

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	
Abkürzungsverzeichnis	
1 Einleitung.....	
1.1 Fragestellung und Ziel	
1.2 Aufbau der Arbeit	
2 Aktueller Kenntnisstand	
2.1 Die Anfänge der Drogenpolitik in Deutschland	
2.1.1 Definition traditioneller Drogenarbeit.....	
2.1.2 Der Begriff der akzeptierenden Drogenarbeit.....	
2.2 Die aktuelle Situation drogensüchtiger Menschen	
2.2.1 Gesellschaftlicher	
2.2.2 Substitutionsangebote für Süchtige	
2.2.3 Suchtbegleitende Problematiken.....	
3 Methodik.....	
3.1 Systematische Literaturrecherche	
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	
3.1.2 Suchstring der Recherche.....	
3.2 Resultate	
4 Ergebnisse	
4.1 Studie 1	
4.2 Studie 2	
4.3 Studie 3	
4.4 Studie 4	
4.5 Beantwortung der Forschungsfrage	
5 Diskussion und Fazit.....	
6 Ausblick.....	
Literaturverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	

Abstract

Abkürzungsverzeichnis

BtM Betäubungsmittel

BtMG Betäubungsmittelgesetz

1 Einleitung

In Deutschland leben schätzungsweise rund 166.000 Menschen, die opioidabhängig sind. Dies geht aus der Antwort der Bundesregierung hervor (Kraus et al., 2019). Die Gesamtzahl basiert auf einer Studie für das Jahr 2016. Demnach zeigen sich im Vergleich zu früheren Schätzungen bezogen auf die vergangenen 20 Jahre nahezu keine Veränderungen der Anzahl der Menschen mit einer Opioidabhängigkeit in Deutschland (Statista, 2022). Die Auswertung ergab, dass die meisten Suchtkranken in Nordrhein-Westfalen (= 53.851) leben. Jedoch muss davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer der aktuell Opioidabhängigen weit höher liegt als die ermittelte Anzahl. Deutschlandweit starben im Jahr 2021 rund 1.826 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Dies stellt laut dem Drogenbeauftragten der Bundesregierung den höchsten Stand seit 20 Jahren dar. Wird die Belastungszahl mit Drogentodesfällen betrachtet, sind die Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie das Saarland besonders stark betroffen. Nach wie vor lässt sich ein gutes Drittel der Todesfälle auf Vergiftungen mit Opiaten und Opioiden zurückführen. So starben 2021 bundesweit 491 Menschen durch Heroin oder Morphin, allein oder in Kombination mit anderen Substanzen. Knapp die Hälfte der Drogentoten starben nach dem Konsum von Heroin oder Morphin. Ein weiteres zentrales Gesundheitsproblem bei intravenösem Drogengebrauch stellen Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder HIV dar. So sind in Deutschland rund zehn Prozent der HIV-Neuinfektionen und 75 Prozent der Hepatitis-C-Neuinfektionen auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen (Statista, 2022). Die Substitutionsbehandlung – als Teil der akzeptierenden Drogenarbeit – ist daher eine der effektivsten Möglichkeiten, um das Leben, die Selbstbestimmung und die Teilhabe von opiatabhängigen Menschen zu schützen, vor allem wenn man bedenkt, dass die Abhängigkeit von Opioiden weltweit zu den häufigsten substanzbezogenen Störungen zählt. Sie ist für den größten Teil der Belastung durch Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung, die durch Drogen verursacht werden, verantwortlich (Degenhardt et al. 2013). Opioide weisen starke körperliche und pharmakologisch ableitbare Abhängigkeitsrisiken auf (Schäfer, 2011). Insbesondere der intravenöse Konsum geht mit einem nicht unerheblichen Risiko einher, durch übertragbare Infektionen zu erkranken (Strathdee, et al. 2010) oder an einer Überdosis beziehungsweise den langfristigen Folgen des Konsums zu sterben (Arendt et al. 2011).

1.1 Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit soll nun, anknüpfend an die oben dargestellte problematische Situation, einen Beitrag dazu leisten, die zukünftigen Möglichkeiten der akzeptierenden Drogenarbeit in Deutschland auszuloten und die weitere Umsetzung zu diskutieren. Hierzu werden zunächst die Entwicklung der Drogenarbeit von ihren Anfängen bis heute dargestellt und in einem nächsten Schritt die traditionelle mit der akzeptierenden Drogenarbeit verglichen. Die Konflikte zwischen den beiden Ansätzen werden ebenso berücksichtigt wie das Problem der Stigmatisierung Opioid-abhängiger Menschen.

Die Fragestellung, die sich daraus ableitet und als roter Faden durch die Arbeit führt, lautet wie folgt:

„Auf welche Weise lässt sich die akzeptierende Drogenarbeit in Deutschland weiter etablieren?“

Unterstützende Subfragen, die sich daraus ergeben sind

1. Welche Aspekte ermöglichen eine zukunftsweisende, entkriminalisierte Drogenpolitik?
2. Inwieweit müssen Substitutionsangebote erweitert werden, um einen niedrighschwelligen, legalen Konsum zu gewährleisten?

1.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird hinleitend zur Fragestellung nach der Etablierung akzeptierender Drogenarbeit ein geschichtlicher Abriss darüber gegeben, wie sich die Drogenpolitik in Deutschland entwickelt hat. Dabei sind internationale Hintergründe ebenso berücksichtigt, um den Zusammenhang nachvollziehen zu können. Im theoretischen Teil der Arbeit wird weiterhin die traditionelle der akzeptierenden Drogenarbeit gegenübergestellt und die derzeitige Situation drogensüchtiger Menschen in Deutschland dargestellt. Hierbei spielen auch die gesellschaftliche Stigmatisierung und die allgemeinen suchtbegleitenden Problematiken eine Rolle. Abschließend soll der mögliche Beitrag der sozialen Arbeit zugunsten einer akzeptierenden Drogenpolitik beschrieben werden.

Im folgenden Kapitel 3 wird die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit erläutert. Es wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, deren klassischer Ablauf zu erklären ist, um schließlich die Ein- und Ausschlusskriterien der Recherche festzulegen. Daraufhin erfolgt die Darstellung des Suchverlaufs, woraus die Übersicht der Resultate hervorgeht. Im Ergebnisteil schließlich werden die ausgewählten Studien beziehungsweise Übersichtsarbeiten einzeln dargestellt und deren Mehrwert für die definierte Fragestellung analysiert. Nachdem diese explizit beantwortet wurde, gibt die anschließende Diskussion Raum für Rückschlüsse auf den zukünftigen Umgang mit akzeptierender Drogenarbeit und mögliche positive Entwicklungen.

2 Aktueller Kenntnisstand

2.1. Die Anfänge der Drogenpolitik

Die Grundannahme aller Drogenpolitik ist es, dass der Umgang mit bestimmten Substanzen – Produktion, ihr Handel, ihr Konsum und anderes mehr – steuerungsbedürftig ist. Die Zielsetzungen dieser Steuerung sind allerdings nicht einheitlich, sondern können von der ausdrücklichen Förderung oder Subventionierung bestimmter legaler Drogen über Verbote bestimmter anderer Substanzen bis hin zur Durchsetzung einer sogenannten drogenfreien Gesellschaft reichen (Schmidt-Semisch, 2020). Dementsprechend hat Drogenpolitik immer auch Schnittpunkte mit anderen Politikbereichen, etwa mit Außen-, Wirtschafts-, Innen-, Sozial- oder Gesundheitspolitik, und steht damit unter dem Einfluss vieler verschiedener Akteure mit sehr unterschiedlichen Interessen. Eine solche Mischung unterschiedlicher Interessenlagen bestimmte zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum Beispiel die Entstehung des globalen Drogenverbots, das auch unseren heutigen Umgang mit Heroin, Kokain, Cannabis und weiteren Substanzen noch wesentlich prägt.

