische Verlangen nach dem Zustand, welcher durch den Konsum der Droge erreicht wird, kennt keine Grenzen. Zustände der Freude und Zufriedenheit werden bald nur noch durch die Einnahme der Drogen erreicht. Bei physischer, also körperlicher Abhängigkeit reagiert der Körper bei Entzug mit heftigen Beschwerden. Dabei ist zu beobachten, dass der Körper mit der Zeit eine Toleranz gegenüber dem Suchtmittel entwickelt. Es werden also größere Mengen nötig, um den gewünschten Effekt herbeizuführen.¹¹

In der Praxis treten seelische und körperliche Abhängigkeit jedoch nahezu immer zusammen auf. Während bei der physischen Abhängigkeit der Körper mit Entzugserscheinungen wie Zittern und Krampfanfällen reagiert, äußert sich die psychische Entwöhnung mit Unruhe, Depressionen bis hin

⁸ Vgl. Blaues Kreuz, Informationen über Sucht und Abhängigkeit, 19.04.13, s. Anlage 11.

⁹ Vgl. Tretter, Suchtmedizin kompakt, S. 3.

¹⁰ Vgl. Blaues Kreuz, Informationen über Sucht und Abhängigkeit, 19.04.13, s. Anlage 11.

¹¹ Vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, S. 4.

Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 193f.

zu Selbstmordgedanken. Die Ausmaße dieser Reaktionen variieren je nach Droge und Konsument.¹²

2.3 Akzeptierende Drogenpolitik

Eine allgemeine Definition des Wortes „Akzeptanz“ liefert die Enzyklopädie von Brockhaus: „Akzeptanz ist zunächst die bejahende oder tolerierende Einstellung von Personen oder Gruppen gegenüber normativen Prinzipien oder Regelungen, dann auch das Verhalten und Handeln, in dem sich diese Haltung ausdrückt (...).“¹³

Konkret auf die Politik im Bereich Drogen und Sucht bezogen, bedeutet dies, dass die Politik zwar nicht die Drogensucht befürwortet aber dennoch den Menschen mit seiner Sucht duldet und toleriert. So gibt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in einer Pressemitteilung bekannt, der Mittelpunkt der neuen Drogenpolitik sei der Mensch als Individuum und nicht die Abhängigkeit.¹⁴

Faktisch bedeutet das, drogenkonsumierenden Menschen das Recht zur Selbstbestimmung einzugestehen, um ohne Druck von Experten ihren eigenen Weg zu finden.¹⁵

2.4 Niedrigschwellige Angebote

Um Süchtige auf ihrem Weg zu begleiten, baut die Bundesregierung im Rahmen der akzeptierenden Drogenarbeit auf niedrigschwellige Angebote im Rahmen von Harm Reduction, also Schadensbegrenzung. Diese sind Teil des 4-Säulen-Modells der Suchtpolitik: Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung und Repression.¹⁶ Ziel dieser Angebote ist es, seelische und körperliche Auswirkungen des Konsums illegaler Drogen weitestgehend zu mildern. Es geht darum, Menschen, die

¹² Vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, S. 4.

Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 193f.

¹³ Brockhaus, Die Enzyklopädie, Band 1, S. 308.

¹⁴ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Pressemitteilung vom 15.02.12.

¹⁵ Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 14.

¹⁶ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 2.

nicht ohne Drogen leben wollen oder können, den Zugang zum Suchthilfesystem so unbürokratisch und szenennah wie möglich zu gestalten.¹⁷

Gegenstand dieser Arbeit sind einzig niedrigschwellige Angebote und nicht Rehabilitationsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch.

3 Aktuelle Situation in Deutschland

3.1 Drogenabhängigkeit

Um verlässliche Angaben über die Zahl der Drogenabhängigen machen zu können, ist es nötig, verschiedene Einteilungen zu machen. In dieser Szene gibt es eine nicht zu unterschätzende Dunkelziffer und nicht jeder, der eine illegale Droge konsumiert hat, ist abhängig. Das Institut für angewandte Sozialwissenschaften hat im Jahr 2009 eine Erhebung unter 18 bis 64-Jährigen durchgeführt. Die Befragung erfolgte nach dem Zufallsprinzip per Telefon oder Internet. Nach ausführlicher Hochrechnung der Experten ergeben sich die folgenden Daten. Der Anteil der Erwachsenen, die in ihrem Leben schon einmal eine illegale Droge außer Cannabis probiert haben, liegt bei 7,4 %. Wobei der Anteil der Konsumenten in der Altersklasse der unter 30-Jährigen höher war als der, der Älteren.¹⁸

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat insbesondere die Situation unter Jugendlichen (12 – 17 Jahre alt) und jungen Erwachenden (18 – 25 Jahre alt) untersucht. Das Angebot zu einer illegalen Droge erhielten 17,6 % der Jugendlichen. Dieses Angebot angenommen haben 7,2 %. Regelmäßig illegale Drogen konsumiert, das heißt mehr als zehnmal im letzten Jahr, haben 0,9 %. Das bedeutet, fast jeder hundertste Jugendliche nimmt regelmäßig verbotene Drogen zu sich.

¹⁷ Vgl. International Harm Reduction Association (Hrsg.), Was ist Harm Reduction? S. 1.

¹⁸ Vgl. Kraus u.a., Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen, in: SUCHT, Oktober 2010, S. 337ff, zitiert bei: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht 2012 S. 26.

Das Drogenangebot unter den jungen Erwachsenen ist deutlich höher. 65,1 % wurde schon einmal eine illegale Droge angeboten. Dabei haben 39,8 % in ihrem Leben tatsächlich mindestens einmal eine solche Droge ausprobiert. Auch der regelmäßige Konsum ist unter den 18-25-Jährigen weiter verbreitet als bei den Jugendlichen. 3,7 % geben an, die illegalen Substanzen regelmäßig zu gebrauchen.¹⁹

3.2 Folgen der Abhängigkeit

3.2.1 Drogentote

Im Jahr 2011 wurden von der Polizei 986 Drogentote in ganz Deutschland registriert. Insgesamt beläuft sich die Zahl der Drogentoten seit Beginn der Registrierung im Jahr 1973 auf 41.674. Darunter sind alle Todesfälle, die kausal mit dem Konsum von Betäubungsmittel in Zusammenhang stehen, ganz besonders Missbrauch, Suizid und tödliche Unfälle.²⁰

3.2.2 Krankheiten

Durch das gemeinsame Benutzen von Nadeln, Filtern usw. ist die Verbreitung von HIV und Hepatitis unter Drogenkonsumenten ein großes Problem.

Das Robert Koch-Institut (RKI) informierte Ende 2012 über die aktuellen Zahlen und Entwicklungen zu HIV-Infektionen. Demnach leben rund 78.000 Menschen mit HIV/AIDS in Deutschland. Intravenös Drogengebrauchende bilden mit etwa 8.400 Menschen den drittgrößten Posten. Das RKI schätzt, dass sich im Jahr 2012 insgesamt 3.400 Menschen neu infiziert haben. Darunter 210 Personen, die sich vermutlich über den intravenösen Konsum angesteckt haben. Weiterhin geht das Institut davon aus, dass 14.000 Infektionen noch gar nicht festgestellt wurden.

¹⁹ Vgl. BZgA (Hrsg.), Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland 2011, S. 46f.

²⁰ Vgl. Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011, S. 247.

Im Zeitraum von 01.01.2012 bis 21.11.2012 wurden insgesamt 5.469 Hepatitis-Neuinfektionen gemeldet. Chronische Erkrankungen sind bei diesen Zahlen nicht berücksichtigt. Davon 657 Hepatitis A und 567 Hepatitis B-Erkrankungen. Mit dem gefährlichen Hepatitis C-Virus haben sich sogar 4.245 Menschen angesteckt.²¹ Weiter geht das RKI davon aus, dass rund 50-60 % aller intravenös Drogengebrauchenden in ihrem Leben mindestens einmal an Hepatitis B erkrankt sind. Dabei verläuft die Infektion bei circa 3-5 % chronisch. Da bei Hepatitis C etwa 60-80 % der Fälle chronisch werden, geht man hier von bis zu 500.000 Virusträgern aus. Die Gruppe der Drogenabhängigen ist stark betroffen. Die Deutsche AIDS Hilfe (DAH) rechnet mit 60-80 % Infizierten. Nicht alle Infektionswege sind eindeutig zurück zu verfolgen. Dennoch ist in den Fällen, in denen dies gelungen ist, die Gruppe der Drogengebraucher mit 69,6 % am stärksten vertreten. Hepatitis ist keine ausschließliche Begleiterkrankung beim Drogenkonsum aber die Erkrankungen und die Weiterverbreitung in dieser Szene sind enorm.²²

3.2.3 Kosten

Es existieren keine genauen Zahlen zu den Ausgaben im Bereich der illegalen Drogen. Um dennoch einen Überblick zu bekommen, hat die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) zusammen mit der Professur für Medizinmanagement der Essener Universität eine ausführliche Studie zur Schätzung der Gesamtausgaben im Jahr 2006 durchgeführt. Darin beinhaltet sind sowohl die Mittel der Sozialversicherungsträger als auch die, der öffentlichen Haushalte. Die Experten kommen auf einen Wert zwischen 5,2 und 6,1 Mrd. Euro. Aufgeteilt auf die einzelnen Kostenträger kommt die Deutsche Rentenversicherung durch Leistungen von Rehabilitation, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Erwerbsminderungsrenten auf eine

²¹ Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr.47/2012, S. 466ff.

²² Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 38/2012, S. 379ff.
Vgl. Mauss, u.a. DAH (Hrsg.), Virus Hepatitis 2011, S. 59.

Summe von 172 Mio. Euro.²³ Wie viele Erwerbsminderungsrenten genau aufgrund Drogenabhängigkeit gezahlt werden, lässt sich so nicht bestimmen. Laut Aussagen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg ist die Hauptdiagnose für diese Renten in den seltensten Fällen die Sucht selbst. Es sind stattdessen daraus entstehende Folgeerkrankungen wie Krebs, Leberzirrhose oder psychische Erkrankungen.²⁴ Die Krankenkassen gaben im Jahr 2006 rund 1,4 Mrd. Euro für Medikamente, Krankenhausaufenthalte usw. aus. Die Gebietskörperschaften beteiligen sich mit circa 3,6 – 4,5 Mrd. Euro.²⁵

4 Idee der akzeptierenden Drogenpolitik

4.1 Gesellschaft und Sucht

Suchtmittel in der Gesellschaft sind kein modernes Phänomen. Schon vor Tausenden von Jahren haben die Menschen die Herstellung von Alkohol entdeckt. Der erste nachweisliche Alkohol wurde vor rund 6000 Jahren hergestellt. Auch Opiate mit ihrer beruhigenden Wirkung wurden schon 1870 im Krieg eingesetzt.²⁶

Warum Menschen Drogen zu sich nehmen, hat verschiedene Gründe. Grundsätzlich versucht der Mensch sich und seine Umwelt so zu beeinflussen, dass Zufriedenheit und Wohlbefinden herrschen. Dazu bedient er sich auch oftmals an Hilfsmitteln. Die Suchtmittel sind dabei so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Der Mensch konsumiert sie mit der Überzeugung, damit etwas Gutes zu tun. Selbst einen Teil zum eigenen Glück beizutragen oder zumindest das Unglück und Leid von sich fernzuhalten. Das Belohnungssystem ist manipulierbar und das macht Menschen empfänglich für Drogen.²⁷

²³ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 21.

²⁴ Vgl. Henning, DRV BW, Fachbereich Rehabilitation Stuttgart, s. Anlage 9.

²⁵ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 21.

²⁶ Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 40 + 96.

²⁷ Vgl. Schneider, Die Suchtfibel S. 2ff.

Vgl. Wodarz, s. Anlage 1, Frage 1.

Bei vielen gehört das Glas Sekt oder Wein zu einem festlichen Anlass automatisch dazu. Oder die teure Zigarre, die in besonderen Momenten geraucht wird. Alkohol und Nikotin sind gesellschaftsfähig und trotzdem bergen sie ein enormes Suchtpotenzial. Bei der Beurteilung einzelner Drogen wägt der Mensch die positiven und negativen Folgen ab. Er weiß, dass durch den Konsum von Drogen und die oftmals dadurch resultierende Abhängigkeit das Überleben des Einzelnen oder ganzer Gruppen gefährdet ist. Daher sind die harten Drogen wie Heroin gesellschaftlich geächtet.²⁸

4.2 Nationale Strategie

Am 15. Februar 2012 veröffentlichte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Diese Richtlinie enthält sämtliche Ziele sowohl für legale als auch illegale Drogen. Aus Kapazitätsgründen wird auf eine umfassende Analyse der kompletten Strategie verzichtet. Ausschließlich die für diese Arbeit relevanten Punkte werden genannt.

Nach wie vor sieht die Politik als großes Ziel die Reduzierung der Abhängigenanzahl. Auch gesellschaftliche Probleme durch Drogen sollen vermieden werden. Hintergrund der Einführung von Maßnahmen zur Schadensreduzierung ist: Nur wer gesundheitlich einigermaßen stabil ist, ist in der Lage eine höherschwellige Therapie durchzuführen.²⁹

Besonders am Herzen liegt der Bundesregierung, das Verbreiten von HIV zu stoppen. Die Angst vor der Verbreitung der Krankheit wird teilweise sogar als der wesentliche Anlass zur Harm Reduction gesehen.³⁰ Weltweit soll es rund 16 Millionen intravenös Drogengebrauchende geben. Das Spritzen von Drogen ist in circa 10 % aller Fälle verantwortlich für die HIV-Infektion.³¹

²⁸ Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 46 + 118f.

²⁹ Vgl. Caspers-Merk, Plenarprotokoll 15/52, 4251 A. s. Anlage 3.

Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Nationale Strategie, S. 60f.