Der ökonomische Expansionsdrang der USA richtete sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter anderem auf die vermeintlich unerschöpflichen Märkte des Ostens, insbesondere auf China, zu dem die USA aber weder militärische noch diplomatische Verbindungen hatten. Im 19. Jahrhundert hatte China mehrfach versucht, sich gegen die immensen Opiumeinfuhren durch die Engländer zu wehren, war aber in den sogenannten an der militärischen Übermacht Englands gescheitert. Das Ziel der USA war dementsprechend ein internationales Abkommen, das Opium explizit verbieten sollte. Als im Februar 1909 die von den USA initiierte Internationale Opiumkommission in Schanghai zusammentrat, war dies der erste Schritt zu einem globalen Verbot einer Vielzahl ganz unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen (Scheerer, 2019, S. 388). Da die Resolutionen von Schanghai keinen verbindlichen Charakter hatten, sollten die notwendigen Beschlüsse auf einer Nachfolgekonferenz Ende 1910 oder Anfang 1911 in Den Haag gefasst werden. Fast alle der von den USA eingeladenen Nationen hatten daraufhin ihre Bereitschaft zur Fortschreibung der Ergebnisse von Schanghai bekundet, lediglich England zögerte seine Zusage zur Konferenz heraus. Wohl um bei einem Opiumverbot nicht als die moralischen, ökonomischen und alleinigen Verlierer dazustehen, knüpften die Briten ihre verspätete Zusage schließlich an folgende Bedingung: Alle teilnehmenden Mächte sollten sich vor dem Zusammentreten der Konferenz verpflichten, die zu beschließenden Kontrollen für Opium in gleicher Härte auch auf Morphin, Heroin und Kokain anzuwenden. Treffen wollten die Briten mit diesem diplomatischen Schachzug vor allem das Deutsche Reich, das seinerzeit der weltgrößte Hersteller und Exporteur chemischer

und pharmazeutischer Produkte war und daher kein Interesse an einer restriktiven Regulation oder gar einem Verbot dieser Substanzen haben konnte. Und tatsächlich ging diese Strategie dahingehend auf, dass nun Deutschland eine Reaktion auf die britischen Vorstöße hinauszögerte, sodass die Konferenz in Den Haag erst im Dezember 1911 zusammentreten konnte (Scheerer, 2019, S. 392). Das Ergebnis dieser Konferenz war, dass das Inkrafttreten der ausgehandelten Konvention verschoben wurde, bis alle maßgeblichen Staaten ihren Beitritt erklärt hätten. Weitere Konferenzen, die zwischen 1911 und 1914 stattfanden, führten allerdings nicht zu einer allseitigen Ratifizierung der Konvention, und auch Deutschland setzte sie nicht in nationales Recht um. "Was drei Konferenzen nicht vermochten, wurde letzten Endes durch den Ersten Weltkrieg entschieden. Die ausstehende deutsche Ratifizierung wurde zu einem Bestandteil des Versailler Vertrags gemacht und mit dessen Unterzeichnung das Opiumabkommen ratifiziert (Groenemeyer, 2012, S. 441). Mit der Unterzeichnung des Versailler Vertrags, verpflichtete sich Deutschland, binnen Jahresfrist ein eigenes Opiumgesetz zu verabschieden, Dieses Gesetz machte Opium und seine Derivate sowie Kokain verschreibungspflichtig und sah bei Zuwiderhandlungen bis zu sechs Monate Freiheitsentzug oder eine Geldstrafe vor. In der 1929 verabschiedeten Fassung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) wurden schließlich auch die auf der zweiten Genfer Opiumkonferenz von 1925 beschlossenen Vereinbarungen umgesetzt: Erfasst wurden Opium und Opiate (etwa Morphin und Heroin), Koka und Kokain sowie (nun auch) Cannabis, wobei die Möglichkeit vorgesehen war, dem Opiumgesetz ständig neue Stoffe durch Rechtsverordnung zu unterstellen (Holzer 2007, S: 31). Für die Nationalsozialisten waren Drogenkonsumierende "asoziale Elemente", die zur "Schädigung der Volksgesundheit" beitrugen. Sie schlachteten die "Rauschgiftsucht" "propagandistisch als Zeichen völkischer Dekadenz und jüdischer Zersetzung aus" (Scheerer, 1989, S. 287). Drogen- und Alkoholabhängige wurden als degeneriert angesehen, die Maßnahmen gegen sie reichten von zwangsweisen Entzugsbehandlungen über Entmündigungen bis hin zu Zwangssterilisationen und Deportationen in Konzentrationslager (Groenemeyer, 2012, S. 131). Zugleich wurden Arbeiter und Arbeiterinnen, vor allem aber auch Soldaten in erheblichem Ausmaß mit dem hochwirksamen Methylamphetamin Pervitin versorgt. Zwar habe, so der Autor Norman Ohler, der gezielte Drogengebrauch im Krieg eine lange Tradition und vor allem Alkohol sei seit Jahrhunderten zur Enthemmung und zum Abbau von Ängsten eingesetzt worden, aber "die deutsche Wehrmacht [war] die erste Armee der Welt, die eine synthetische Droge zur unmittelbaren Leistungssteigerung und Reduktion der Kampfhemmung einsetzte (Ohler, 2019, S. 73). In den Jahren nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs änderte sich rechtlich zunächst nicht viel. Zugleich stieg die Zahl der Opium- und Morphinabhängigen zwar etwas an, was aber im Wesentlichen darauf zurückzuführen war, dass Kriegsverletzte längere Zeit mit diesen Opiaten medizinisch behandelt worden waren und dabei eine Abhängigkeit entwickelt hatten

(Groenemeyer, 2012, S. 444) Dem Zeithistoriker Tilmann Holzer zufolge waren die Jahre nach 1945 keineswegs mit jenen nach dem Ersten Weltkrieg vergleichbar, als sich eine regelrechte "Morphinistenszene" unter Veteranen und ihrem Umfeld entwickelt hatte (Holzer, 2007, S. 445). Vielmehr sei das Auffallendste am Drogenkonsum in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg (und bis Ende der 1960er Jahre) seine geringe Verbreitung sowie seine Alters- und Sozialstruktur gewesen: Zum einen habe man unter den vergleichsweise wenigen Drogenabhängigen nur sehr wenige Personen unter 30 Jahren gezählt; zum anderen seien diese Personen nahezu durchgängig zu den "klassischen Morphinisten" zu zählen gewesen, das heißt zu einer Personengruppe, die einen privilegierten Zugang zu den entsprechenden Substanzen hatte. Neben den bereits erwähnten Kriegsverletzten waren dies vor allem Menschen in "Heilberufen", allen voran also Ärzte und Ärztinnen sowie Apotheker und Apothekerinnen, aber auch Krankenschwestern und Pfleger. Es handelte sich bei den "klassischen Morphinisten" also um Personen, die gesellschaftlich integriert und zugleich darauf bedacht waren, ihre Sucht zu verbergen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass in Westdeutschland bis Mitte der 1960er Jahre kein Drogenproblem im heutigen Sinne existierte, und zwar weder mit Blick auf die Zahl der Konsumenten und Konsumentinnen noch in Bezug auf den öffentlichen Diskurs (Groenemeyer, 2012, S. 445). Diese Situation änderte sich ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre grundlegend, denn nun sorgte ein völlig neuer Typus an Konsumierenden für Aufsehen: Es handelte sich nun nicht mehr vor allem um integrierte Erwachsene oder Kriegsveteranen, die ihren Konsum zu verbergen trachteten, sondern in erster Linie um junge Menschen, die sich als Protestbewegung formierten und unter anderem mit ihrem Drogenkonsum ein öffentliches Zeichen der Rebellion gegen das etablierte Bürgertum und die "durch den Nationalsozialismus geprägte deutsche Alltagskultur ihrer Elterngeneration" setzen wollten (Holzer, 2007; S. 445). Aber was die Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Symbol der Freiheit betrachteten, dramatisierten große Teile der Öffentlichkeit, der Medien und der Politik zunehmend zu einem Kulturkampf: "Der allgemeine Gesellschaftskonflikt wurde am Drogenproblem festgemacht, der Konsum von Marihuana und LSD wurde zu einem Symbol des Jugendprotests und damit zu einem Sündenbock für Verwahrlosung und Sittenverfall stilisiert, so dass die Forderungen nach härteren staatlichen Sanktionen, die die Ausweitung des Drogenkonsums unterbinden sollten, immer lauter wurden (Groenemeyer, 2012, S. 446).

Als eine der Maßnahmen des von der Bundesregierung am 12. November 1970 beschlossenen "Aktionsprogramms zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht" wurde am 22. Dezember 1971 im Deutschen Bundestag das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verabschiedet, welches das Opiumgesetz von 1929 ablöste. In der Begründung heißt es, das Gesetz solle den Missbrauch von Rauschgiften, der sich "einer Seuche gleich" in der Bundesrepublik ausbreite, respektive der "Rauschgiftwelle" Einhalt gebieten und damit "den jungen Menschen

vor schweren und nicht selten irreparablen Schäden an der Gesundheit und damit vor einer Zerstörung seiner Persönlichkeit, seiner Freiheit und seiner Existenz" bewahren (Bundestagsdrucksache, 1971, S. 5). Das neue Gesetz bezog mehr Substanzen in seinen Geltungsbereich ein, weitete die Befugnisse von Bundesgesundheitsamt sowie Bundesopiumstelle aus, erhöhte die Höchststrafen für Drogendelikte von drei auf zehn Jahre Freiheitsentzug und schränkte das Recht auf Postgeheimnis sowie das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung beim Verdacht auf Drogendelikte ein (Holzer, 2007, S. 99). Zehn Jahre später wurde das BtMG durch das Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts reformiert, das am 1. Januar 1982 in Kraft trat und die Strafobergrenze von zehn auf 15 Jahre Freiheitsstrafe erhöhte. Mit den beschriebenen Gesetzesänderungen, die sich ähnlich auch in den übrigen europäischen Unterzeichnerstaaten entwickelten, hatte sich eine auf Verbote und Strafen setzende Drogenpolitik international durchgesetzt. Dies gab selbstverständlich auch den therapeutischen Möglichkeiten einen bestimmten Rahmen vor. Bis in die 1920er Jahre war es gängige Praxis gewesen, dass Ärzte Opiatabhängige durch die Verschreibung eines Opiats behandelten. Dabei ging es nicht darum, ein Opiat durch ein anderes zu "substituieren", sondern es handelte sich um "Opiaterhaltungstherapien" beziehungsweise um das, was man heute als "Originalstoffvergabe" bezeichnet. Das heißt, Morphinabhängige wurden mit Morphin behandelt: "Mit diesen Opiaterhaltungstherapien waren die meisten Patienten beschwerdefrei, sozial integriert und arbeitsfähig" (Ullman 2005, S. 93). 1928 beschloss dann allerdings der Deutsche Ärztetag in Gdańsk (Danzig) als einheitliche Grundlinie, dass Opiatkonsumenten zur Erlangung der Abstinenz in Entziehungsanstalten einzuweisen seien: "Bei Morphinisten und anderen Personen, die von Suchtstoffen abhängig sind, ist das Behandlungsziel die Drogenabstinenz. Die Methode der Wahl bei der Behandlung Abhängiger des Opiattyps ist stets die stationäre Langzeittherapie in geschlossenen Einrichtungen (Weinrich 1986, S. 11). Seither folgte man in Deutschland einer rigiden psychiatrischen Problemdefinition, die vom Deutschen Ärztetag 1955 bestätigt wurde. Als zu Beginn der 1970er Jahre die Zahl der Opiat- beziehungsweise Heroinabhängigen und damit auch die der Einweisungen stieg, waren die traditionellen psychiatrischen Anstalten allerdings mit dem Andrang der – zumeist auch noch "unangepassten" – Drogenkonsumierenden völlig überfordert. Die Behandlung erschöpfte sich häufig "in der Verteilung von Beruhigungsmitteln, in Disziplinierungsversuchen und stupiden Beschäftigungsangeboten", und die Rückfallquoten wurden mit 98 bis 100 Prozent eingeschätzt (Schuller 1990, S. 36). Als Reaktion auf die Erfolglosigkeit der traditionellen psychiatrischen Behandlung entstanden Anfang der 1970er Jahre sogenannte Release-Gruppen, die insbesondere emanzipatorische Ziele verfolgten und vor allem alltagspraktische Angebote vorhielten: Beratungs- und Kommunikationszentren, Übernachtungsmöglichkeiten, Wohn- und Werkstattkollektive, ambulante medizinische Versorgungsstellen und Kriseninterventionszentren. Allerdings stellten viele dieser Initiativen

ihre Arbeit bald wieder ein, weil es ihnen an staatlich-finanzieller Unterstützung mangelte. Andere durchliefen einen konflikthafter "Prozess, der durch Professionalisierung, Anpassung an die Vorgaben von Justiz und Sozialbehörden und eine Orientierung an rigiden US-amerikanischen Selbsthilfekonzepthen gekennzeichnet war" (Schuller 1990, S. 36). In der Folge wurden die Release-Gruppen von den stationären Langzeittherapien abgelöst, die von Fachkliniken oder anderen spezialisierten Einrichtungen – überwiegend in der Trägerschaft der großen Wohlfahrtsverbände – angeboten wurden.

In der zweiten Hälfte der 1970er und vor allem in den 1980er Jahren waren diese Einrichtungen Bestandteil der sogenannten therapeutischen Kette; Drogenfreiheit sollte durch das Durchlaufen mehrerer Stufen erreicht werden. Diese waren: *Erstens* die Drogenberatung, die über die verschiedenen Therapieeinrichtungen informierte und die Kostenübernahme regelte; *zweitens* der körperliche Entzug, zumeist in speziellen Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser; *drittens* die stationäre, durchschnittlich 18 Monate dauernde Langzeittherapie, die das Kernstück der Therapiekette bildete und in der vor allem mittels verhaltenstherapeutischer Ansätze eine drogenfreie Identität aufgebaut werden sollte; und *viertens* die Nachsorge, das heißt die anschließende Betreuung sowie Hilfe bei der Arbeitsplatz- und Wohnungssuche. Allerdings gerieten die Langzeittherapien spätestens seit Mitte der 1980er Jahre in die Kritik. Ein wichtiger Punkt war dabei, dass die Betroffenen nicht mehr, wie noch in den Release-Gruppen üblich, als gleichgestellte Kollektivbewohner und -bewohnerinnen angesehen wurden, sondern nun zum "Objekt berufsmäßiger und therapeutischer Intervention" geworden waren: "Im Zentrum der Betrachtung stand nun die Person des Drogenkonsumenten. Ihr wird eine ‚infantile Bedürfnishaltung‘, ‚narzißtischer Hedonismus‘, ‚oral regressive Grundhaltung‘ und ‚emotional Ich-zentrierte Unreife‘ bescheinigt. Häufig werden Vergleiche mit Säuglingen und Kleinkindern angestellt (Schuller 1990, S. 36). Ein weiterer Kritikpunkt war das vom Gesetzgeber ausgegebene Motto "Therapie statt Strafe": Der Paragraf 35 BtMG sah vor, dass eine Gefängnisstrafe durch die Aufnahme einer Therapie umgangen werden konnte. Dies führte nun allerdings dazu, dass sich 70 bis 80 Prozent der Betroffenen aufgrund strafrechtlichen Zwangs in eine solche Therapie begaben, weshalb der Vorwurf laut wurde, das Schlagwort "Therapie statt Strafe" ziele eigentlich auf "Therapie *a/s* Strafe". Untermuert wurde diese Kritik durch die seinerzeit in Paragraf 36 Absatz 1 BtMG enthaltene Vorschrift, dass entsprechende staatlich anerkannte Therapieeinrichtungen sicherzustellen hätten, dass in ihnen die freie Gestaltung der Lebensführung erheblichen Beschränkungen unterliege (Eisenbach-Stangl et al. 2000, S. 158). – eine Forderung, der die Einrichtungen durchaus nachkamen: Berichtet wurde von erniedrigenden Aufnahmeritualen, Ausgangs- und allgemeinen Kommunikationsbeschränkungen, Kontaktsperren, konfrontativen Methoden, ausgeprägten

Hierarchiestrukturen sowie Privilegien- und Disziplinierungssystemen (Groenemeyer 2012, S. 483).