³⁰ Vgl. Schäffer, s. Anlage 2, Frage 2.

³¹ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Nationale Strategie, S. 61.

Die Strategie stellt den Menschen in den Mittelpunkt. Sucht wird als chronische Krankheit anerkannt, welche viele begleitende Erkrankungen und Probleme mit sich bringt. Dabei soll keiner alleine gelassen werden. Die akzeptierende Drogenpolitik setzt darauf, den einzelnen Menschen zu stärken, damit dieser für sich selbst Verantwortung übernimmt und den Freiraum findet, Entscheidungen über das eigene Leben zu treffen. Harm Reduction gilt als dringende Voraussetzung für den späteren Ausstieg aus der Drogensucht.³²

Außerdem stimme sie, laut Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit, mit den Grundsätzen und wichtigsten Zielen der EU-Drogenpolitik überein.³³

Aus Expertensicht ist Schadensminderung ein wichtiger Bestandteil der akzeptierenden Drogenpolitik. Mit den klassischen, hochschwelligeren Therapieangeboten konnte lediglich ein äußerst geringer Teil der Abhängigen erreicht werden. Drogentodesfälle und die Verbreitung von AIDS waren wohl wichtige Gründe für das Umdenken in der Politik. Niedrigschwellige Einrichtungen sollen Drogensüchtige stabilisieren und ohne Druck für die Möglichkeit der abstinenzorientierten Therapie sensibilisieren.³⁴

5 Zielsetzung der Harm Reduction

5.1 Gesundheitliche Stabilisierung

Der Gesundheitszustand vieler Drogenabhängigen ist äußerst bedenklich. Schon der Konsum der Substanzen an sich birgt viele Risiken und Gefahren. So wird durch die Zufuhr des Rauschmittels der Bewusstseinszustand verändert. Der eigene Körper wird anders wahrgenommen und Sinnestäuschungen sind nicht selten Ursache von Unfällen.³⁵ Erkrankungen der Lunge und Atemwege sind ebenfalls keine

³² Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Nationale Strategie, S. 6ff.

³³ Vgl. Antwort der Bundesregierung, Drucksache 17/9706, S. 6. s. Anlage 4.

³⁴ Vgl. Wodarz, s. Anlage 1, Frage 2.

Vgl. Schäffer, s. Anlage 2, Frage 2.

³⁵ Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 33f.

Seltenheit. Wird die Droge intravenös gebraucht, bestehen zusätzliche Gefahren wie Abszesse und Thrombosen. Das größte Risiko beim Spritzen ist aber die Übertragung von Krankheiten. Drogenzubehör wie Nadeln und Filter sind vielerorts unzureichend vorhanden. Das führt dazu, dass mehrere Konsumenten sich ein Drogenbesteck teilen. Krankheiten wie HIV oder Hepatitis, welche unter anderem durch verunreinigtes Blut übertragen werden, verbreiten sich so gefährlich schnell. Lässt die Wirkung der Droge nach und wird nicht schnell genug erneut konsumiert, können Entzugserscheinungen entstehen. Dies hat ebenfalls starke gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge. Siehe hierzu auch Punkt 2.2. Neben den körperlichen entstehen häufig auch psychische Gesundheitsstörungen. Psychosen und Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen.³⁶ Diese Begleiterkrankungen gilt es abzumildern. Des Weiteren sollen die Süchtigen in einen insgesamt besseren Gesundheitszustand gebracht werden. Die Drogenbeauftragte Mechthild Dyckmans benennt neben der Präventionsarbeit die Förderung der Gesundheit als wesentliches Ziel bei der akzeptierenden Sucht- und Drogenpolitik.³⁷

5.2 Erhaltung der Menschenwürde

Im Artikel 1 des Grundgesetzes steht „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Der Begriff der Würde ist jedoch nicht ohne Weiteres zu definieren. Das Bundesverfassungsgericht hat beispielsweise in seinem Beschluss vom 20.10.1992 eine Auslegung des Wortes veröffentlicht. Danach besitzt jeder Mensch Würde, ganz ohne Berücksichtigung seines sozialen Standes, seiner Eigenschaften oder den erbrachten Leistungen. Auch wer aufgrund psychischer oder physischer Einschränkungen nicht in der Lage ist, sinnhaft zu agieren, verliert sie

³⁶ Vgl. Bracht u.a. Heudtlass/Stöver (Hrsg.), Risiko mindern beim Drogengebrauch, S.78ff. Vgl. Safer use, Risiken beim Spritzen, 19.04.13, s. Anlage 19.

³⁷ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht, Mai 2012, S. 12.

nicht. Sogar durch ‚unwürdiges‘ Verhalten bleibt die Menschenwürde jedem erhalten. Sie kann dem Menschen zwar nicht genommen werden aber der Achtungsanspruch, der sich gegenüber dem Menschen ergibt, kann verletzt werden.³⁸ Auch wenn es keine einzig wahre, genaue Definition des Wortes Menschenwürde gibt, so lässt sich einiges herleiten. Drogensüchtige leben oft unter unzulänglichen Bedingungen. Die Erwerbs- und Wohnsituation vieler ist prekär. Der Großteil der Süchtigen ist ohne Arbeit und nicht wenige verdienen ihr Geld zusätzlich mit Prostitution. Schulden gehören für viele zum Alltag. Das wenige Geld, welches zur Verfügung steht, wird für die Beschaffung der Drogen gebraucht und muss an anderer Stelle eingespart werden. Das führt dazu, dass es an grundlegenden Dingen mangelt. Für Essen oder frische Kleidung bleibt oftmals kein Geld übrig. Ein Teil der Süchtigen ist zudem obdachlos oder in Notunterkünften untergebracht.³⁹ Die Möglichkeit zu Duschen oder Waschen ist dadurch begrenzt.

Auch der Konsumvorgang an sich bringt unter unhygienischen Bedingungen zusätzliche Risiken mit sich. Wenn keine andere Möglichkeit für Abhängige besteht, findet der Konsum auf der Straße oder in öffentlichen Gebäuden wie Bahnhofstoiletten statt. Dabei werden durch schmutziges Wasser und gebrauchte Nadeln Keime übertragen. Auch im Falle einer Überdosierung ist selten schnelle Hilfe zur Stelle, da es sich meistens um unbewachte Orte handelt.⁴⁰

5.3 Reduzierung der Anzahl Drogentoter und Abhängiger

Gerade unter Heroinabhängigen gibt es eine hohe Sterblichkeitsrate. Von den insgesamt 986 gemeldeten Rauschgifttoten im Jahre 2011 starb rund die Hälfte an einer Überdosis von Heroin, zum Teil in Verbindung mit anderen Drogen. Etwa 20 % der Todesfälle gehen auf gesundheitliche

³⁸ Vgl. BVerfGE 87, 209, S. 228.

³⁹ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 161f.

⁴⁰ Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 32.

Langzeitschäden zurück.⁴¹ Diese Zahlen sollen mithilfe der niedrigschwelligen Angebote gesenkt werden. In Konsumräumen überwacht geschultes Personal den Konsumvorgang und leistet im Falle einer Überdosierung Notfallhilfe.⁴² Die Verbreitung von langwierigen und schwerwiegenden Krankheiten wie Hepatitis C oder AIDS soll mit Hilfe von frischen Einwegspritzen, Kondomen und Aufklärung zum Thema gestoppt oder zumindest gebremst werden.⁴³

21.315 Erstkonsumenten harter Drogen konnten im Jahr 2011 festgestellt werden. Heroin, Kokain und Crack werden in diesem Jahr von insgesamt 6.523 Menschen zum ersten Mal konsumiert.⁴⁴

Wie viele Menschen tatsächlich drogenabhängig sind lässt sich streng wissenschaftlich nicht belegen. Viele Suchtkranke empfinden sich nicht als abhängig und der Drogenkonsum findet im Verborgenen statt. Es lassen sich daher nur Schätzungen anstellen. So sollen rund 200.000 Menschen in Deutschland einen problematischen Konsum harter, illegaler Drogen aufweisen und davon etwa die Hälfte abhängig von Heroin oder anderen Opiaten sein.⁴⁵

5.4 Entlastung des öffentlichen Raumes

Der ordnungspolitische Gedanke spielt bei diesem Thema ebenfalls eine wichtige Rolle. Öffentliche Drogenszenen befinden sich meist in den Zentren großer Städte, an Bahnhöfen oder in Parks. Dort sind regelmäßig viele Menschen unterwegs – unter anderem auch etliche Touristen. Diese stark frequentierten Orte sollen vor Szenenbildung und Gefahr durch herumliegende Spritzen geschützt werden. In den dafür vorgesehenen Einrichtungen kann hygienisch konsumiert und gebrauchte Spritzen

⁴¹ Vgl. BKA (Hrsg.) Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011 Tabellenanhang, Tabelle 5.3.

⁴² Dazu Genaueres unter Punkt 6.1.

⁴³ Vgl. Köthner u.a. DAH/akzept e.V. (Hrsg.), Drogenkonsumräume in Deutschland, S.15.

⁴⁴ Vgl. BKA (Hrsg.) Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011 Tabellenanhang, Tabelle 4.1.

⁴⁵ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht, Mai 2011, S. 55f.

Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 214.

ordnungsgemäß entsorgt werden. Durch dieses Eingreifen wird zwar nicht verhindert, dass es Drogenkonsumenten gibt, wohl aber, dass öffentliche Plätze zur öffentlichen Drogenszene mutieren.⁴⁶

6 Zielumsetzung

Die Angebote der niedrighschwelligen Drogenarbeit sind vielseitig. Der Fokus liegt hier jedoch auf drei konkreten Angeboten, welche im Folgenden erläutert werden. Diese sind: der Drogenkonsumraum, der Kontaktladen und die Substitutionstherapie.

6.1 Drogenkonsumraum

In einem Drogenkonsumraum, auch Druckraum oder Fixerstube genannt, können Abhängige selbst mitgebrachte Drogen, welche nicht ärztlich verordnet sind, konsumieren.⁴⁷ Es gibt jedoch gewisse Bedingungen und Regeln. So dürfen Hilfsmittel wie Spritzen, Löffel, Pfeifen oder Ähnliches nicht selbst mitgebracht werden. Die Einrichtungen halten sterile Utensilien aus hygienischen Gründen bereit.

In Deutschland gibt es 24 Konsumräume und zwei Drogenkonsummobile.⁴⁸ Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) hat im Jahr 2010 Daten von 20 Fixerstuben ausgewertet. Demnach erfolgten 630.649 Konsumvorgänge in diesem Jahr. Wobei zu beachten ist, dass die Bezeichnung Konsumvorgang unterschiedlich interpretiert wird. Während in manchen Einrichtungen der Besuch als ein Konsumvorgang gewertet wird, wird in anderen jeder einzelne Vorgang während des Aufenthalts gezählt.⁴⁹

Es gelten gewisse Intentionen für das Betreiben eines Drogenkonsumraumes. Zum einen gilt es, die Weiterverbreitung von HIV

⁴⁶ Vgl. Köthner u.a. DAH/akzept e.V. (Hrsg.), Drogenkonsumräume in Deutschland, S.16.

⁴⁷ Legaldefinition hierzu in § 10a (1) S. 1 BtMG.

⁴⁸ Stand Juni 2012.

⁴⁹ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 157f.

und Hepatitis zu minimieren. Dies erfolgt unter anderem durch Vergabe von frischen Spritzen und Aufklärungen zu „safer-use“.

Medizinisches Personal vor Ort soll außerdem bei Notfällen, wie Überdosierung oder Krampfanfälle, eingreifen und so Leben retten.

Ein weiteres Ziel gilt der Ordnungspolitik. Der Konsum an öffentlichen Plätzen wie Bahnhöfen oder Parks soll in einen geschützten Raum verlagert werden. Das bedeutet zudem, die Abgabe gebrauchter Spritzen im Konsumraum und nicht in Mülleimern oder Büschen.

Druckräume sollen auch als erste Kontakt- und Anlaufstelle dienen. Durch die anonyme Benutzung des Angebots im Konsumraum besteht eine niedrigere Hemmschwelle für viele Drogenabhängige, solche Einrichtungen aufzusuchen. Dort kann dann versucht werden die Besucher an weiterführende Hilfsstellen zu vermitteln.⁵⁰

6.1.1 Rechtliche Grundlage

Am 01.04.2000 ist das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes in Kraft getreten. Der § 10a BtMG regelt die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen. In der Legaldefinition in Absatz 1 ist die Bezeichnung „von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln“ sehr allgemein gehalten. Es findet keine Beschränkung auf bestimmte Suchtmittel statt. Sie müssen jedoch mitgeführt werden. Die Konsequenz daraus ist, dass man nur das eigens mitgebrachte Suchtmittel konsumieren darf und es somit auch nicht an andere verkauft werden kann.

Gemäß Absatz 1 Satz 2 dieser Vorschrift bedarf es weiterhin der Erteilung einer Rechtsverordnung der Landesregierung. Ob also ein Konsumraum eröffnet werden darf, entscheidet die Landesregierung nach Ermessen. Was in dieser Rechtsverordnung mindestens geregelt sein muss, legt Absatz 2 des § 10a BtMG dar.

Die Straffreiheit des Personals wird in § 29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG geregelt. Nach dieser Vorschrift macht sich strafbar, wer ohne die Erlaubnis nach

⁵⁰ Vgl. Springer, Konsumräume, S. 6f.

§ 10a BtMG einem anderen, Gelegenheit zum Konsum verschafft. Auch die Vergabe von Spritzen zum intravenösen Drogengebrauch stellt nach § 29 Abs. 1 Satz 2 BtMG keine Straftat dar.