Scharfe Kritik wurde nicht zuletzt auch an der mangelnden Effizienz der Langzeittherapien geübt. Zum einen standen den geschätzten 50.000 bis 100.000 Opiatabhängigen gerade einmal 2.000 bis 3.000 Plätze in Langzeittherapien gegenüber, zum anderen lag ihre Erfolgsquote nur bei maximal 30 Prozent – bezogen auf eine Gesamtpopulation von 100.000 Opiatabhängigen errechnete der Sozialwissenschaftler Horst Bossong seinerzeit gar eine Erfolgsquote von unter einem Prozent (Bossong 1983, S: 32). Die Selektivität dieser Hilfeform wurde auch deshalb als problematisch eingeschätzt, weil sie Hilfe insbesondere für diejenigen ausschloss, die ihr Konsumverhalten nicht verändern konnten oder wollten. Die so bezeichneten "Junkies" waren einer wachsenden sozialen und gesundheitlichen Verelendung ausgesetzt, was allerdings auch das erklärte Ziel der damaligen Drogenpolitik war: Die sogenannte Leidensdruck-Theorie ging davon aus, dass eine therapeutische Behandlung erst in dem Moment aussichtsreich sein könne, wenn in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht ein Tiefpunkt erreicht und die Lebenssituation negativ zugespitzt sei (Damman & Scheerer 1985, S. 81). In der Rückschau kann man sagen, dass die damalige Drogenpolitik hinsichtlich der Erzeugung von sozialer und gesundheitlicher Verelendung durchaus erfolgreich war, ihr eigentliches Ziel einer "drogenfreien Gesellschaft" verfehlte sie allerdings deutlich. Die Kritik an der abstinenzorientierten und kriminalisierenden Drogenpolitik (QUensel 1982). fand allerdings erst nachhaltigen Widerhall, als in der ersten Hälfte der 1980er Jahre immer deutlicher wurde, dass der intravenöse Drogenkonsum zahlreiche HIV-Infektionen bedingte: Unsterile Spritztechniken, die gemeinsame Benutzung der Spritzen (*needle sharing*) sowie eine im Allgemeinen desolate physische, psychische und soziale Situation machte große Teile der intravenös Drogenkonsumierenden zu prädestinierten Opfern des Virus. Mit schlichter Repression, so begannen Teile der Drogen- und Suchthilfe zu erkennen, war es nicht mehr möglich, dem Elend der Betroffenen, aber auch den Ängsten in der Bevölkerung zu begegnen: "Die Bedrohung durch AIDS wurde gewissermaßen zur Befreiung der Diskussion" (Eisenbach-Stangl et al. 2000, S. 159). In den folgenden Jahren etablierte sich neben der weiterbestehenden abstinenzorientierten die sogenannte akzeptanzorientierte beziehungsweise akzeptierende Drogenarbeit. Um die Betroffenen früher und besser zu erreichen, aber auch um sie in den zu konzipierenden Behandlungs- und Beratungszusammenhängen länger zu halten, suchten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen nun den direkten Kontakt zu den Konsumierenden. Diese den Drogengebrauch akzeptierenden Formen der Hilfe zielten konzeptionell einerseits auf die Aufhebung der Ausgrenzung, andererseits aber vor allem auch auf die Vermeidung oder Verringerung der gesundheitlichen und sozialen Verelendung: "Unter den Stichworten ‚niedrigschwellige‘, ‚suchtbegleitende‘ oder ‚akzeptierende‘ Drogenarbeit ging es neben der Absenkung zu hoher

Schwellen darum, Hilfestellung nicht mehr an einen Abstinenzwillen zu knüpfen, sondern ‚voraussetzungslose‘ Hilfe als Ergänzung zum Drogenfreiheitsparadigma zu leisten" (Stöver 1992, S. 465). Im Vordergrund stand die Sicherung des Überlebens der Klientel sowie die Verringerung von Risiken beim intravenösen Drogenkonsum (*harm reduction*). Die Angebote reichten von Aufenthalts- und Übernachtungseinrichtungen über Spritzen- und Kondomvergabe bis hin zu medizinischer Basishilfe, Rechts- und Sozialhilfeberatung sowie Krisenintervention. In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre begann der Widerstand der Politik, aber auch der deutschen Ärzteschaft gegen die Substitutionsbehandlung allmählich zu bröckeln. Hatte man mit Blick auf die Substitution lange von "Suchtverlängerung" und von verschreibenden Ärzten und Ärztinnen als "Dealern in Weiß" gesprochen, so veränderte die Bedrohung durch HIV auch hier die Perspektive. 1987 beschloss die nordrhein-westfälische Landesregierung, das erste wissenschaftlich begleitete Methadonprogramm in Deutschland einzuführen, das die positiven Erfahrungen, die man aus den USA, Großbritannien oder den Niederlanden bereits kannte, umfassend bestätigte: Die Substitution verbesserte und stabilisierte die gesundheitliche, psychische und soziale Situation der Betroffenen, verminderte das Risiko von Überdosierungen sowie von HIV- und anderen Infektionen und senkte bis zu einem bestimmten Grad auch Beschaffungsprostitution und -kriminalität. Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich die Substitutionsbehandlung zunehmend etabliert, sodass 2019 in Deutschland 2607 substituierende Ärzte und Ärztinnen rund 79.000 gemeldete Substitutionspatienten und -patientinnen versorgten (BfArM 2020, o.S.).

Die Erfolge der Substitutionsbehandlung führten bald zur Frage, ob nicht auch die Vergabe von Originalsubstanzen, also Heroin (Diamorphin) oder Morphin, hilfreich sein könnte, zumal es auch hier erfolgreiche Beispiele aus England und Holland gab. Im deutschsprachigen Raum legte 1995 zunächst die Schweiz ein Heroin- beziehungsweise Morphinprogramm mit 1.000 Plätzen auf, dessen Ergebnisse vielversprechend waren. Ab 2002 wurde die Heroinvergabe dann auch in mehreren deutschen Städten im Rahmen eines Modellprojekts erprobt, das in der "ausdrücklichen Empfehlung" mündete, "diese Behandlungsform in die Regelversorgung Heroinabhängiger aufzunehmen" (Naber & Haasen 2006, S. 125). Im Mai 2009 stimmte der Deutsche Bundestag der Heroinvergabe im Rahmen der Regelversorgung und damit sogenannten Diamorphinambulanzen zu. Allerdings hat dies bis heute (noch) nicht zu einem umfassenden Angebot geführt, nur in zehn Städten finden sich entsprechende Vergabestellen, in denen allerdings nur etwa ein Prozent der Substitutionspatienten und -patientinnen in Deutschland eine Behandlung mit Diamorphin erhalten (Bühning 2020, S. A17).

Eine weitere institutionalisierte Form der akzeptierenden Drogenarbeit sind die sogenannten Drogenkonsumräume (DKR). In diesen Räumen können Drogen (Heroin, Kokain, Crack und anderes mehr) unter hygienischen und kontrollierten Bedingungen intravenös, inhalativ und nasal konsumiert werden. Auch wenn die hier konsumierten Drogen weiterhin illegal beschafft

werden müssen, werden in dem geschützten Setting der DKR-Infektionen und Drogentodesfälle vermieden, der Kenntnisstand zu Risiken des Drogengebrauchs und zu Möglichkeiten eines *safer use* verbessert sowie die Motivation der Betroffenen, weiterführende Hilfe in Anspruch zu nehmen, erhöht. Daneben erfüllen die DKR auch ordnungspolitische Funktionen, indem der öffentliche Raum von Konsumhandlungen und verschiedenen Unordnungserscheinungen entlastet wird. Die ersten deutschen DKR wurden 1994 in Hamburg und Frankfurt am Main eingerichtet und operierten in den ersten Jahren in einer rechtlichen Grauzone. Erst 2000 wurde mit dem Paragraf 10a BtMG die rechtliche Grundlage für das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten geschaffen. Derzeit gibt es 26 DKR in 17 Städten in acht Bundesländern. Zuletzt eröffnete im September 2020 ein DKR in Bremen.

Eine in Deutschland bislang noch nicht umgesetzte Maßnahme ist das sogenannte *drug checking*. Hierbei handelt es sich um Möglichkeiten für die Konsumierenden, ihre illegal erworbenen Substanzen auf Qualität und Wirkstoffgehalt überprüfen zu lassen. Im Sinne des "Verbraucherschutzes" sollen auf diese Weise ungewollte Überdosierungen sowie gesundheitliche Probleme durch verunreinigte Substanzen verhindert werden. In einigen europäischen Ländern existieren entsprechende Möglichkeiten bereits (Tögel-Lins et al. 2019, o.S.).

2.1.2 Die akzeptierende Drogenarbeit

Heute kann man sagen, dass sich die akzeptierende Drogenarbeit über die vergangenen drei Jahrzehnte im Spektrum der deutschen Suchthilfe etabliert hat. Erkennbar ist diese Entwicklung auch in den Veränderungen der präventiven Konzepte: Wurde in den 1970er Jahren noch versucht, jeglichen Konsum illegaler Drogen durch Abschreckung mittels Strafandrohung sowie einseitig negativer und dramatisierender Botschaften (sogenannte Furchtappelle) zu verhüten, ging man ab den 1980er Jahren dazu über, Prävention nicht mehr unterschiedslos auf jeglichen Konsum illegaler Drogen, sondern vor allem auf die Verhinderung von Sucht zu fokussieren. Konsequenterweise wurden hierbei auch die legalen Drogen (Alkohol, Tabak und Medikamente) sowie stoffungebundene Süchte einbezogen. Diese *pathogenetischen*, also auf die Verhinderung von "Krankheit" zielenden Präventionskonzepte wurden in 1990er Jahren wiederum von *salutogenetischen* Konzepten abgelöst, die auf eine substanzunspezifische Gesundheitsförderung zielen – etwa durch Stärkung von Lebenskompetenzen oder das Aufzeigen von Alternativen zum Drogenkonsum.

Denkt man die salutogenetische Perspektive konsequent weiter, dann wäre die pathogenetische Frage danach, was Drogenkonsumierende "krank" macht, durch folgende Fragen zu ersetzen: Was hält die Drogenkonsumierenden gesund? Warum und wie gelingt es

ihnen, gerade keine exzessiven Konsummuster auszuprägen? Wie funktioniert sozial integrierter Drogengebrauch? Solche Fragen richten ihren Blick nicht vom negativen Ende der Sucht auf das davor liegende und zu vermeidende "Risikoverhalten", sondern auf die vielfältigen – vorhandenen und möglichen – unproblematischen Konsummuster und die dafür notwendigen gesellschaftlichen Bedingungen, um diese im Sinne von Gesundheitsförderung, Verbraucherschutz und *harm reduction* zu unterstützen. In diese Richtung argumentieren in jüngerer Zeit zum Beispiel Konzepte wie "Drogenmündigkeit" oder auch Überlegungen zu einer "drogenbezogenen Bildung" (Schmidt-Semisch 2014, S. 210).

Das 20. Jahrhundert war drogenpolitisch betrachtet das Jahrhundert der globalen Drogenverbote. Die deutsche Drogenpolitik der 1970er und 1980er Jahre zielte auf die konsequente Verhinderung jeden Drogenkonsums und machte die dokumentierte Abstinenz zur Voraussetzung von Hilfeleistungen. Seit den 1990er Jahren etablierte sich nach und nach die akzeptierende Drogenpolitik, deren Angebote eindrücklich zeigten, dass ein Weniger an Repression und erzwungener Abstinenz ein Mehr an Gesundheit bei den Drogenkonsumierenden bewirkt. Das wiederum ist ein Ansatzpunkt unter anderen, der ebenso von Befürwortern und Befürworterinnen einer legalen Regulation von Drogen ins Feld geführt wird. Auch die Debatte über Entkriminalisierung und legale Regulierungen von Drogen wird bereits seit den 1990er Jahren geführt. Es ist zu hoffen, dass entsprechende Überlegungen die Drogenpolitik des 21. Jahrhunderts prägen.

Hier setzt die akzeptanzorientierte Drogenhilfe an. Nicht der unbedingte Wille zum Verzicht, oder die Gefahr einer drohenden Haftstrafe ist die Eintrittskarte zum Hilfesystem, sondern die Hilfe richtet sich an alle Betroffenen. Nicht die Abstinenz ist das oberste Ziel, sondern „dass Abhängige die Phase ihres Konsums lebend überstehen“ (Schmidt-Semisch & Wehrheim, 2005, S. 221) und gesundheitliche und soziale Nachteile des Drogengebrauchs zu verringern. Eine mögliche Abstinenz ist nur noch ein Ziel unter vielen und wird von den KonsumentInnen freiwillig gewählt (Gerlach & Engemann, 1995, S. 53). Um auch diejenigen zu erreichen, bei denen der Änderungswille fehlt und die die traditionelle Drogenhilfe als nicht (mehr) erreicht, muss der Drogengebrauch derjenigen als eigene Entscheidung akzeptiert werden, Zugangsschwellen abgebaut und die Reichweite der Angebote vergrößert werden. Die Angebote sollen bedürfnisorientiert und lebensweltnah für die Betroffenen, und vor allem freiwillig sein (Stöver, 1990, S: 14). Existenzielle Bedürfnisse, wie Gesundheitsversorgung, Essen und Übernachtungsmöglichkeiten, zu sichern ist vorrangiges Ziel. Ebenso Rechtsschutz, im Sinne von Rechts- und Sozialhilfeberatung, und bei Möglichkeit die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten (Stöver, 1990, S. 14).

Die KonsumentInnen werden als eigenverantwortlich und selbstbestimmt und der Konsum als selbst gewählter Lebensstil akzeptiert (Haller, 2012, S: 87).

Das Konzept der Harm-Reduction, das heißt der Schadensminderung, ist leitend in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Hiermit ist gemeint, das soziale und gesundheitliche Risiko der KonsumentInnen beim Drogengebrauch zu minimieren. Dieser Ansatz ist nicht Substanzgebunden. Er zielt zwar hauptsächlich auf illegalisierte Drogen, kann aber auch als Risikominderung des Alkohol- oder Nikotingebrauchs angewandt werden. Die Angebote zielen nicht auf den Verzicht der Droge hin, sondern auf Reduzierung gesundheitlicher, psychischer und sozialer Begleitscheinung, die mit dem Konsum einhergehen bzw. die dieser nach sich zieht (Prinzleve, 2004, S. 39). Konkret heißt das, das Anbieten von Überlebenshilfe beim Konsum durch Konsumräume oder dem Bereitstellen sauberer und infektionsfreier Utensilien zum risikoärmeren Konsum sowie dem Erlernen von „Safer Use“, dem sicheren und hygienischen Konsum. Auch die Substitution, also die ärztlich verordnete und kontrollierte Einnahme einer Ersatzdroge anstelle von (Straßen-)Heroin, gilt als eine Maßnahme der Harm-Reduction³⁹. Dies stellt im Vergleich zu der abstinenzorientierten Drogenarbeit der 1970er und 1980er Jahre einen Paradigmenwechsel dar (akzept, 1999, S. 15). Erste Ansätze der Harm-Reduction wurden zwar schon in den 1970er Jahren in den Niederlanden und der Schweiz entwickelt, doch erst mit Ausbreitung der von HIV fand dieses Konzept international Beachtung (Prinzleve, 2004, S. 39).

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit arbeitet gemäß dem Prinzip der Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung der KlientInnen. Die GebraucherInnen illegalisierter Substanzen sind als Subjekt anzusehen, nicht als Objekt, welche von außen bearbeitet werden kann. Die Drogenhilfe kann allenfalls Hilfe zur Selbsthilfe anbieten, Angebote schaffen, die von den KlientInnen auch erreicht werden. Die KonsumentInnen sind als mündige Menschen zu akzeptieren. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit funktioniert nach dem Prinzip der Freiwilligkeit, ohne Bevormundung von außen. Die Praxis hat gezeigt, dass entsprechende Angebote auch von denjenigen KlientInnen angenommen werden, die von der reinen abstinenzorientierten Drogenarbeit nicht mehr erreicht werden konnten (Schneider, 2005, S. 270).

Der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Akzept e.V.) stellte im April 1999 die Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit dar. Diese sind:

- „Akzeptanz von Drogengebraucher:innen als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie“ (Akzept, 1999, S. 16) – dieses ist das entscheidende Prinzip, welches die akzeptanzorientierte Drogenarbeit prägt. Es bedeutet auf das Abstinenzgebot und den Zwang zur Verhaltensänderung zu verzichten. Stattdessen sollen die Lebensstile der KonsumentInnen

akzeptiert und diese zu einem verantwortungsbewussten und risikomindernden Umgang mit Drogen gebracht werden. Die Probleme der KlientInnen sollen bei aller Eigenverantwortung jedoch nicht ignoriert werden, sondern ihnen in Krisensituationen eine aktive Unterstützung angeboten werden, welche jedoch nicht zur Regel gemacht werden soll.

- „Wahrung und Schutz der Würde der KlientInnen“ (Akzept, 1999, S: 17) – Der Schutz der Menschenwürde stellt insbesondere in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit das höchste Gut dar. Die Leidensdruck-Theorie der abstinenzorientierten Drogenarbeit macht diesen Punkt besonders wichtig, denn dort hat sich die Menschenwürde dem Abstinenzgebot vielfach unterzuordnen. Dies bedeutet auch auf die individuellen Besonderheiten der KlientInnen Rücksicht zu nehmen.

- „Normalisierung des Umgangs mit DrogenkonsumentInnen und mit dem Drogenproblem“ (Akzept, 1999, S. 17) – Von der Öffentlichkeit wird Drogenkonsum als abweichendes Verhalten und die KonsumentInnen als Problem wahrgenommen. Dies führt zu erheblicher sozialer Ausgrenzung. Eine Grundbedingung der humanen Drogenarbeit ist, diesen gesellschaftlichen Umgang zu normalisieren und somit die sozialen Bedingungen der KonsumentInnen zu verbessern. Das hilft auch Schwellen zum Drogenhilfesystem abzubauen, dass den KlientInnen kein negatives Label auferlegt wird, welches die gesellschaftliche Stigmatisierung bestärkt. Die Stigmatisierung hat auch negative Folgen für die medizinische und psychosoziale Versorgung der Klient:innen.

- „Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, vor Stigmatisierung und Kriminalisierung“⁴ (Akzept, 1999, S. 18) – Hiermit ist insbesondere das Prinzip der Harm-Reduction gemeint. Schadensminderung hat auch einen präventiven Charakter, da sie „Vorrang gegenüber nachträglicher 'Reparatur' hat“ (Akzept, 1999, S. 18). Dieser Ansatz steht konträr zu jenen, die auf Leidensdruck setzen, denn eben dieser muss verhindert werden. Nur so können andere Prinzipien, wie ein menschenwürdiger Umgang mit den KlientInnen ermöglicht werden.