Wiederum unberührt bleibt die Strafbarkeit wegen des Besitzes von Betäubungsmittel nach § 29 Abs. 1 S.1 Nr. 3 BtMG. In Verbindung mit § 31a Abs. 1 S. 2 BtMG kann jedoch von einer Strafverfolgung abgesehen werden, wenn der Konsum lediglich zum Eigenverbrauch in einem Drogenkonsumraum stattfindet.⁵¹

6.1.2 Zielgruppe

Klar ist, der Konsumraum ist für Drogengebrauchende. Im Speziellen ist er als Anlaufstelle für Konsumenten illegaler Drogen gedacht. Der § 10a BtMG selektiert nicht zwischen einzelnen Suchtmitteln. Demnach sind in Druckräumen alle Substanzen der Anlagen I bis III des Betäubungsmittelgesetzes geduldet. Einschränkungen können jedoch nach § 10a Abs. 2 Nr. 7 BtMG durch die Rechtsverordnung des Landes vorgenommen werden. So dürfen Drogen nur geraucht werden, wenn dafür Räumlichkeiten mit entsprechenden Abluftanlagen zur Verfügung stehen.⁵² Zudem können Regelungen über das Alter der Besucher getroffen werden.

In der Nr. 7 ist auch die einzige gesetzliche Einschränkung genannt. Der Eintritt in den Drogenkonsumraum soll für offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten verboten sein. Schwierig ist indes die Bedeutung des Wortes „offenkundig“. Sicherlich kann jeder Besucher danach gefragt werden, ob die Antwort dann wahr ist, muss dann der Mitarbeiter selbst einschätzen. Der Nachweis früherer Konsumvorgänge kann sicher auch nicht gemeint sein. Die Einschätzung obliegt also den

⁵¹ Vgl. Katholnigg, Die Zulassung von Drogenkonsumräumen und strengere Kriterien bei der Substitution – das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (NJW 2000) S. 1217ff.

⁵² Vgl. Köthner u.a. DAH/akzept e.V. (Hrsg.), Drogenkonsumräume in Deutschland, S.18.

Mitarbeitern vor Ort. Weitere Benutzungsverbote können zum Beispiel sein: berauschte Personen oder substituierte Abhängige.⁵³

Das Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF) hat für das Jahr 2010 Daten aller vier Frankfurter Konsumräume ausgewertet. Demnach leben 13 % aller Nutzer in problematischen Wohnverhältnissen oder sind obdachlos. Arbeitslosigkeit ist mit 64 % unter den Benutzern weit verbreitet. Auch der Gesundheitszustand ist kritisch. Eine Erkrankung an Hepatitis bestätigen 48 % und der Wert der HIV-Infizierten ist mit 7,7 % ebenfalls bedenklich.⁵⁴

Viele Nutzer dieser Einrichtungen befinden sich so gesehen in einem sowohl gesundheitlichen als auch sozialen Zustand der Verelendung.

6.1.3 Finanzierung

Es gibt hierzu keine einheitliche, gesetzliche Regelung. Deshalb gestaltet sich die die Finanzierung bei jeder Einrichtung verschieden. Manche wurden als Modellprojekte aus Bundes- oder Landesmitteln finanziert, andere werden von den Kommunen unterstützt. Der Konsumraum in Münster finanziert sich beispielsweise aus verschiedenen Mitteln. Zum einen werden die Kosten für das Personal vom Land Nordrhein-Westfalen übernommen. Der Träger des Druckraums, der INDRO e.V. bekommt Miet- und Sachausgaben von der Stadt bewilligt. Zusätzlich werden Einnahmen aus Spenden und Mitgliederbeiträgen erzielt.⁵⁵

In Berlin wird der Konsumraum „Birkenstube“ durch den vista-Verbund geleitet. Dieser finanziert sich zum großen Teil aus staatlichen Zuwendungen unter anderem durch das Land Berlin, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und einigen Bezirksämtern. Auch mehrere Jobcenter beteiligen sich an der Finanzierung. Des Weiteren erzielt vista Spendeneinnahmen.⁵⁶

⁵³ Vgl. § 8 Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen NRW.

⁵⁴ Vgl. Simmedinger/Stöver, Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010, S. 10f.

⁵⁵ Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 15f.

⁵⁶ Vgl. Vista, Unternehmen, 22.03.13, s. Anlage 21.

Vgl. Vista, Projekte, 22.03.13, s. Anlage 20.

6.2 Kontaktladen

Ein Kontaktladen, vielerorts auch Kontaktcafé genannt, ist eine weitere niedrigschwellige Einrichtung. Der Gebrauch oder Handel mit Drogen ist im Kontaktladen verboten. Es werden zwar auch safer-use- Materialien wie Spritzen, Filter oder Kondome vergeben aber die Angebote umfassen hauptsächlich alltägliche und praktische Lebenshilfen sowie psychosoziale Betreuung. Es geht darum, gewisse Grundbedürfnisse zu sichern. Für die Besucher gibt es einen Aufenthaltsraum, vielerorts stehen auch Waschmaschinen, Trockner und Duschen zur Verfügung. Gegen ein geringes Entgelt können Speisen und alkoholfreie Getränke erworben werden. Außerdem werden dort einfache Wunden versorgt. Viele Kontaktladenbesucher wenden sich auch bei Problemen mit Behörden oder Ärzten an die Mitarbeiter.⁵⁷

Zur psychosozialen Betreuung gehören bei Bedarf Gespräche und Weitervermittlung an geeignete Einrichtungen.

10.787 Besucher hatte der Kontaktladen Janus in Tübingen im Jahr 2009 zu verzeichnen. Verteilt auf die Öffnungstage entspricht das durchschnittlich 71, 4 Besuchern pro Tag. 362 Waschlösungen wurden 2009 versorgt, 329 Mal wurde das Angebot der Dusche in Anspruch genommen und 2.377 Mahlzeiten verkauft.⁵⁸

Auch das Kontaktcafé in Frankfurt hat seine Daten im Jahr 2006 ausgewertet. Bis zu 350 Menschen suchten jeden Tag die Einrichtung in der Nähe des Bahnhofes auf. Dabei wurden 33.618 Getränke verkauft, sowie 26.530 warme und kalte Mahlzeiten. Die sanitären Anlagen wurden 225 Mal genutzt.⁵⁹

⁵⁷ Vgl. bwlv gGmbH (Hrsg.), Kontaktladen Tübingen, Jahresbericht 2009, S.9ff, s. Anlage 10.

⁵⁸ Vgl. bwlv gGmbH (Hrsg.), Kontaktladen Tübingen, Jahresbericht 2009, S.9ff, s. Anlage 10.

⁵⁹ Vgl. Verein Arbeits- und Erziehungshilfe (Hrsg.), Jahresbericht 2006 Fachbereich Drogenhilfe, S. 3ff.

6.2.1 Rechtliche Grundlage

Im Kontaktladen ist der Konsum von Drogen verboten. Für den Aufenthalt drogenkonsumierender Menschen, die Ausgabe von Essen und Getränken sowie psychosoziale Gespräche bedarf es keiner speziellen Ausnahmeregelung im Gesetz. Lediglich die Vergabe von sterilen Einmalspritzen zum intravenösen Drogenkonsum musste gesetzlich geregelt werden.

Da das Aushändigen der Spritzen ausschließlich das Ziel verfolgt, die Verbreitung von HIV zu stoppen wird es durch den 1992 eingeführten § 10a Abs. 1 S. 2 BtMG geschützt. Gleichzeitig wird es aus dem Tatbestand des Absatzes 1 Nr. 11 dieser Vorschrift genommen. Das gilt jedoch nur, wenn die Spritzen an bereits Abhängige verteilt werden. In Konsumräumen oder Kontaktladen mag diese Prüfung durch das Einschätzen geschulter Mitarbeiter möglich sein. Bei Spritzenautomaten ist es jedoch ausgeschlossen.⁶⁰ Diese Automaten stehen vielerorts zur Verfügung, um Tag und Nacht hygienisches Drogenbesteck zu garantieren. Es gibt keinerlei Überwachung und die Automaten sind frei zugänglich.⁶¹

Außerdem im Satz 2 des § 10a Abs. 1 BtMG geregelt: Die öffentliche Information darüber, dass Einmalspritzen an Drogenabhängige vergeben werden, ist keine öffentliche Mitteilung einer Gelegenheit zum Verbrauch gemäß § 10a Abs. 1 S.1 Nr. 11 BtMG. Die Mitteilung darf allerdings nicht eigennützig sein. Diese Regelungen befreien die Vergabe der Einmalspritzen im Kontaktladen vom Straftatbestand.⁶²

6.2.2 Zielgruppe

Wenn man die Zielsetzung des Kontaktladens betrachtet, lassen sich leicht Rückschlüsse auf die Zielgruppe ziehen. Wie es auch in Konsumräumen der Fall ist, werden mit diesem Angebot Konsumenten

⁶⁰ Vgl. Weber, BtMG, Rn. 1667-1668.

⁶¹ Vgl. Schäffer/Stöver (Hrsg.), Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis, S. 197.

⁶² Vgl. Weber, BtMG, Rn. 1669-1670.

von illegalen Drogen angesprochen. Da der Drogengebrauch in den Räumlichkeiten verboten ist, steht dieser jedoch nicht im Fokus der Einrichtung. Es gibt keine Ausschlusskriterien oder Einlassbedingungen. Die Hilfe dort ist jedoch sehr elementar, sodass davon ausgegangen werden kann, dass es sich hierbei um Menschen handelt, die sehr wenig Geld zur Verfügung haben. Diese sind zum Teil sogar obdachlos und können dadurch wenigstens 1-2 Mal in der Woche die Gelegenheit zum Duschen nutzen oder aus Kleiderspenden ein paar nützliche Dinge erhalten. Auch wer sich in einer Substitutionstherapie befindet hat Zugang zum Kontaktladen. Dieser Austausch von Erfahrungen ist wichtig. Viele Menschen finden in jenen Räumlichkeiten zu sozialen Kontakten.⁶³

6.2.3 Finanzierung

Der Kontaktladen in Frankfurt wird finanziert durch das Land Hessen, die Stadt Frankfurt oder eigene Einnahmen aus dem Verkauf von Getränken oder Essen. Dazu kommen Spendeneinnahmen.⁶⁴ Wie bei den Drogenkonsumräumen gibt es aber auch hier keine einheitlichen Bestimmungen. Es besteht die Möglichkeit, Zuwendungen zu erhalten. Die Landesförderung hat das Ziel, die Angebote und Vernetzung von niedrigschwelligen Angeboten zu unterstützen. Auch wenn kein Rechtsanspruch besteht, so können Gelder nach §§ 23 und 44 LHO gezahlt werden. Empfänger dieser Zuwendungen sind die jeweiligen Stadt- und Landkreise, welche diese an die Träger weiterleiten, falls sie nicht selbst Träger sind.⁶⁵

6.3 Substitutionstherapie

Die Drogensubstitution ist die medikamentöse Behandlung Heroinabhängiger unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorschriften.

⁶³ Vgl. Verein Arbeits- und Erziehungshilfe (Hrsg), Jahresbericht 2006 Fachbereich Drogenhilfe, S. 5ff.

⁶⁴ Vgl. Verein Arbeits- und Erziehungshilfe (Hrsg), Jahresbericht 2006 Fachbereich Drogenhilfe, S. 3.

⁶⁵ Vgl. Stehle, Praxis der Kommunalverwaltung, Band K6 BW, Anhang 6.

Schrittweise soll so Abstinenz hergestellt und der Gesundheitszustand verbessert werden. Die folgenden Inhalte sind in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger geregelt:

Da eine Drogenabhängigkeit in der Regel viele Begleiterscheinungen hat, ist ein ausführliches Therapiekonzept erforderlich. Weitere organische und psychische Erkrankungen werden dabei abgeklärt. Ebenso muss festgestellt werden, ob parallel eine psychosoziale Betreuung (PSB) von Nöten ist. Grundsätzlich ist neben der medizinischen Betreuung auch eine dauerhaft seelische Hilfe zu leisten. Diese Maßnahme erfolgt nach den Standards der Drogenhilfe. Wie die Unterstützung im Einzelnen aussieht, wird individuell für jeden Patienten ermittelt. In Ausnahmefällen kann die Substitutionstherapie auch ohne eine begleitende PSB durchgeführt werden, wenn diese nicht möglich ist.

Eine Besonderheit bildet die Substitution mit Diamorfin. Hier muss gemäß § 5 Abs. 9c BtMVV zwingend während der ersten sechs Behandlungsmonate eine psychosoziale Betreuung stattfinden. Diamorfin, welches erst seit 2009 zugelassenes Substitutionsmittel ist, ist pharmazeutisch hergestelltes Heroin und wird bis jetzt nur in Ausnahmefällen verwendet.⁶⁶

Es gibt verschiedene Substitutionsmittel. Welches Mittel der Arzt einsetzt, wird sorgfältig geprüft, da die einzelnen Stoffe unterschiedliche Wirkungen haben. Die häufigsten Substitutionsmittel sind Methadon und Buprenorphin.

Methadon löst eine starke Beruhigung aus. Es ist wie Heroin der Gruppe der Opioide zuzuordnen, wird jedoch voll synthetisch hergestellt. Die Einnahme von Methadon kann viele Nebenwirkungen wie Kreislaufversagen oder Erbrechen mit sich bringen und birgt außerdem eine hohe Gefahr der Abhängigkeit. Insofern ist es wichtig, stets unter ärztlicher Kontrolle zu stehen. Einen weniger sedierenden Effekt hat

⁶⁶ Vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Stand 19.02.2010, S. 1ff. s. Anlage 6.
Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Substitution, 20.02.13, s. Anlage 12.

Buprenorphin. Substituierte mit diesem Mittel verfügen oft über ein klareres Bewusstsein und sind so prinzipiell in der Lage, einem geregelten Tagesablauf nachzugehen.⁶⁷

Das Ersatzmittel wird dann täglich oral und unter Aufsicht eingenommen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Substitut auch auf Rezept für eine kurze Dauer verschrieben werden. So wird gewährleistet, dass auch am Wochenende oder an Feiertagen die Therapie nicht unterbrochen wird.