- „Orientierung an den Bedürfnissen des Klient:innen“ (Akzept, 1999, S. 18) – Die Angebote der akzeptanzorientierte Drogenarbeit müssen sich nach den Bedürfnissen der KlientInnen richten, nicht nach den Vorgaben der ordnungs- und wirtschaftspolitischen Ansprüche der Träger. Die Ziele der Hilfe sind als individuelle Aushandlungsprozess zwischen Klient:in und Mitarbeiter:in des Hilfeträgers zu verstehen.

- „Drogenpolitisches Engagement“ (Akzept, 1999, S. 18) – Die Drogenpolitik und die gesellschaftlichen Werte und Normen stellen die Rahmenbedingungen für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Da diese im Grundsatz jedoch eher konservativ geprägt sind, muss sich die akzeptanzorientierte Drogenarbeit für eine Liberalisierung der

Drogenpolitik und der Gesellschaft einsetzen, um Stigmatisierung und Kriminalisierung der KlientInnen zu bekämpfen und die genannten Prinzipien auf breiter Basis durchzusetzen (Akzept, 1999, S. 15ff).

Neben den Prinzipien hat Akzept e.V. auch Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit formuliert. Diese dienen dazu die „Arbeit systematisch zu analysieren und konzeptionell weiterzuentwickeln. Aus ihnen lassen sich [...] Qualitätskriterien für einzelne Arbeitsbereiche ableiten“ (Akzept, 1999, S. 19). In diesen Zielen lassen sich die beschriebenen Prinzipien wiederfinden.

Diese Ziele sind:

- „Verhinderung oder zumindest Linderung von somatischen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Drogen ergeben können, und Bereitstellen von Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von Problemen“ (Akzept, 1999, S. 19) – Es wird also eine Verbesserung der Lebensbedingungen angestrebt. Hier findet sich insbesondere die Ideen der Harm-Reduction und Safer-Use wieder. In der Praxis wird dies durch Beratung, Krisenintervention und Spritzenvergabe umgesetzt.
- „Wahrung und Verbesserung des Gesundheitszustandes und psychosozialer Stabilisierung“ (Akzept, 1999, S. 19) – Da der exzessive Konsum illegalisierter Drogen häufig somatische und psychische Schädigungen mit sich bringt, ist in der Praxis kostenlose ärztliche Betreuung und Beratung notwendig. Bedarfsorientierte Angebote und solche zur Gestaltung des Alltages (durch Arbeit oder Freizeit) tragen zur sozialen Integration bei.
- „Förderung der Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“ (Akzept, 1999, S. 19) – Die KlientInnen sollen lernen Selbstverantwortung zu übernehmen und sich nicht nur von institutionellen Angeboten abhängig zu machen. Die „Aufhebung der abstinenzverhafteten pädagogischen Reperaturmentalität“ (Gerlach & Engemann, 1995, S. 52) wird angestrebt. Die Angebote stellen lediglich eine Hilfe zur Selbsthilfe dar. Es soll erreicht werden, dass KlientInnen dazu befähigt werden, selbstständig Probleme zu erkennen und Hilfen in Anspruch zu nehmen, ohne jedoch entmündigt zu werden. Das Selbstbestimmungsrecht steht im Vordergrund.
- „Förderung der sozialen Integration und Handlungsfähigkeit“ (Akzept, 1999, S. 19) – Der Kreislauf aus Konsum, Stigmatisierung und Ausgrenzung in Folge des Konsums und weitere Konsum aufgrund der sozialen Marginalisierung, welcher wiederum zur verstärkten Ausgrenzung führt, soll durchbrochen werden. Die KlientInnen sollen lebenspraktische Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung insbesondere in Bezug auf Ernährung, Hygiene, Haushaltsführung und Tagesstruktur erlernen. Die Angebote müssen auf die eingeschränkten

Fähigkeiten der KlientInnen abgestimmt und möglichst alltagsnah ausgerichtet sein (Akzept, 1999, S. 19f; Gerlach & Engemann, 1995, S. 52).

2.2 Die aktuelle Situation drogensüchtiger Menschen

2.2.1 Gesellschaftlicher Umgang mit Drogen

In der Frage des Umgangs mit Drogen spielt seit jeher nicht nur die Frage der abstinenz- oder akzeptanzorientierten Hilfe eine Rolle, sondern auch der dem zugrunde liegenden Modelle. Im BtmG (und auch vorhergehenden Gesetzen) ist das Arzneimittelmodell fest verankert, und äußert sich sowohl in der abstinenzorientierten, also auch in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, in unterschiedlich stark ausgeprägter Form. Drogenabhängigkeit wird als Krankheit behandelt und der Einsatz von Drogen höchstens therapeutisch legitimiert (Bauer & Bossong, 1993, S. 133). Dies gilt in konservativer Ausprägung für das Konzept der abstinenzorientierte Drogenhilfe, jedoch hat auch die akzeptierende Arbeit dies als Grundlage. Insbesondere in der Substitution wird das gesellschaftliche Bild von Betäubungsmitteln deutlich, die als Arzneimittel zu behandeln sind und ausschließlich in die Hände von Ärzten gehören. Dem gegenüber steht das Genussmittelmodell. In dem Modell ist Drogenkonsum ein Ausdruck eines gewissen Lebensstils, der Mensch hat ein 'Recht auf Rausch'. Der/die Drogennutzer:in hat eine Eigenverantwortung für seinen Konsum. Hier müsste dem Drogenkonsum mit anderen Mitteln begegnet werden. Der Konsum sei akzeptiert, und die Risiken, sowohl in gesundheitlicher als auch sozialer oder sonstiger Hinsicht, müssen auf ein Minimum reduziert werden (Bauer & Bossong, 1993, S. 133). Eine mögliche Umsetzung wäre die kontrollierte Legalisierung von Drogen. Dieses Modell ist ein konsequentes Zuendedenken des Konzepts der Harm-Reduction und eine echte akzeptierende Drogenarbeit. Doch das BtmG basiert, trotz einiger Öffnungen in Richtung der akzeptanzorientierten Drogenhilfe, ausschließlich auf dem Arzneimittelmodell. Eine Umsetzung bedürfe demnach eine grundlegende Erneuerung oder in radikalster Ausprägung gar Abschaffung des BtmG.

2.2.2 Substitution

Die Substitution ist die pharmakologische Therapie Drogenabhängiger und eine Maßnahme der akzeptanzorientierten Drogenhilfe, in der sich der Gedanke der Harm-Reduction widerspiegelt. Den Abhängigen wird unter ärztlicher Aufsicht eine Substanz verabreicht, welches das Verlangen nach der Originaldroge schwächt und die Entzugssymptome lindert. Diese Ersatzstoffe besitzen jedoch ebenfalls eine abhängig machende Wirkung und fallen demnach unter das BtmG. Die Abhängigkeit wird hierdurch also nicht behoben, sondern,

zumindest für die Dauer der Behandlung, akzeptiert (Bieniek, 1993, S 183; Haasen et al., 2004, S. 82). Rein rechtlich ist das oberste Ziel jedoch noch immer die Suchtmittelfreiheit (MVV-RL, 2012, S. 7). Lange Zeit wurde eine Substitutionsbehandlung von der deutschen Suchthilfe abgelehnt. Insbesondere die Ärzteschaft sprach noch 1988 von einer „im Grunde ungeeigneten Behandlungsmethode“ (Bossong, 1992, S. 18). Außerhalb der Ärzteschaft, unter Kriminologen und Suchttherapeuten, wurde eine medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger bereits seit Ende der 1970er Jahre diskutiert. In den frühen 1970er Jahren gab es in Deutschland die ersten Versuche einer Substitutionsbehandlung, wie beispielsweise in Hannover. Die Erfolge hier waren beachtlich. Bei 50% der Patienten war eine Abnahme der Kriminalität und bei 41% die Aufnahme einer regelmäßigen Arbeit zu beobachten. Auch im Sozialleben war eine Verbesserung ihrer Situation feststellbar. Doch zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung konnte eine Stabilisierung dieser Ergebnisse nicht festgestellt werden. Der Versuch galt als gescheitert. Erst ein Jahrzehnt später mussten die negativen Ergebnisse revidiert werden, da nahezu alle Patienten, die diese Behandlung planmäßig beendeten, inzwischen abstinent lebten und sozial wie beruflich außerhalb der Drogenszene integriert waren (Bossong, 1992, S. 19). Als in den 1980er Jahren sowohl die HIV-Problematik als auch die Beschaffungskriminalität die Öffentlichkeit zunehmend beunruhigte, wurde auch die Frage der Methadonbehandlung wieder präsenter. Auch in den öffentlichen Medien fand dieses Thema statt und schaffte es Sympathien zu gewinnen (Bossong, 1992, S. 20). Diesem öffentlichen Druck konnte sich dann auch die Ärzteschaft und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS) nicht mehr verschließen und räumen 1990 ein, „Substitutionsbehandlungen seien in medizinisch indizierten Einzelfällen „temporär und in Abwägung der Gesamtsituation“ verantwortbar, allerdings nur dann, wenn die „Ersatzdrogenbehandlung ... nicht als isolierte Maßnahme, sondern als Teil eines psychosozialen Hilfsprogramms durchgeführt wird“ (Bossong, 1992, S. 18f). Eine Vorreiterrolle übernimmt hier das Land Nordrhein-Westfalen, welches bereits 1987 die Einführung eines wissenschaftlich begleiteten Methadonprogramms in Bochum, Bielefeld, Düsseldorf, Essen und Köln beschloss (Bossong, 1989, S. 10).