Dies gilt nicht für die Substitution mit Diamorphin. Hier erfolgt die Vergabe ausschließlich in Einrichtungen, welche von der zuständigen Landesbehörde anerkannt wurden.

Nach der Entscheidung über das Substitutionsmittel und dessen Dosierung treffen Arzt und Patient bestimmte Vereinbarungen über Therapieziele und Kontrollen. Außerdem wird der Süchtige über Wirkung und Nebenwirkung des Substitutionsmittels und weitere Bedingungen der Behandlung aufgeklärt.

Damit eine Mehrfachsubstitution verhindert werden kann, muss der Arzt den Patienten nach § 5a BtMVV dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte melden, wo der Eintrag ins Substitutionsregister erfolgt. Die Meldung wird codiert verschickt.

Der Arzt händigt jedem Patienten einen Behandlungsausweis aus. Dieser enthält Angaben über das jeweilige Substitutionsmittel und die Tagesdosis.

Während der Substitutionstherapie finden Kontrollen statt, um zu überprüfen, ob das Substitut ordnungsgemäß eingenommen und eventuell ein missbräuchlicher Beikonsum anderer Suchtstoffe erfolgt. In welchem Abstand diese Treffen realisiert werden sollen, wird im Einzelfall entschieden.

Die Substitutionsbehandlung kann regulär beendet oder durch den Arzt abgebrochen werden. Die Beendigung erfolgt, wenn der Patient dies

⁶⁷ Vgl. Drugcom, Drogenlexikon, Methadon, 22.02.13, s. Anlage 16.

Vgl. Köper, Ratgeber Substitutionstherapie, Therapie, 21.02.13, s. Anlage 18.

wünscht oder wenn Arzt und Patient darüber einig sind, dass die Therapie nicht länger erforderlich ist.

Bricht der Substituierte wiederholt Regeln oder übt er Gewalt aus, kann der behandelnde Arzt die Behandlung abbrechen. Dies sollte aber nur der letzte Ausweg nach reichlicher Abwägung sein, denn ein Abbruch ist mit vielen Gefahren verbunden.⁶⁸

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) meldet am Stichtag 01.07.2012 einen Bestand von 75.400 Patienten, welche sich aktuell in Substitution befinden. Diese Patienten werden von 2731 Ärzten betreut.⁶⁹

6.3.1 Rechtliche Grundlage

Die Rechtssicherheit der Substitutionsbehandlung ist in mehreren Gesetzen und Richtlinien verankert. Im Betäubungsmittelgesetz ist im § 13 geregelt, wann die Verschreibung und Abgabe von Betäubungsmitteln erlaubt und nicht strafbar gemäß § 29 BtMG ist. Diese Gesetze sind direkt an die §§ 5 und 5a BtMVV⁷⁰ geknüpft.

Das zwingende Ziel ist die Abstinenz einschließlich einer gesundheitlichen Stabilisierung. Es existieren jedoch keine Vorgaben, in welchem zeitlichen Rahmen die Abstinenz erreicht werden muss. Nicht geschützt werden soll die Erhaltung und Unterstützung der Sucht ohne dass nicht zumindest langfristig gesehen, die Drogenfreiheit angestrebt wird. Des Weiteren ist § 5 Abs. 2 BtMVV hervorzuheben: Nr. 1 setzt bei der Substitutionstherapie voraus, dass keine medizinischen Gründe dagegen sprechen. Neben der medizinischen Versorgung durch den Arzt sieht Nr. 2 eine bedarfsgerechte psychiatrische oder psychosoziale Betreuung vor. Die Nr.3 dieses Abschnittes verweist auf die Meldepflicht nach den Bestimmungen des § 5a BtMVV. Dieser Paragraph regelt sowohl die Form

⁶⁸ Vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Stand 19.02.2010, S. 5ff, s. Anlage 6.

⁶⁹ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.), Bericht zum Substitutionsregister Januar 2013, S. 2.

⁷⁰ Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV).

der Informationsübermittlung als auch die drei Zweckbestimmungen des Substitutionsregisters. Absatz 1 Nr. 1 dieser Vorschrift verfolgt das Ziel, die Mehrfachsubstitution zu verhindern. In § 5a Nr. 2 BtMVV geht es darum zu überprüfen, ob die in § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 5 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 und 3 BtMVV bestimmten Anforderungen an den behandelnden Arzt erfüllt sind. Danach muss ein Arzt, der die Drogensubstitution durchführt, gewisse Qualifikationen erfüllen. Diese werden von den Ärztekammern festgelegt. Erfüllt ein Arzt diese nicht, so kann er trotzdem bis zu drei Personen substituieren, wenn er sich zu Beginn der Therapie mit einem dafür qualifizierten Arzt (Konsiliararzt) bespricht. Der Patient muss außerdem den Konsiliararzt sowohl zu Beginn der Therapie als auch wenigstens einmal im Quartal treffen.

Das Register dient außerdem der statistischen Dokumentation analog § 13 Abs. 3 e) BtMG.⁷¹

Maßgebend sind außerdem die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger nach § 5 Abs. 11 BtMVV. Die Richtlinien stellen Regeln für den kompletten Ablauf der Behandlung auf. Auf Einzelheiten wird an dieser Stelle verzichtet, da die Inhalte der Richtlinien unter Punkt 6.3 und folgend 6.3.2 thematisiert sind.

Bei der Substitutionstherapie ist eine gute Absprache von Arzt, Patient und Apotheker unverzichtbar. Das Substitut muss bestellt werden und entsprechend dem Therapiekonzept immer vorhanden sein, damit keine Ausfälle entstehen. Dabei darf nicht gegen das Arzneimittelgesetz (AMG) verstoßen werden. So ist beispielsweise in § 47 Abs. 1 AMG eine Sonderregelung für die Vergabe von Diamorphin bestimmt. Niemals darf das Heroin an einen Patienten ausgehändigt werden. Einzig die anerkannten Einrichtungen dürfen das Substitut ausgehändigt bekommen, wenn es von einem dort praktizierenden Arzt verordnet wird.

⁷¹ Vgl. Weber, BtMG, Rn. 57-65.

6.3.2 Zielgruppe

Die Substitutionsbehandlung ist eine niedrigschwellige Form der Therapie für Opiatabhängige. Es ist ein Angebot für Drogenkranke, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ohne Suchtmittel leben wollen oder können. Nur wenn alle anderen Therapieangebote nicht Erfolg versprechend sind und eine Abhängigkeit diagnostiziert wird, soll substituiert werden. Die Richtlinien der Bundesärztekammer geben den rechtlichen Rahmen der Zielgruppe vor:

Die Feststellung der Abhängigkeit ist nach den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD) zu treffen:

1. starker bis übermäßiger Wunsch, Opiate zu konsumieren
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Nachweis einer Toleranzentwicklung
4. ein körperliches Entzugssyndrom
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen
6. anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Von diesen Kriterien müssen mindestens drei Stück erfüllt sein, insbesondere die körperliche Abhängigkeit. Wenn die Merkmale dann in einem Zeitraum von wenigstens einem Jahr vorliegen, gilt die Abhängigkeits-Erkrankung als diagnostiziert.

Eine wichtige Zielgruppe sind Schwangere. Durch das extrem hohe gesundheitliche Risiko beim Heroingebrauch und die körperliche Belastung einer Entgiftung ist die Substitutionstherapie unbedingt ratsam. Nur in Ausnahmefällen dagegen soll laut BÄK bei jungen Menschen, die noch nicht allzu lange drogenabhängig sind, diese niedrigschwellige Therapieform angewandt werden. Vielmehr steht die Vermittlung dieser Personen in andere Therapieangebote im Vordergrund.

Für die Diamorphin-Substitution gelten wiederum besondere Bedingungen welche in § 5 Abs. 9a Nr. 2 - 4 BtMVV genannt sind. Diese Patienten haben das 23. Lebensjahr vollendet und sind seit mindestens fünf Jahren süchtig nach Opiaten. Zusätzlich leiden sie an schwerwiegenden körperlichen und psychischen Störungen und haben bereits nachweislich zwei andere Behandlungen abgebrochen. Eine dieser Behandlungen erfolgte mit einem anderen Substitutionsmittel über den Zeitraum von mindestens sechs Monaten nach § 5 Abs. 2, 6, 7 BtMVV.⁷²

6.3.3 Finanzierung

Da es bei der Substitution um die ärztliche Behandlung von Abhängigkranken geht, kommt zunächst die Krankenkasse als Kostenträger in Betracht. Um als Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB V anerkannt zu werden, muss die Krankheit geheilt, die Beschwerden gelindert oder eine Verschlimmerung des Zustandes verhindert werden. Die Substitution hat das Ziel der Abstinenz, außerdem werden sowohl körperliche als auch psychische Begleiterkrankungen behandelt und Entzugerscheinungen entgegengewirkt. Damit ist dieser Tatbestand erfüllt. Ein umfassendes Regelwerk hierzu liefert die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (kurz: Richtlinie MvV). In Punkt zwei dieser Richtlinie wird die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger thematisiert. In der Präambel findet sich eine äußerst wichtige Einschränkung. Allein die Tatsache, eine illegale Droge durch ein legales Substitutionsmittel auszutauschen, ist keine geeignete Behandlungsmethode einer Suchterkrankung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Vielmehr geht es darum, kurz- oder langfristig abstinent zu sein. Das setzt eine zusätzliche psychische Betreuung voraus. Die gesetzliche Krankenversicherung sieht sich daher nur in der Leistungspflicht, wenn neben der medikamentösen auch eine

⁷² Vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Stand 19.02.2010, S. 2f, s. Anlage 6.

psychologische oder psychosoziale Behandlung erfolgt. Die Kosten für eine psychosoziale Behandlung nach § 5 BtMVV werden allerdings nicht von der Krankenkasse gedeckt.

Handelt es sich tatsächlich um eine Krankenbehandlung nach § 27 Abs.1 SGB V, sind die weiteren Kriterien der Richtlinie zu beachten. § 2 Abs. 1 der Vorgabe bestimmt, dass nur Ärzte zur Substitution berechtigt sind, welche die Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 oder § 5 Abs. 3 BtMVV erfüllen. Dies muss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nachgewiesen werden, welche daraufhin eine Genehmigung erteilt. Beim Substituieren mit Diamorphin muss sich die oben genannte fachliche Befähigung auf dieses spezielle Substitutionsmittel beziehen. Ersetzt werden kann dies durch die berufliche Tätigkeit bei einem Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ über mindestens sechs Monate. Auch die Einrichtungen, in denen die Therapie mit Diamorphin durchgeführt wird, müssen von der KV und nach § 5 Abs. 9b BtMVV von der Landesbehörde genehmigt werden. Die Richtlinie ist mit der, der Bundesärztekammer weitestgehend deckungsgleich. Einzig zu beachten ist, dass, auch wenn die BÄK im Ausnahmefall eine Substitutionsbehandlung ohne psychosoziale Betreuung ermöglicht, diese dann von den gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert wird.⁷³

Private Krankenkassen bestimmen Ihre Tarife grundsätzlich unter Berücksichtigung der Vertragsfreiheit. Entwöhnungsbehandlungen werden zum Teil auf Kulanz geleistet soweit es sich dabei um die erste Sucht-Therapie handelt. Ein genereller Anspruch darauf besteht jedoch nicht. So ist dazu beispielsweise in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen vieler privater Versicherungsanbieter geregelt, dass vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten nicht zur Leistung verpflichten. Strittig ist sicher, inwiefern eine Drogenabhängigkeit selbst verschuldet ist. Die Vertiefung dieser Thematik würde an dieser Stelle jedoch zu weit gehen.⁷⁴

⁷³ Vgl. Richtlinie MvV, S. 7ff, s. Anlage 7.

⁷⁴ Vgl. Fenercioglu, PKV - Verband der privaten Krankenversicherung e.V. s. Anlage 8.

7 Ergebnisanalyse der Zielsetzung

In diesem Themengebiet ist eine Ergebnisanalyse an einigen Stellen nicht uneingeschränkt machbar. In manchen Bereichen sind Vergleichszahlen oder Auswertungen gar nicht möglich oder die Dunkelziffer macht es schwer, konkrete Ergebnisse zu bekommen. In jedem Fall aber liefert die Ergebnisanalyse eine Tendenz, was niedrigschwellige Drogenarbeit leisten kann.

7.1 Gesundheitssituation

Die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes drogenabhängiger Menschen gilt als das zentrale Ziel der akzeptierenden Drogenpolitik. Um das zu erreichen, wird in vielerlei Hinsicht gearbeitet. Die Wirkung der Droge kann die Politik nicht beeinflussen. Auch wenn Heroin im Konsumraum gespritzt wird, verursacht es Rauschzustände mit ungewissem Ausgang. Die Hilfe hier setzt bei der Aufsicht dieser Druckräume an. Dadurch wird gewährleistet, dass notfalls schnell Hilfe da ist. So meldet das Drogenhilfezentrum in Münster beispielsweise von Juni 2011 bis Juli 2012 die Versorgung von 17.420 Wunden oder Hilfeleistungen bei Ohnmacht oder Abszessen.⁷⁵

Weitaus schwerwiegender sind Infektionen mit Hepatitis- oder HI-Viren. Hierbei bauen Konsumräume und Kontaktläden ganz stark auf Aufklärung und vor allem auf den Austausch von Spritzen, Nadeln und anderem frischen Drogenbesteck. Bei der Substitution wird das verschriebene Ersatzmittel oral eingenommen und die Begleiterkrankungen obliegen ebenfalls ständiger ärztlicher Beobachtung. Um hier eine Tendenz zu bekommen, müssen die Neuinfektionen mit HIV und Hepatitis betrachtet werden. Das Robert Koch-Institut schätzt die HIV-Neuinfektion durch den intravenösen Drogenkonsum auf 210 im Jahr 2012. Das macht von den insgesamt 3.400 geschätzten Infektionen einen geringeren Anteil aus.⁷⁶ Der hohe Wert der Jahre 1986, 1987 mit rund 1.300 Neuinfektionen pro

⁷⁵ Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 32.

⁷⁶ Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr.47/2012, S. 467ff.

Jahr durch den intravenösen Drogenkonsum konnte deutlich gesenkt werden. Im Jahr 2010 konnte die Anzahl bis auf 170 reduziert werden.⁷⁷ Im Vergleich mit 2012 bedeutet dies jedoch ein leichter Anstieg der Infektionen mit dem HI-Virus. Die Gründe dafür sind nicht eindeutig auszumachen. Fest steht aber, dass die Vergabe von frischen Einmalspritzen nicht flächendeckend erfolgt. In einigen ländlicheren Gegenden oder in Justizvollzugsanstalten ist die Versorgung weniger gut ausgeprägt.⁷⁸

Der jeweilige Verlauf von Infektionen mit Hepatitis B und C zeigt sich unterschiedlich. Während sich 2010 noch 1.843 Menschen mit Hepatitis B infiziert haben, waren es ein Jahr später schon 1.928. Ein Rückgang ist im Fall von Hepatitis C zu verzeichnen. Im Jahr 2010 waren es 5.301 Erkrankungen mit dem gefährlichen Virus. Dieser Wert konnte 2011 auf 5.027 gesenkt werden. Davon wurde die Erkrankung bei 1.126 Menschen auf den intravenösen Drogenkonsum zurückgeführt.⁷⁹

Die Anlaufstellen der niedrigschwelligen Drogenarbeit können im Falle von Entzugserscheinungen nicht direkt helfen. Das ausgebildete Personal des Konsumraumes kann Erste Hilfe bei Krampfanfällen leisten aber dafür sorgen, dass es erst gar nicht dazu kommt, kann dort keiner. Wo das zu einem gewissen Teil erreicht werden kann, ist in der Substitutionstherapie. Wie bereits erwähnt, soll das jeweilige Ersatzmittel so dosiert werden, dass es zu keinen Entzugserscheinungen kommt. Das klappt in der Praxis jedoch nicht immer gleich gut. Besonders zu Beginn der Therapie, bis die Dosis richtig eingestellt ist, kann es zu körperlichen Reaktionen kommen. Da beispielsweise Methadon auch ein Opiat ist, hat es vergleichbare (Entzugs-) Wirkungen wie Heroin. Insofern kommt es hierbei insbesondere auf eine gute und regelmäßige Behandlung durch den Arzt an.⁸⁰

⁷⁷ Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr.46/2010, S. 455.

Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr.46/2011, S. 417f.

⁷⁸ Vgl. Marcus/Starker, RKI (Hrsg.), HIV und AIDS, S. 14.

⁷⁹ Vgl. RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 38/2012, S. 374ff.

⁸⁰ Vgl. Brach u.a. Heudtlass/Stöver (Hrsg.), Risiko mindern beim Drogengebrauch, S. 92f.

7.2 Menschenwürde

Eines der großen Ziele war und ist die Erhaltung der Menschenwürde sowie der Zuspruch, auch als süchtige Person eigene Entscheidungen aus freien Stücken treffen zu können.⁸¹ Auch wenn hierzu keine Statistiken herangezogen werden können, kann man dieses Ziel als weitestgehend erreicht betrachten. Die Angebote der Dusch- und Waschmöglichkeiten in Kontaktläden werden regelmäßig wahrgenommen, wie unter Punkt 6.2 bereits erläutert wurde. Auch der preiswerte Verkauf von Essen und Getränken wird von vielen Besuchern des Kontaktladens gerne angenommen. Menschen, die obdachlos sind, finden Unterschlupf in sogenannten Notunterkünften. Kleiderspenden runden das Angebot zur Erfüllung der Grundbedürfnisse ab. Ohne die Einrichtung würden einige Drogenabhängige ein Leben in Verelendung führen.

Ein geschützter Raum, um ohne Stress hygienisch zu konsumieren stellt sicher auch ein Stück Erhaltung der Würde dar. Für einige wäre die Alternative nämlich der öffentliche Drogenkonsum, mit zum Teil herumliegenden, gebrauchten Spritzen. Das bedeutet oftmals auch, das Benutzen des Wassers aus öffentlichen Toilettenanlagen um das Heroin konsumfertig zu machen und die Gefahr, bei einem Notfall nicht rechtzeitig versorgt werden zu können.

Die soziale Komponente darf ebenfalls nicht vernachlässigt werden. Anstatt die Süchtigen auszugrenzen und zu verschmähen erfahren sie nun eine gewisse Akzeptanz sich selbst gegenüber. Zwar soll nach wie vor deutlich gemacht werden, ein drogenfreies Leben anzustreben aber auch ohne dieses primäre Bedürfnis werden sie als Mensch akzeptiert.⁸²

7.3 Drogenabhängige und Drogentote

Die Entwicklung der Anzahl von Drogenabhängigen lässt sich wissenschaftlich nur schwer aufzeigen. Die Dunkelziffer ist ein Faktor, der hier immer mit berücksichtigt werden muss. Eine Abhängigkeits-

⁸¹ Vgl. Schäffer, s. Anlage 2, Frage 3.

⁸² Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 13f.

Erkrankung läuft meist im Verborgenen ab. Das Bewusstsein, krank zu sein, sich anders als die übrigen Menschen zu verhalten, wird zu Beginn der Sucht verdrängt. Selbst dann, wenn man sich selbst eingestehen muss, abhängig zu sein, wird versucht es vor dem Umfeld geheim zu halten. Solange der Suchtdruck regelmäßig befriedigt und Einstichstellen versteckt werden, können einige Wochen verstreichen, bis der Konsum auffällig wird. Doch selbst wenn die Sucht bekannt ist, wird Hilfe meistens abgewehrt. Solange man nicht zum Arzt muss, von der Polizei aufgegriffen oder sonst wie bei öffentlichen Stellen auffällt, bleibt die Abhängigkeit unbekannt. Von selbst wird ein Süchtiger sich kaum als abhängig bezeichnen und an Hilfestellen werden. Anders als bei einem Menschen, der an einer rein körperlichen Erkrankung, wie Rückenbeschwerden leidet, ist der Leidensdruck der Abhängigen praktisch kaum vorhanden. Der Drang nach ärztlicher Behandlung entsteht oft erst nach vielen Jahren in der Sucht.⁸³

Bei der Überprüfung der Veränderung bezüglich der Drogenabhängigen ist es sinnvoll, exemplarische Werte hinzu zu ziehen. Von allen niedrigschwelligen Drogenangeboten hat nur die Substitutionstherapie das primäre Ziel die Anzahl Drogenabhängiger zu reduzieren. Um die Effekte der Drogensubstitution zu messen, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Studie in Auftrag gegeben. In der PREMOS-Studie⁸⁴ wird der langfristige Verlauf (über sechs Jahre) der Substitution beschrieben. Beginn der Studie war 2003 mit mehr als 2.200 Patienten aus rund 200 Einrichtungen.⁸⁵ Per Stichprobe wurden die Teilnehmer ausgewählt. Das hatte zur Folge, dass es sich sowohl um Menschen handelte, die erst seit wenigen Wochen substituiert wurden, als auch um solche, die bereits seit Monaten oder gar Jahren in Therapie waren. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer lag bei 15,4 Jahren. Für knapp 1/3 der Patienten war es die erste Substitution. Die Auswertung nach etwa sechs Jahren erfolgte

⁸³ Vgl. Schneider, Die Suchtfibel, S. 190ff.

⁸⁴ **Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments** – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome.

⁸⁵ Vgl. Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht, S. 5.

anhand der gesicherten Daten von 1.493 Teilnehmern. Bei 54,6 % ergibt sich ein eher positives Ergebnis. 4 % gelten als gesichert und stabil abstinent. Zusätzliche 3,1 % waren im Zeitpunkt der Nachuntersuchung mindestens drei Monate abstinent. Ein kleiner Anteil von 1,5 % befindet sich nach der Substitution in einer weiterführenden Therapie mit dem Ziel der Abstinenz. Die übrigen positiv gewerteten 46 % weisen einen zumindest temporell stabilen Therapieverlauf vor.

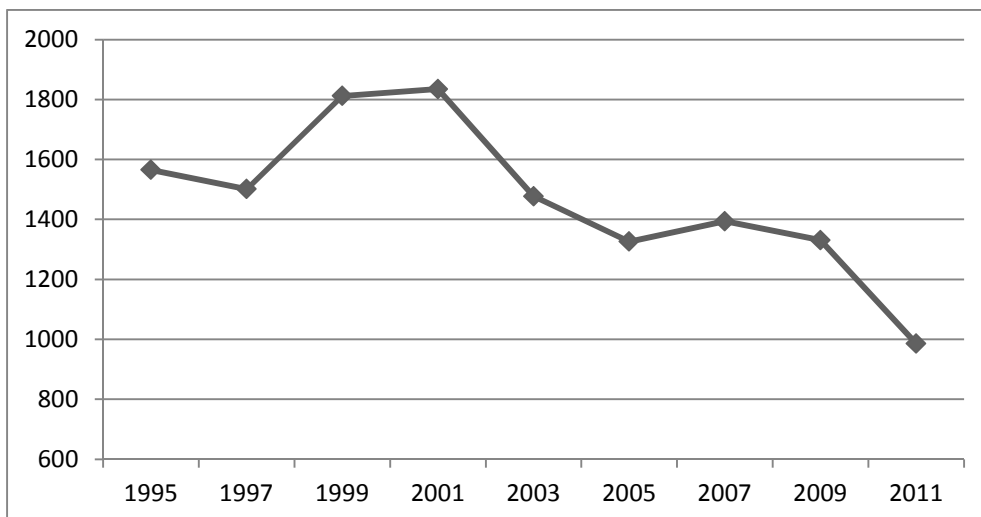
Bei 45,4 % war der Verlauf der Substitution eher ungünstig. In diesem Wert beinhaltet: Abbrüche, unklarer Verlauf, Haft oder Tod.⁸⁶

Ein wichtiges Indiz für die Zahl der Drogenabhängigen ist auch die Zahl der Erstkonsumenten. Zwar wird nicht jeder Erstkonsument abhängig aber wer nicht anfängt Drogen zu konsumieren kann auch nicht abhängig werden. Unabhängig vom Suchtmittel lässt sich sagen, dass nach dem Anfangswert in 1996 von 17.197 Erstkonsumenten, einem Höchstwert in 2000 mit 22.584 und einem Tiefstwert von 18.139, im Jahr 2009 nun wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist. Im Jahr 2011 meldet das BKA 21.315 Menschen, die zum ersten Mal harte Drogen konsumiert haben. Speziell bei Heroin ist jedoch ein deutlicher Rückgang zu melden. Der Höchstwert lag im Jahr 1996 bei 7.421 und ist bis 2011 auf 2.742 gesunken. Der Gebrauch von Kokain ist nach einem deutlichen Anstieg um das Jahr 2000 wieder ungefähr auf den Anfangswert von 3.343 zurückgegangen.⁸⁷

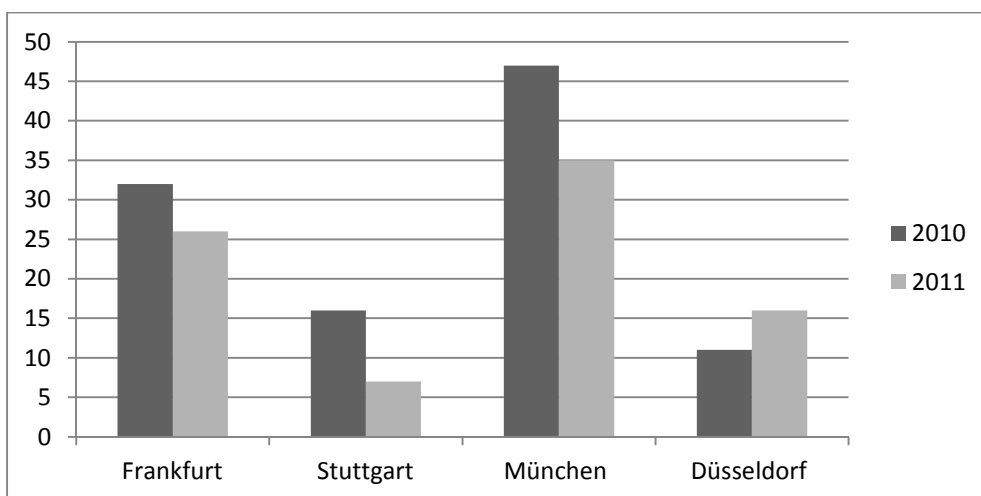
Die Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen waren in den letzten Jahren relativ konstant. Im Jahr 2011 waren es erstmals unter 1000, nämlich 986 Drogentote. Die Entwicklung der Zahlen lässt sich an folgendem Diagramm ablesen:

⁸⁶ Vgl. Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht, S. 115ff.

⁸⁷ Vgl. Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011, S. 242.

Abbildung 1: Drogentote in Deutschland⁸⁸

Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse des BKA fällt auf, dass es zwischen den Großstädten zum Teil starke Unterschiede gibt.

Abbildung 2: Drogentote nach Großstädten⁸⁹

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl von Drogentoten über zwei Jahre hinweg in vier exemplarisch ausgewählten Großstädten. Sowohl in Frankfurt als auch in Düsseldorf gibt es mindestens einen Konsumraum. In München und Stuttgart gibt es jedoch keine.

⁸⁸ Eigene Darstellung, Quelle: Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011, S. 247.