In den letzten Jahren und zu Beginn der Coronapandemie hat die opioidgestützte Substitutionsbehandlung nochmals vielfältige Veränderungen erfahren. Dies sowohl in der Zielstellung der Substitution, der Individualisierung der Behandlung sowie im Hinblick auf eine wohnortnahe Substitution. Eine bundesweite Befragung des JES-Bundesverbands im Jahr 2021 unter 240 Substituierten ergab, dass die positiven Veränderungen durch die Reform der BtmVV nur in Bruchstücken und in einer geringen Reichweite ankommen. Fast die Hälfte der Befragten gaben an, weder vom Arzt noch der Aids-Drogenhilfe über die tiefgreifenden Änderungen der BtmVV informiert worden zu sein. Darüber hinaus scheint es

immer noch ein Defizit zu geben, was die wertschätzende Behandlung der PatientInnen als auch der Einbezug in die Therapieentscheidungen und Behandlungsziele betrifft. Problematisch an der Substitution seien aus Sicht der Opioidabhängigen weiterhin die langen Wege zur Vergabe und die lange Zeit bis zur Take-Home-Verordnung. Darüber hinaus entstehe häufig der Eindruck, dass viele substituierende Ärzte dieses Angebot nur aus wirtschaftlichen Gründen machten, und nicht am Patienten interessiert seien. Die folgende Grafik der Studie „Schätzung der Anzahl von Personen mit Opioidabhängigkeit in Deutschland“ (Kraus et al., 2019) liefert einen Überblick über die Versorgung der gemeldeten abhängigen Patienten und die Anzahl der substituierenden Ärzte in Deutschland. Besonders hervor stechen die Zahlen aus Nordrhein-Westfalen. Auf über 26.000 gemeldete Patient:innen kommen gerade einmal 726 substituierende Ärzte.

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.07.2020	substituierende Ärzte 2020
Baden-Württemberg	10.435	399
Bayern	9.059	336
Berlin	5.823	147
Brandenburg	114	17
Bremen	1.759	57
Hamburg	3.938	92
Hessen	7.778	217
Mecklenburg-Vorpommern	304	29
Niedersachsen	7.758	258
Nordrhein-Westfalen	26.041	726
Rheinland-Pfalz	2.359	85
Saarland	664	19
Sachsen	767	47
Sachsen-Anhalt	712	33
Schleswig-Holstein	3.434	123
Thüringen	402	22

Quelle: Kraus et al. 2019.

Auch die folgende Übersicht über die Schätzung der Personen mit einer Opioidabhängigkeit nach ihrem Status gibt weiteren Aufschluss darüber, dass eine Verbesserung der Versorgungsstruktur für Suchterkrankte dringend notwendig ist.

Schätzung der Personen mit einer Opioidabhängigkeit nach Status (substituierte, nichtsubstituierte, nichtsubstituierte Personen ohne Falldokumentation)							
Status	Quelle	Frauen		Männer		Total	
nichtsubstituierte Personen in der Suchthilfe (SH)	DSHS	15 267		50 953		66 220	
Anteil nichtsubstituierter Personen ohne Falldokumentation (95%-KI) (OF)	Zahlung	2,1 %	8,4 %	7,6 %	11,6 %	6,3 %	10,9 %
nichtsubstituierte Personen (NP) (SH + SH × OF)		15 588	16 549	54 825	56 864	70 413	73 413
substituierte Personen (SP)	Substitutionsregister	26 238 ^{*1}		68 143 ^{*1}		94 381	
		41 826	42 787	122 968	125 007	164 794	167 794
Total (SP + NP)		42 307 ^{*2}		123 988 ^{*2}		166 294 ^{*2}	

^{*1} 72,2 % Männer, 27,8 % Frauen (ECHO-Studie [14]) von 94 381.

^{*2} Mittelwert aus oberer und unterer Grenze von Total (SP + NP).

DSHS, Deutsche Suchthilfestatistik; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

In der 2017 novellierten Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung (BtMVV) wurden die Regularien für die Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Patienten maßgeblich

überarbeitet. Die ärztlich-therapeutischen Regelungen wurden vom BtMVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt (1. Bundesregierung: Dritte Verordnung zu Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung 2017). Diese wurden dementsprechend auf Basis des allgemein anerkannten Erkenntnisstands der medizinischen Wissenschaft überarbeitet. Zulasten der GKV wurde die BtMVV-Richtlinie des GBA angepasst, so dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden konnte. Diese Veränderung der Regularien hat dazu beigetragen, dass für substituierende Ärzt:innen nicht nur ein erweiterter therapeutischer Handlungsspielraum entstanden ist, sondern den Mediziner:innen auch eine Rechtssicherheit schaffen konnte (GBA: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, 2018). Aus ethischer Sicht sollte bei der Substitutionsbehandlung keine Sichtweise gelten, die sich von der Beurteilung anderer Behandlungsformen unterscheiden, sondern die allgemeinen medizinethischen Prinzipien angewandt werden. Auch im Rahmen der Suchttherapie, die wie andere Krankheiten nicht zwangsläufig zur Heilung führt, sondern oft auf Leidensminderung und Erhaltung einer gewissen Lebensqualität abzielt, sollte eine ethische Akzeptabilität prinzipiell gegeben sein (DIMDI, 2007).

2.2.3 Psychosoziale Betreuung

Der Begriff psychosoziale Betreuung (PSB) meint die psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen, die im Rahmen einer medikamentengestützten Drogentherapie durchgeführt werden. Diese ist erforderlich, um die Patient:innen zu stabilisieren und zur Reintegration beizutragen. Der substituierende Arzt muss zu Beginn der Behandlung feststellen, ob ein Hilfebedarf vorhanden ist, und wenn ja, welchen Umfang er umfasst sowie an welcher Stelle die PSB durchgeführt werden soll. Die Hilfebedarfe werden anhand der biographischen Erfahrungen, des bisherigen Behandlungsverlauf, bestehenden somatische und psychische Erkrankungen und der sozialen Situation der Klient:innen ermittelt. Dies ist nach §7 Abs. 1 MVV-RL geregelt (Götzke, 2011, S. 13). Eine einheitliche Konzeption und Wirksamkeitsnachweise fehlen zurzeit jedoch noch.⁹¹ Ebenfalls uneinheitlich in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich geregelt, ist die Finanzierung (Gerlach & Stöver, 2009, S. 17). Während die PSB in Deutschland nach §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BtMVV bei einer Substitutionsbehandlung verpflichtend ist, empfiehlt die WHO zwar die Behandlung mit begleitender PSB, setzt jedoch auf Freiwilligkeit. Nach den WHO-Richtlinien von 2009 soll eine Nicht-Teilnahme an der PSB kein Grund zur Beendigung der Substitutionsbehandlung sein (Gerlach & Stöver, 2011, S: 117).

3 Methodik

In diesem Kapitel wird nach Darstellung des gegenwärtigen Kenntnisstands die methodische Vorgehensweise erläutert. Im Rahmen vorliegender Arbeit wird eine Literaturrecherche, welche auch als Review bezeichnet wird, angewendet. Unter einem Literaturreview versteht man eine kritische Auseinandersetzung mit bereits vorhandenen Studien, Forschungsarbeiten, Konferenzartikeln usw. Das Ziel ist es, einen Überblick über die bisherige Literatur zu erlangen (Sturma et al., 2016, S. 208). Es lassen sich mehrere Arten von Literaturreviews voneinander unterscheiden, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist:

Arten von Literaturreviews			
Systematische Literaturreviews	Realist Review	Metaethnographie	Integrative Reviews
Metaanalysen	Metasynthese	Metanarrative Reviews	
Scoping Review	Metasummary	Metaempirische Reviews	

Tab.1: Arten von Literaturreviews. Modifiziert nach Sturma et al, 2016, S. 207.