⁸⁹ Eigene Darstellung, Quelle: BKA (Hrsg.) Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011 Tabellenanhang, Tabelle 5.1.

Diagramm ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Drogentoten auch ohne die Gründung eines Konsumraumes gesunken sind. In Düsseldorf ist die Zahl der Verstorbenen sogar von 11 auf 16 angestiegen. Jedoch ist die Gesamtanzahl in München im Vergleich zu den drei anderen Städten deutlich am höchsten.

Festzustellen ist demnach: Die Zahl der Drogentoten in Deutschland insgesamt ist erneut gesunken.⁹⁰ Ob dies der Einfluss der Konsumräume ist, lässt sich nicht zweifelsfrei sagen. Die Betrachtung jeweils zweier Städte mit und ohne Druckraum kann dies jedenfalls nicht bekräftigen. Dennoch gibt es andere Zahlen, die darauf deuten, inwiefern niedrigschwellige Einrichtungen dazu beitragen, die Zahlen zu senken oder zumindest einen Anstieg zu verhindern. So registriert der Konsumraum Münster seit der Eröffnung vor rund 11 Jahren 184 lebensbedrohliche Notfälle, welche nur durch schnelles Eingreifen der Notärzte vor Ort ein gutes Ende nahmen.⁹¹

7.4 Ordnungspolitik

Der ordnungspolitische Vorsatz der akzeptierenden Drogenpolitik ist sicher als nachrangiger zu bezeichnen. Dennoch tragen niedrigschwellige Angebote ihren Teil dazu bei. Es liegt in der Natur der Sache, dass wer im Konsumraum spritzt oder den Kontaktladen besucht, sich in diesem Moment nicht am Bahnhof aufhalten kann. Die Einrichtungen bieten den Konsumenten eine angenehmere Aufenthalts-Alternative. Unentsorgte, gebrauchte Spritzen stellen sicher das gefährlichste Problem dar. Am Beispiel des Kontakt- und Konsumraumes in Münster zeigt sich, inwiefern zur öffentlichen Ordnung beigetragen wird. Im Jahresbericht 2011/2012 ist zu lesen, dass täglich rund 85 Besucher die Spritzenabgabe bzw. Tausch nutzen. Dabei geben einige gleich mehrere Spritzen ab, sodass es sich in der Woche auf ungefähr 3000 Spritzen beläuft. Der zusätzlich aufgebaute Spritzenautomat liefert nochmals durchschnittlich 250 Stück pro Woche.

⁹⁰ Vgl. Abbildung 1.

⁹¹ Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 32.

Diese insgesamt 3250 Spritzen und Kanülen können dank der sicheren Entsorgung in den Einrichtungen keinen Schaden in öffentlichen Anlagen anrichten.⁹²

Eine weitere Tendenz liefern die Häufigkeitszahlen von Rauschgiftdelikten. Wie im Fall der Drogentoten werden auch hier wieder exemplarisch die vier Städte herangezogen. Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf Delikte pro 100.000 Einwohner, sodass ein direkter Vergleich gezogen werden kann.

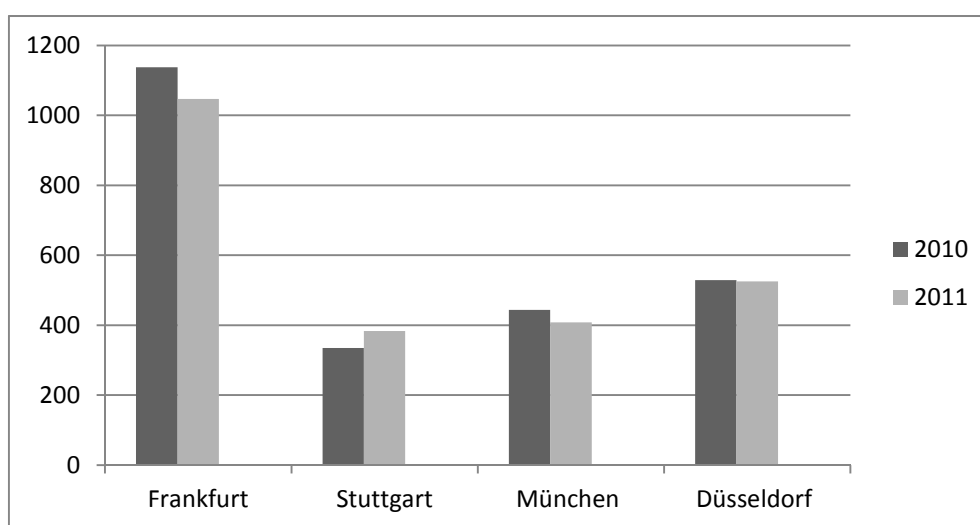


Abbildung 3: Rauschgiftdelikte in Großstädten pro 100.000 Einwohner⁹³

Ob eine Stadt über einen Konsumraum verfügt oder nicht, scheint bei der Reduzierung von Kriminalität keine Rolle zu spielen. Die Zahlen könnten sogar darauf hindeuten, dass diese Einrichtungen Rauschgiftdelikte fördern. Sowohl in München als auch in Stuttgart werden jährlich etwa 400 Delikte begangen. In Stuttgart ist die Tendenz leicht steigend. In den beiden Städten mit Konsumräumen, Frankfurt und Düsseldorf, sind die Zahlen deutlich höher. Frankfurt am Main liegt mit über 1000 Rauschgiftdelikten an der Spitze im Großstadt-Vergleich. Die Auswertung könnte darauf deuten, dass niedrigschwellige Angebote viele Süchtige

⁹² Vgl. INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO-Jahresbericht 2011/2012, S. 22ff.

⁹³ Vgl. Eigene Darstellung, Quelle: Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011, S. 241.

anlocken und wo mehr Drogenabhängige sind, könnten auch mehr Rauschgiftdelikte begangen werden.

8 Kritik

Die akzeptierende Drogenpolitik – an ihr scheiden sich die Geister. Solche Maßnahmen zur Schadensminderung wurden geschaffen um möglichst viele Drogenabhängige zu erreichen. Die gesundheitliche Situation soll verbessert und der Zugang zum Hilfesystem gewährt werden. Dieser Umgang mit dem Thema Drogen und Abhängigkeit bringt nicht nur positive Effekte mit sich. Es ergeben sich dadurch auch neue Problematiken oder innerhalb der Maßnahmen negative Entwicklungen, die so nicht geplant waren. Im Folgenden sollen diese kritischen Punkte erläutert werden.

8.1 Kein einheitlicher Umgang mit Drogen und Drogenpolitik

Die Bundesregierung hat Harm Reduction als dritte Säule fest in der Drogen- und Suchtpolitik integriert. Dennoch kann man nicht sagen, dass es in der Bundesrepublik eine einheitliche Richtlinie zum Thema Drogen gibt. Sowohl thematische als auch örtliche Differenzen sorgen für eine inkonsequente Positionierung.

Heroin ist illegal. Auch die Einführung von Konsumräumen oder die Substitution mit Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) hat daran nichts geändert. Der Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln ist gem. § 29 Abs. 1 Nr. 1 und 3 BtMG nach wie vor eine Straftat. Das sorgt für Unsicherheit. Einerseits wird ein Verstoß gegen § 29 BtMG mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren geahndet und andererseits schaffen Kommunen und Länder Einrichtungen, in denen man Heroin oder andere dafür vorgesehene Drogen konsumieren darf. Zwar wird wie bereits unter Punkt 6.1.1 und 6.3.1 erarbeitet, in diesen Fällen auf Strafverfolgung verzichtet aber an der grundsätzlichen Illegalität ändert das nichts. Die Politik muss an dieser Stelle aufpassen, dass kein falsches Bild entsteht. Manch einer könnte auf den Gedanken kommen, dass wenn die

Regierung ausdrücklich Räume dafür schafft, das Spritzen von Heroin erlaubt und kaum gesundheitsgefährdend sei.

Auch regional gibt es Unterschiede. Da das Betreiben eines Konsumraumes Ländersache ist, kommt es auf die jeweilige Regierung an, ob und in welchem Umfang das niedrigschwellige Hilfesystem ausgebaut ist. Lediglich in sechs Bundesländer, nämlich in Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland gibt es Konsumräume.⁹⁴ Zu befürchten ist ein Zulauf von Drogenabhängigen in diese Bundesländer.

8.2 Fehlende Vernetzung und zweifelhafte Zielsetzungen

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Einrichtungen und Ziele könnte der Verdacht aufkommen, dass das Konzept nicht richtig ausgearbeitet ist. Es fehlen gewisse Schnittstellen. Übergreifende Therapieangebote wären eine Lösung. Andere Strukturen und Bedingungen könnten dafür sorgen, dass eine Therapie für mehrere Menschen in Betracht kommt. Überspitzt formuliert: Mit den jetzigen Einrichtungen werden die Menschen in bestimmte Kategorien gedrängt. Die, die stark genug sind machen eine Therapie beziehungsweise Rehabilitation. Wer dies nicht schafft, verbleibt in den niedrigschwelligen Einrichtungen. Die Angebote sollten besser ineinandergreifen. Damit die Abhängigen, die etwas mehr Unterstützung brauchen auch die Chance bekommen weiterführende Hilfe zu erfahren. Die Programme müssen auf die entsprechende Zielgruppe angepasst werden. Es geht auch schrittweise und über Umwege zum jeweiligen Ziel. Auch die individuelle Lage der Süchtigen muss beachtet werden. So sollen Besucher der Konsumräume und Kontaktläden auf Therapieangebote aufmerksam gemacht werden. Das kollidiert etwas mit dem Begriff der Akzeptanz. Dem Abhängigen soll es selbst frei überlassen werden ob und wann er eine Therapie machen möchte. Trotzdem sollen die Einrichtungen auch in diese Richtung arbeiten. Besonders kritisch ist

⁹⁴ Vgl. Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, S. 158, Stand Juni 2012.

dies in Konsumräumen. Hierbei drängt sich die Frage auf: Wann ist der Moment, um über weiterführende Hilfe zu sprechen? Vor dem Konsum ist der Suchdruck wahrscheinlich viel zu groß um sich über so etwas Gedanken zu machen und danach sind die Menschen im Rauschzustand.⁹⁵ Es ist schwer, dies hier zu vereinbaren.

Auch die ordnungspolitischen Ziele der Politik sind umstritten. Das Stadtbild soll ‚gesäubert‘ werden und die öffentlichen Drogenszenen rund um Stadtparks und Bahnhöfe sollen aufgelöst werden.⁹⁶ In Konsumräumen und Kontaktläden werden die Drogenabhängigen dann aufgenommen. Hier könnte der Verdacht aufkommen, dass die Akzeptanz nur vorgeschoben ist und es vielmehr darum geht, nach außen ein sauberes Gesamtbild abzugeben. Die Problematik wird aus dem Blickfeld genommen. Für das städtische Erscheinungsbild mag dies vorteilhaft sein, jedoch nicht ohne zweifelhaften Nebenaspekt. Wenn das Umfeld nicht auf die bedenkliche Drogensituation aufmerksam gemacht wird, geht das Bewusstsein darum vielleicht bald ganz verloren. Auch die Politik stünde dann nicht mehr so unter Druck, sich dem Problem anzunehmen und dagegen zu steuern.

8.3 Konsumräume

Die Angaben dieses Unterpunktes beziehen sich auf die Auswertung der Frankfurter Konsumräume. Sicherlich können die dadurch gewonnenen Erkenntnisse nicht auf die gesamte Bundesrepublik übertragen werden. Dies ist jedoch bei den einzelnen Punkten auch nicht von Nöten. Die jeweiligen Ergebnisse geben Anlass zur Kritik und zeigen exemplarisch die problematischen Entwicklungen auf.

8.3.1 Erleichterung des Konsums

Konsumräume bieten räumlichen, strafrechtlichen und gesundheitlichen Schutz, vor allem für Heroinabhängige als Hauptklientel. Die Obhut dieser

⁹⁵ Vgl. Hüppe, Plenarprotokoll 14/90, 8327 A, s. Anlage 5.

⁹⁶ Vgl. Schäffer, s. Anlage 2, Frage 6.

Personen bedeutet in diesem Fall auch, der geschützte Konsum illegaler Drogen. Alternativen zum Spritzen im Konsumraum wurden bereits thematisiert.⁹⁷ Stress, unhygienische Bedingungen und Strafverfolgung wären unter Umständen damit verbunden. Auf eine gewisse Weise wird der Konsum also erleichtert. Trotzdem zählen die Einrichtungen zum Drogenhilfesystem. Moralisch ist das sicher strittig. Es könnte die Annahme entstehen, dass es nicht nötig sei, etwas gegen die Drogensucht zu unternehmen. Die Bedingungen, die geschaffen werden, könnten als Argumente für den Konsum verstanden werden. Der Leidensdruck und die Motivation in Richtung Drogenfreiheit könnten dadurch erheblich gemindert werden. Der Vorwurf, dadurch würden viele in der Sucht gehalten, könnte an dieser Stelle aufkommen. Gleiches gilt für die Substitutionstherapie. Die Auswertung der Frankfurter Konsumräume könnte als Bekräftigung dieses Kritikpunktes dienen. Das folgende Diagramm stellt die durchschnittlichen Konsumvorgänge eines Nutzers pro Jahr dar:

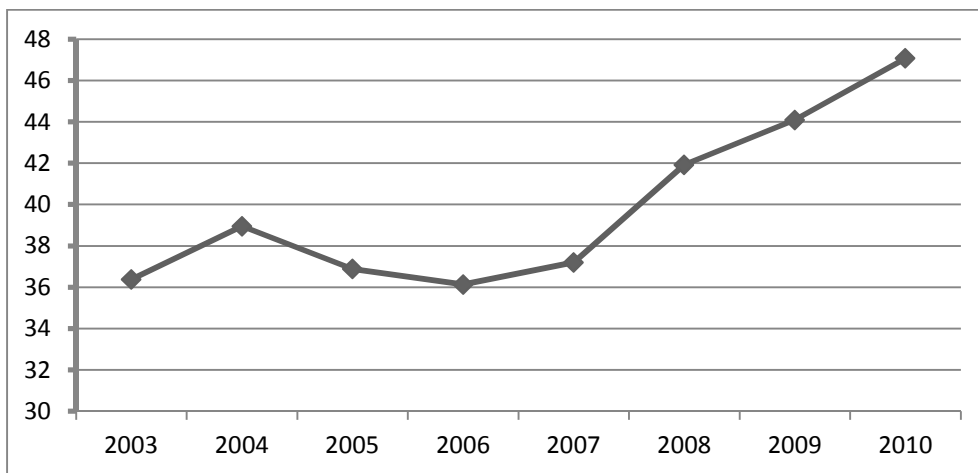


Abbildung 4: Konsumvorgänge pro Nutzer und Jahr⁹⁸

Die Werte des Diagramms setzen sich aus den Daten der protokollierten Anzahl der Konsumraumnutzer und den Konsumvorgängen zusammen.