Für vorliegende Arbeit wird das Scoping Review angewendet. Ein Scoping Review dient dazu, das Ausmaß und die Bandbreite von Forschungstätigkeit zu erheben. Außerdem dient es als Vorstudie dafür, ob ein vollständiger systematischer Review bzw. eine Metaanalyse angebracht ist, Forschungsergebnisse zusammenzufassen, zu veröffentlichen und Wissenslücken in der bestehenden Literatur zu identifizieren (Daudt et al., 2013). Das Scoping Review kann sowohl für qualitative als auch quantitative Studien verwendet werden. Außerdem kann auch graue Literatur inkludiert werden. Schritte der Analyse sind:

1. Forschungsfrage und Zielstellung definieren
2. Systematische Recherche relevanter Literatur
3. Auswahl relevanter Literatur anhand von Ausschlusskriterien, Evidenzüberprüfung
4. Präsentation, Analyse und Zusammenfassung
5. Interpretation und Präsentation der Ergebnisse (Sturma et al., 2016, S. 212).

Die Zerlegung der Fragestellung in einzelne Suchkomponenten ist die Basis für eine erfolgreiche Literaturrecherche (Nordhausen & Hirt, 2019, S.17). Jede dieser Suchkomponenten hat zahlreiche Merkmalsausprägungen (Beller, 2004, S.14), diese Merkmale und gegebenenfalls Synonyme werden schließlich definiert, um letztendlich Schlagwörter für die Literaturrecherche zu ermitteln. Zur Recherche herangezogen werden

die wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed und Cochrane Library. Als Eingrenzung werden Veröffentlichungen aus dem Zeitraum 2013 bis 2023 beachtet.

4 Ergebnisse

Studie des Bundesdeutschen Modellprojekts zur Behandlung Opiatabhängiger

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.2 Fazit und Ausblick

Bereits heute kann man sagen, dass sich die akzeptierende Drogenarbeit über die vergangenen drei Jahrzehnte im Spektrum der deutschen Suchthilfe etabliert hat. Erkennbar ist diese Entwicklung auch in den Veränderungen der präventiven Konzepte. Wurde in den 1970er Jahren noch versucht, jeglichen Konsum illegaler Drogen durch Abschreckung mittels Strafandrohung sowie einseitig negativer und dramatisierender Botschaften zu verhüten, ging man ab den 1980er Jahren dazu über, Prävention nicht mehr unterschiedslos auf jeglichen Konsum illegaler Drogen, sondern vor allem auf die Verhinderung von Sucht zu fokussieren. Konsequenterweise wurden hierbei auch die legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und Medikamente sowie stoffungebundene Süchte einbezogen. Diese pathogenetischen, also auf die Verhinderung von Krankheit zielenden Präventionskonzepte wurden in 1990er Jahren wiederum von salutogenetischen Konzepten abgelöst, die auf eine substanzunspezifische Gesundheitsförderung zielen – etwa durch Stärkung von Lebenskompetenzen oder das Aufzeigen von Alternativen zum Drogenkonsum (Stöver et al., 2019). Dadurch begann sich die akzeptierende Drogenpolitik zu etablieren, wobei deren Angebote zeigten, dass weniger Repression und erzwungene Abstinenz mehr zur Gesundheit bei den Drogenkonsumierenden bewirken kann als strikte Verbote. Das wiederum ist ein Ansatzpunkt, der ebenso von Befürwortern und Befürworterinnen einer legalen Regulation von Drogen ins Feld geführt wird. Auch die Debatte über Entkriminalisierung und legale Regulierungen von Drogen wird bereits seit den 1990er Jahren geführt. Nichtsdestotrotz bedarf es einer weiteren Entwicklung, um die Stigmatisierung Drogenabhängiger zu reduzieren und ihnen einen entkriminalisierten Konsum zu gewähren. Vor dem Hintergrund, dass die opioidgestützte Substitutionsbehandlung in den letzten Jahren und zu Beginn der Coronapandemie vielfältige Veränderungen erfahren hat, ist weitere Entwicklung von akzeptierender Drogenarbeit sowohl hinsichtlich einer individualisierten Behandlung sowie einer wohnortnahen Substitution erforderlich. Darüber hinaus scheint es immer noch ein Defizit zu geben, was die wertschätzende Behandlung der PatientInnen als auch den Einbezug in die Therapieentscheidungen und Behandlungsziele betrifft.

6 Literaturverzeichnis

- Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe (2021). Leitbild akzeptierende Drogenarbeit. https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/leitbild-drogen_akzept_dah.pdf.
- Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe (1999). Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. akzept_LeitlinienNr.3.pdf.
- Anhorn, R. & Stehr, J. (Hrsg.), Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit (S. 921-937). Springer VS.
- Arendt M, Munk-Jorgensen P, Sher L, et al. (2011). Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: a nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment. In: Drug Alcohol Depend. Nr.114, S. 134–139.
- Bauer, C.; Bossong, H. (1993): Konzepte einer Kontrollierten Heroinabgabe am Beispiel der Schweiz und Deutschlands. In: Akzept e.V. (Hrsg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht!. Konkret Literatur Verlag, Hamburg. S. 133 - 141
- Bieker, R. & Niemeyer, H. (Hrsg.) (2022). Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Kohlhammer.
- Bieniek, Reinhard (1993): Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung. Peter Lang, Frankfurt/Main.
- Bossong, H. (1989): Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. Eine Übersicht über Forschung, Praxis und Bundesdeutsche Diskussion. In: Bossong, Horst; Stöver, Heino (Hrsg.): Methadon. Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung. Verlag Lenz, Maass, Teuber, Berlin. S. 8-27
- Bossong, H. (1992): Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. Eine Übersicht über Forschung, Praxis und Bundesdeutsche Diskussion. In: Bossong, Horst; Stöver, Heino (Hrsg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York. S. 17-3
- Daudt, H.M.L., van Mossel, C. Scott, S.J. (2013). Enhancing the scoping study methodology. A large inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. In: BMC Medical Research Methodology. Nr 13, S. 48. doi: 10.1186/1471-2288-13-48.
- Deinet, U. & Sturzenhecker, B. (Hrsg.) (2013). Handbuch offene Kinder- und Jugendarbeit. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer VS
- Dollinger, B., Schmidt-Semisch. H. (Hrsg.) (2007). Sozialwissenschaftliche

- Suchtforschung (S. 7-33). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Engelke, E., Spatscheck, C. & Borrmann, S. (2016). Die Wissenschaft Soziale Arbeit: Werdegang und Grundlagen (4. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2011): Psychosoziale Betreuung in der Opiatbehandlung. In: Hönekopp, Inge; Stöver, Heino (Hrsg.): Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Lambertus, Freiburg i. Breisgau. S. 114-118
- Groenemeyer A. (2012). Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht G, Groenemeyer A (Hrsg.). Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden: Springer; S. 433–93.
- Haasen, Christian; Reimer, Jens; Karow, Anne (2004): Substitution. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian (Hrsg.): Kompendium Sucht, Thieme, Stuttgart. S. 82–89
- Kraus, L., Seitz, N.N., Schulte, B. Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U, Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 116, Heft 9, S. 137-143. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.
- Laging, M. (2018). Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Mairhofer, A. (2014). Nutzerorientierung in der Sozialen Arbeit – Implikationen der Personenkonzepte Klient, Kunde und Bürger. LIT Verlag.
- Schmidt-Semisch, H. (2014). Überlegungen zu einer salutogenetisch orientierten Perspektive auf Drogenkonsum, in: Bettina Schmidt (Hrsg.), Akzeptierende Gesundheitsförderung, Weinheim–Basel. S. 207–220.
- Statistisches Bundesamt (Destatis 2016): Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis). www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/AltersgruppenFamilienstandZensus.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern, Stuttgart und Wien: Haupt.
- Stöver, H., Tögel-Lins, K., Werse, B. (Hrsg.). (2019). Checking Drug-Checking: Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring, Frankfurt/Main.
- Stimmer, F. (Hrsg.). (2000). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit (4., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl.). München und Wien: R. Oldenburg
- Stöver, H. (2021). Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In
- Stöver, H. (2019). Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit.
- Wendt, K. (2017). Suchthilfe & Suchttherapie – Leitfaden für die Praxis. Schattauer

GmbH.

World Health Organisation: Management of Substance Abuse. Lexicon of alcohol and drug terms. In: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
World Health Organization: Management of Substance Abuse. Opiate Treatment Index. In: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/opiatetreatmentindex/en/