⁹⁷ Vgl. Punkt 5.2.

⁹⁸ Eigene Darstellung, Quelle: Simmedinger/Stöver, Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010, S. 110.

Die Umrechnung auf den durchschnittlichen Konsum pro Kopf zeigt einen sehr deutlichen Anstieg. Während die Anzahl der Nutzer mit rund 4500 im Jahr, in den letzten Jahren relativ konstant blieb, haben die einzelnen Konsumvorgänge jedes Jahr zugenommen. Nach einem Anfangswert von 146.892 Vorgängen im Jahr 2003 sind es mittlerweile 215.844. Eine besorgniserregende Entwicklung.

Die Auswertung zeigt auch die Präferenz der einzelnen Drogen an. Während Kokain nahezu vollständig an Bedeutung verloren hat, ist der Konsum von Crack nach einem leichten Rückgang wieder auf 42 % angestiegen. Auch Heroin gewinnt wieder mehr an Bedeutung. Nach wie vor ist es mit 81 % die meistkonsumierte Droge im Konsumraum. Im Jahr 2003 waren noch 68 % der intravenösen Konsumvorgänge mit Heroin. Eine Entwicklung, die so sicher nicht geplant und gewollt war.⁹⁹

8.3.2 Gesundheitliche und soziale Situation

Neben der Reduzierung der Drogenabhängigen gilt auch die Verbesserung des Gesamtzustandes als wichtiges Ziel. Zweifelsohne gehören Kriterien wie Wohnsituation, Gesundheitszustand und Erwerbssituation dazu. Auch hierzu finden sich Angaben in der Konsumraum-Auswertung. In den jeweiligen Bereichen galt es als Ziel, Verbesserungen zu erreichen.

Die Wohnsituation hat sich im Verlauf von 2003 bis 2010 nicht verändert. Nach wie vor leben 13 % aller Nutzer in prekären Verhältnissen. Auch die Arbeitslosenquote ist relativ konstant hoch. Insgesamt ist sie nach einigen Schwankungen im Vergleich zu 2003 mit 62 % nun im Jahr 2010 mit 65 % wieder leicht angestiegen. Das Angebot der Drogenberatung wird in 2010 von 35 % wahrgenommen. Sieben Jahre zuvor lag der Wert noch bei 40 %.¹⁰⁰ Das alles könnte darauf deuten, dass Konsumräume die soziale und gesundheitliche Situation der Nutzer nicht verbessern konnten.

⁹⁹ Vgl. Simmedinger/Stöver, Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010, S. 110.

¹⁰⁰ Vgl. Simmedinger/Stöver, Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010, S. 112ff.

8.4 Gefahr für Mitarbeiter

Wie bereits ermittelt, sind viele Besucher von niedrighschwelligen Einrichtungen in sehr schlechter gesundheitlicher Verfassung. Die Erkrankung an Hepatitis und AIDS ist überdurchschnittlich hoch. Mitarbeiter dieser Einrichtungen sind daher in besonderem Maße der Ansteckungsgefahr ausgesetzt. Viele der abgegebenen Spritzen sind verunreinigt und potenzielle Überträger von Krankheiten. Es gelten besondere Vorsichtsmaßnahmen im Umgang damit. Da Hepatitis und HIV hauptsächlich durch Blut übertragen werden, besteht auch bei der Versorgung von Wunden oder Leistung von Notfallhilfe Gefahr der Infektion. Ohne Zweifel besteht auch die Möglichkeit, sich im Alltag mit den Viren zu infizieren jedoch liegt es nahe, dass für die Mitarbeiter in diesen Einrichtungen ein erhöhtes Risiko besteht.

Wenn in Konsumräumen die Möglichkeit zum Rauchen der Droge besteht, sind die Mitarbeiter unbedingt auf ein gutes Abluftsystem angewiesen, um nicht dem Passivrauchen ausgesetzt zu sein.

8.5 Substitution

Die Substitutionstherapie scheint an einigen Stellen noch verbesserungswürdig. Sowohl bei der Therapie selbst auch bei den Auswirkungen gibt es Ergebnisse, die so wohl nicht geplant waren.

8.5.1 Langzeit-Substitution

Im Gesetz, genauer im § 5 Abs. 1 S. 1 BtMVV, ist als Ziel ausdrücklich die Abstinenz festgelegt. Die PREMOS-Studie hat ergeben, dass lediglich etwa 4 % der Teilnehmer dieses Ziel erreicht haben.¹⁰¹ Daher scheint für einige Ärzte und Experten die Dauersubstitution eine gängige Alternative zu sein. Als primäres Ziel gilt in diesen Fällen nicht die Suchtmittelfreiheit, sondern die Verbesserung des Gesamtzustandes und Behandlung der Begleiterkrankungen. Für Ärzte ist dies nicht unproblematisch. Gesetzlich

¹⁰¹ Vgl. Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht, S. 119.

gefordert ist die Abstinenz und die Missachtung jener Forderung könnte ein Verstoß gegen den § 5 Abs. 1 BtMVV darstellen. Andererseits zeigt die Studie mit ihrem Ergebnis auch, dass die Abstinenz nicht das Ziel für alle sein kann. Das Substitutionsmittel Methadon macht ebenso süchtig wie Heroin.¹⁰² Die Abhängigkeit selbst wird also nur auf einen anderen Stoff verlagert. Weiterhin gilt es, psychische Erkrankungen oder Infektionen mit HIV und Hepatitis sowie der Kriminalisierung entgegen zu wirken. Wenn das gesetzliche Ziel Abstinenz zwingend angestrebt wird, könnte das dazu führen, dass die anderen Ziele und Behandlungen vernachlässigt werden. Dieser Zwiespalt macht die Substitution für Ärzte äußerst unattraktiv. Dem Substitutionsregister ist zu entnehmen, dass im Jahr 2012 von den 8416 zugelassenen Ärzten lediglich 2731 Substitutionstherapien durchführen. Das hat zur Folge, dass die behandelnden Ärzte immer mehr Patienten betreuen und jene zum Teil lange Anfahrtswege und Wartezeiten auf sich nehmen müssen. Insgesamt trägt das kaum zu einer erfolgreichen Behandlung bei.¹⁰³

8.5.2 Todesfälle und Gesamtverfassung

Neben der Abstinenz verfolgt die Substitution weitere Ziele. Der Gesamtzustand der Patienten soll verbessert werden. Die PREMOS-Studie liefert auch dazu Angaben. Immer wieder wurden Zwischenuntersuchungen gemacht, um festzustellen wie sich die Situationen und das Befinden der Teilnehmer verändern. Dazu wurde ein sogenannter „Gesamtwert“ ermittelt. Sowohl zu Beginn als auch nach einem Zeitraum von fünf bis sechs Jahren wurden hierzu Untersuchungen gemacht. Dabei stellt sich heraus: Bei Beginn der Studie besteht für 17,3 % ein hochproblematischer Gesamtwert. Im Verlauf der Therapie sollte sich dieser deutlich verbessern. Die Überprüfung nach rund fünf Jahren zeigt eine negative Entwicklung. Trotz Substitution weisen 21,9 %

¹⁰² Vgl. Drugcom, Drogenlexikon, Methadon, 22.02.13, s. Anlage 16.

¹⁰³ Vgl. Barsch u.a. Schäffer/Stöver (Hrsg.), Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis, S. 118ff.
Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.), Bericht zum Substitutionsregister Januar 2013, S. 2.

einen hochproblematischen Gesamtwert auf. Im psychosozialen Bereich konnten Verbesserungen hergestellt werden. Allerdings sind die Werte nach wie vor problematisch hoch. Zum Zeitpunkt t3 (nach fünf bis sechs Jahren) schätzen die Ärzte den Behandlungsbedarf für psychische Begleiterkrankungen auf 84,3 %. Eine tatsächliche Zusammenarbeit mit psychiatrischen Einrichtungen oder Psychotherapien findet jedoch lediglich zu 22,4 % bzw. 18 % statt. Von einer erfolgreichen Behandlung der Begleiterkrankungen kann in diesem Fall nur sehr bedingt gesprochen werden.¹⁰⁴

Es gibt nicht wenige Menschen in Therapie, die zu ihrem Substitutionsmittel andere illegale Drogen als Beikonsum zuführen. Nach etwa fünf Jahren stellt die Studie bei 40,7 % einen zusätzlichen Drogenkonsum fest. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Dosis des Substitutes zu gering eingestellt ist. Ein gleichzeitiger Gebrauch dieser Substanzen ist mit erheblichen Risiken verbunden. Von den 986 Todesfällen im Jahr 2011 wurde bei 213 Fällen als Todesursache das Substitutionsmittel angegeben, meist im Zusammenhang mit dem zusätzlichen Konsum anderen Drogen.¹⁰⁵ Man könnte vermuten, dass durch die Substitution zwar gesundheitliche Stabilisation hergestellt werden kann, aber im Zusammenhang mit den Substitutionsmitteln auch neue Todesursachen geschaffen wurden.

8.5.3 Arbeitsfeindliche Bedingungen

Durch die Drogensubstitution sollen die Menschen abstinent werden und wieder ins ‚normale‘ Leben eingegliedert werden. Betrachtet man die Bedingungen der Substitution genauer, so sind deutliche Einschränkungen zu erkennen. Durch die täglichen Besuche beim behandelnden Arzt mit eventuell längeren Anreise- und Wartezeiten lässt sich eine geregelte Arbeit nicht ohne Weiteres zeitlich unterbringen. Auch

¹⁰⁴ Vgl. Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht, S. 120ff.

¹⁰⁵ Vgl. Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht, S. 120.
Vgl. BKA (Hrsg.) Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011, Tabellenanhang, Tabelle 5.3.

durch die Einnahme der Substitutionsmittel sind die Patienten nicht für jede Arbeit einsetzbar. Das Reaktionsvermögen ist mitunter eingeschränkt.¹⁰⁶

9 Fazit

An dieser Stelle ein Fazit zu ziehen ist nicht einfach. Die Beurteilung der akzeptierenden Drogenpolitik ist nicht nur von Statistiken, sondern auch von Moral und dem eigenen Menschenbild geprägt. Das Krankheitsbild ist sehr komplex und für Menschen, die nicht davon betroffen sind, oftmals nicht nachzuvollziehen. Dass der Konsum von Heroin ansteigt, ist äußerst kritisch zu betrachten. Sicherlich lässt sich das nicht eindeutig auf die Einführung der Konsumräume zurückführen aber es ist klar, dass dies eine ungewollte Entwicklung ist. Wenn der Konsumraum nicht Ursache dafür ist, so kann er den Anstieg zumindest auch nicht verhindern. Es ist wissenschaftlich nicht zweifelsfrei nachweisbar dass, beziehungsweise inwiefern, Konsumräume Einfluss auf das Konsumverhalten der Drogenabhängigen haben. Auch die Rauschgiftkriminalität ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Die Ergebnisanalyse hat gezeigt, dass es in manchen Städten wie zum Beispiel Frankfurt am Main sehr viele Rauschgiftdelikte gibt. Ein Zusammenhang ist nicht zwingend. Dennoch könnte die Vermutung entstehen, dass an den Orten, an denen sich viele Drogenabhängige aufhalten, auch viele Drogen verkauft und konsumiert werden. Dies führt wiederum zu gesteigerter Kriminalität.

Immer wieder stößt man auf Widersprüche. Insgesamt könnte die Gefahr bestehen, dass ein völlig falsches Bild geschaffen wird. Durch die politische Unterstützung und Förderung der niedrighwelligen Angebote könnten die Folgen und Risiken von Heroin fälschlicherweise unterschätzt werden. Außenstehenden mag es suspekt vorkommen, dass es für eine angeblich fatale Droge Hilfseinrichtungen für einen geschützten Konsum gibt. Die Abhängigen dagegen sehen sich womöglich viel weniger in der Pflicht etwas gegen ihre Sucht zu unternehmen, wenn sie so viel

¹⁰⁶ Vgl. Wodarz, s. Anlage 1, Fragen 9 + 10.

Unterstützung erfahren. Auch nach ausführlicher Beschäftigung mit diesem Thema scheint der Bereich akzeptierende Drogenpolitik in sich nicht schlüssig. Hinzu kommt der moralische Gedanke an Hilfeleistung. Es entsteht ein gewisser Zwiespalt. Man könnte die Frage aufwerfen: Ist es Hilfe, jemandem den Konsum von Heroin zu erleichtern? Sollte man nicht alles daran setzen, die Menschen in ein drogenfreies Leben zu begleiten? Dies ist sehr umstritten. Es wirft außerdem neue Fragen auf. Wer entscheidet, welches Leben lebenswert ist? Darf man andere Menschen zwingen ein Leben zu führen, welches man selbst für richtig hält? Das würde bedeuten, jeden Drogensüchtigen in abstinenz-orientierten Programmen unterzubringen. Notfalls auch auf Drängen. Der Erfolg bei einer solchen Therapie ist fraglich. Die psychische Komponente der Abhängigkeit ist oft stark ausgeprägt. Wer sich gegen die Abstinenz sträubt, wird die Therapie nicht durchhalten und das Ziel nicht erfüllen können. Mitunter könnte es sogar passieren, dass Mitpatienten, welche noch nicht vollständig stabilisiert sind, sich mitreißen lassen. Für den Erfolg der kompletten Gruppe wäre das sehr gefährlich. Es kann also nicht die Lösung sein. Womit wieder die Ausgangssituation erreicht wäre: drogenabhängige Menschen, für die eine Therapie nicht infrage kommt. Ohne niedrigschwellige Angebote würden viele dieser Menschen im Elend leben. Hier spielen sowohl moralische Verpflichtungen als auch das Festhalten an die Menschenwürde eine wichtige Rolle. Eine Unterkunft, die warme Mahlzeit, Möglichkeiten zum Duschen und Waschen oder auch ein freundliches Wort und die Gesellschaft anderer Menschen sollten grundsätzlich für jeden erreichbar sein.

Spritzenaustausch-Programme tragen zudem einen wichtigen Teil zur HIV- und Hepatitis-Prävention bei. Jede verhinderte Neuinfektion ist ein Erfolg. Die vielen abgegebenen Spritzen sind ein großer Fortschritt in diese Richtung.

Die akzeptierende Drogenpolitik muss als Instrument betrachtet werden, suchtkranke Menschen aufzufangen und sie zu stabilisieren. Das Recht auf eigene Entscheidung über das Leben sollte dabei berücksichtigt

werden. Durch kleinere Wundversorgungen und das Gefühl aufgehoben zu sein, werden die Menschen stark gemacht. Im besten Fall so stark, dass sie sich aus freien Stücken zu einer Therapie bereit erklären. Für einige Abhängige mag das nicht mehr möglich sein. Wer jahrelang schwer drogenabhängig krank war, dem fehlen womöglich die Kraft und das Engagement dazu. In diesen Fällen unterstützen die Einrichtungen bei der Bewältigung des täglichen Lebens und leisten im traurigsten Fall eine Art Sterbebegleitung.

Ob für oder gegen die akzeptierende Drogenpolitik, ein Kompromiss ist wohl schwer zu finden. Die eindeutigen Belege und Fakten, für oder gegen sie, gibt es nicht. Allenfalls entstehen Tendenzen und Richtungen, die ausgelegt werden können. Es werden wohl immer Einzelfallentscheidungen sein, welcher Weg der geeignete ist. Zu hoffen ist, dass Therapeuten und Mitarbeiter der Einrichtungen sich ihrer Aufgaben und Bedeutung bewusst sind. Wünschenswert wäre, das Netzwerk auszubreiten. Damit stabile Menschen weiterkommen, eine Arbeitsstelle finden und beispielsweise ihre finanzielle Situation meistern können. Die verschiedenen Stellen des Suchthilfenetzwerkes sollen eng verknüpft zusammenarbeiten um denen zu helfen, die es schaffen können und für die da zu sein, denen es nicht möglich ist. Immer im Hinterkopf den Gedanken bewahren, auch Vorbild zu sein. In Bezug auf Prävention macht es wenig Sinn das Bild zu vermitteln, Drogen zu nehmen sei vollkommen in Ordnung und wer keine Therapie machen will, erfährt trotzdem vollste Unterstützung. Eine schmale und spannende Gratwanderung also.

In der Gesamtheit ist es wohl so, dass die Notwendigkeit und Effizienz der akzeptierenden Drogenpolitik oftmals nicht streng wissenschaftlich zu belegen sind. Moralische Aspekte und die Verpflichtung als Gesellschaft solche Menschen aufzufangen, können jedoch auch in keiner Statistik zum Ausdruck gebracht werden.

Literaturverzeichnis

Barsch, Gundula u.a. in: Schäffer, Dirk/Stöver, Heino (Hrsg.):
Drogen/HIV/AIDS/Hepatitis, 2. Auflage, Berlin 2011

Blaues Kreuz, Suchtkrankenhilfe: Informationen über Sucht und
Abhängigkeit, Informationen für Suchtgefährdete; [http://www.blaues-
kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-abhaenige.html](http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-abhaenige.html) [06.02.2013]
(zitiert als Blaues Kreuz, Informationen über Sucht und Abhängigkeit,
06.02.13)

Bracht, Marina u.a. in: Heudtlass, Jan-Hendrik/Stöver, Heino (Hrsg.):
Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung,
Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen, Band 37, 3. Auflage,
Gütersloh/Bremen 2005
(Zitiert als Bracht u.a. Heudtlass/Stöver (Hrsg.), Risiko mindern beim
Drogengebrauch)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.): Bericht
zum Substitutionsregister Januar 2013, Bonn 2013;
[http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substitReg/substitreg-
node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substitReg/substitreg-
node.html)

Bundeskriminalamt (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik
Deutschland Berichtsjahr 2011, Wiesbaden 2012;
[http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__nod
e.html](http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__nod
e.html)
(Zitiert als Bundeskriminalamt (Hrsg.), Polizeiliche Kriminalstatistik 2011)

Bundeskriminalamt (Hrsg.): Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011
– Tabellenanhang, Wiesbaden 2012;

http://www.bka.de/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html?__nnn=true

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.); <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

(Zitiert als BZgA (Hrsg.), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011)

Anmerkung: vorgegebene Zitierweise durch die BZgA

Brockhaus - Die Enzyklopädie, 20. Auflage, Band 1, Leipzig, Mannheim 1996

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht Mai 2011, Berlin 2011; <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2011-02/drogen-und-suchtbericht-2011.html>;

(Zitiert als Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht 2011)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht Mai 2012, Berlin 2012; <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-drogen-und-suchtbericht-2012.html>

(Zitiert als Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Drogen- und Suchtbericht 2012)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Sucht, Illegale Drogen, Substitution; <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen->

und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/substitution.html
[20.02.13] (zitiert als Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung,
Substitution)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Nationale
Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. 15. Februar 2012, Berlin 2012.
[http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-
nationale-strategie.html](http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-nationale-strategie.html)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Pressemitteilung:
Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Drogenbeauftragten
der Bundesregierung passiert das Bundeskabinett, 15. Februar 2012,
Nr.1. Berlin 2012; [http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen
/2012-01/pm-nationale-strategie.html](http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2012-01/pm-nationale-strategie.html)

(Zitiert als Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.),
Pressemitteilung vom 15.02.12)

Drugcom: Drogenlexikon; Entzugserscheinung;
[http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-e/entzugserscheinung/
\[16.02.13\]](http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-e/entzugserscheinung/) (Zitiert als Drugcom, Drogenlexikon, Entzugserscheinung,
16.02.13)

Drugcom: Drogenlexikon; Heroin;
[http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-h/heroin/ \[19.04.13\]](http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-h/heroin/)
(zitiert als Drugcom, Drogenlexikon, Heroin, 19.04.13)

Drugcom: Drogenlexikon; Kokain
[http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-k/kokain/ \[19.04.13\]](http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-k/kokain/)
(Zitiert als Drugcom, Drogenlexikon, Kokain, 19.04.13)

Drugcom: Drogenlexikon; Methadon;
[http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-m/methadon/ \[19.04.13\]](http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-m/methadon/)
(Zitiert als Drugcom, Drogenlexikon, Methadon, 19.04.13)

Drugscouts: Drogen &Info, Lexikon; <http://www.drugscouts.de/de/lexikon> [16.02.2013] (zitiert als drugscouts, Lexikon, 16.02.13)

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

(Hrsg.): Jahresbericht 2012, Stand der Drogenproblematik in Europa, Luxemburg 2012; <http://www.dbdd.de/>
(Zitiert als EBDD (Hrsg.), Jahresbericht 2012)

INDRO e.V. (Hrsg.): INDRO-Jahresbericht 2011/2012.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit, Drogentherapeutische Ambulanz, Psychosoziale Betreuung, Betreutes Wohnen, Migrantprojekt. Internationale Informations- und Koordinationsstelle, Herausgabe einer Buchreihe zur Drogenthematik, Internetpräsenz und Online-Beratung Öffentlichkeitsarbeit. Berichtszeitraum: 01.07.2011 - 30.06.2012, 250. Auflage, Münster 2012; <http://www.indro-online.de/startindexdeutsch.htm>
(Zitiert als INDRO e.V. (Hrsg.), INDRO Jahresbericht 2011/2012)

International Harm Reduction Association (Hrsg.): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association, London 2010; <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
(Zitiert als International Harm Reduction Association (Hrsg.), Was ist Harm Reduction?)

Kathalonigg, Oskar: Die Zulassung von Drogenkonsumräumen und strengere Kriterien bei der Substitution – das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, in: NJW 2000, S.1217-1225.

Köper, Lydia: Therapie einer Opioidabhängigkeit mit der Substitutionstherapie, in: Ratgeber Substitutionstherapie, Informationen für Betroffene und Angehörige: Therapie; <http://www.substitutionstherapie.com/therapie/> [21.04.13] (zitiert als Köper, Ratgeber Substitutionstherapie, Therapie, 21.04.13)

Köthner, Urs u.a. in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V./akzept e.V. (Hrsg.): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum, Berlin 2011; <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/gesundheitschaeden-verhindern-leben-retten> (Zitiert als Köthner u.a. DAH/akzept e.V. (Hrsg.), Drogenkonsumräume in Deutschland)

Marcus, Ulrich/Starker, Anne in: Robert Koch Institut (Hrsg.): HIV und AIDS, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 31, Berlin 2006; http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/hiv_aids_inhalt.html (Zitiert als Marcus/Starker, RKI (Hrsg.), HIV und AIDS)

Mauss, Stefan u.a. in: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): virus hepatitis, 11. Auflage, Berlin 2011; <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/hepatitis-c-gefahren-der-gesundheitspolitik-zu-wenig-bewusst> (Zitiert als Mauss u.a. DAH (Hrsg.) Virus Hepatitis 2011)

Pfeiffer-Gerschel, Tim u.a. in: DBDD/IFT u.a. (Hrsg.): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland, Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2011/2012, Berlin 2012; <http://www.dbdd.de/content/view/59/113/> (Zitiert als Pfeiffer-Gerschel u.a. IFT u.a. (Hrsg.), Bericht 2012 des nationalen REITOX- Knotenpunkts an die EBDD)

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin 2007

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin, aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health. Virushepatitis B, C und D im Jahr 2011, 24. September 2012 / Nr. 38; <http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/47/Tabelle.html>

(Zitiert als RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 38/2012)

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin, aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health. Zum Welt-AIDS-Tag 2010, 22. November 2010 / Nr. 46;

<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/46/Tabelle.html>

(Zitiert als RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 46/2010)

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin, aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health. Zum Welt-AIDS-Tag, 21. November 2011 / Nr. 46;

<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/46/Tabelle.html>

(Zitiert als RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 46/2011)

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin, aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public health. Zum Welt-AIDS-Tag, 26. November 2012 / Nr. 47;

<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/47/Tabelle.html>

(Zitiert als RKI (Hrsg.), Epidemiologisches Bulletin Nr. 47/2012)

Safer use Spritzenautomatenprojekt NRW, safer use, Risiken beim Spritzen; http://www.saferuse-nrw.de/SaferuseNRW/front_content.php?idcat=623 [19.04.13]

(Zitiert als Safer use, Risiken beim Spritzen, 19.04.13)

Schneider, Ralf: Die Suchtfibel, Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte, 16. Auflage, Baltmannsweiler 2011

(Zitiert als Schneider, Die Suchtfibel)

Simmedinger, Renate/Stöver, Heino, in: Institut für Suchtforschung (ISFF) Fachhochschule Frankfurt am Main (Hrsg.): Auswertung der

Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010. Dokumentationszeitraum 01.01. – 31.12.2010, Frankfurt am Main November 2011;
<https://www.fh-frankfurt.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff/projekte3/konsumraumdokumentation.html>
(Zitiert als Simmedinger/Stöver (Hrsg.), Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2010)

Springer, Alfred: Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales, Wien 2003; <http://www.konsumraum.de/dta/info.html>
(Zitiert als Springer, Konsumräume)

Stehle, Manfred: Praxis der Kommunalverwaltung, Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Band 6 KW, Anhang 6, 2009
(Zitiert als Stehle, Praxis der Kommunalverwaltung, Band K6 BW, Anhang 6)

Tretter, Felix: Suchtmedizin kompakt, Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, 2. Auflage, Stuttgart 2012
(Zitiert als Tretter, Suchtmedizin kompakt)

Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (Hrsg.): 2006 Jahresberichte Fachbereich Drogenhilfe, Erscheinungsjahr unbekannt;
http://www.cafefix.de/html/infomaterial_berichte.htm

Vista, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH: Projekte, Birkenstube; <http://www.vistaberlin.de/index.php?id=46>
[22.03.13] (zitiert als Vista, Projekte, 22.03.13)

Vista, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH: Unternehmen, Transparenz; <http://www.vistaberlin.de/index.php?id=325>
[22.03.13] (zitiert als Vista, Unternehmen, 22.03.13)

Weber, Klaus: Betäubungsmittelgesetz (BtMG), 3. Auflage 2009

Wittchen, Hans-Ulrich u.a.: PREMOS, Substitution im Verlauf, **Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments** – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden 2011;

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/substitution.html>

(Zitiert als Wittchen u.a. PREMOS Schlussbericht)

Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig und nur unter der Verwendung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Ludwigsburg, 30.04.2013

Jaqueline Schmid