

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit**

**Die Implementierung der diamorphingestützten  
Substitutionsbehandlung**

**Bachelor-Thesis**

**Simon Gierke**

**Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Schwarting  
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Bergs- Winkels  
Tag der Abgabe: 28.04.2012**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b>	<b>Seite 3</b>
<b>2 Heroin</b>	<b>Seite 4</b>
2.1 Regulierung des Umgangs psychotroper Substanzen	Seite 5
2.1.1 Heroinkonsum in Deutschland	Seite 7
2.1.2 Produktion und Handel von Heroin	Seite 8
2.2 Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen	Seite 9
2.2.1 Schädlicher Gebrauch	Seite 9
2.2.2 Abhängigkeit	Seite 10
2.3 Die Wirkung von Heroin im Gehirn	Seite 11
2.4 Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung	Seite 11
2.4.1 Die Trias der Suchtursachen	Seite 12
2.4.2 Funktionalität von illegalem Drogenkonsum	Seite 13
2.4.3 Folgen der Abhängigkeit von illegalen Drogen	Seite 14
<b>3 Säulen der Drogenpolitik</b>	<b>Seite 16</b>
3.1 Ziele der Drogenpolitik	Seite 18
3.1.1 Konzeptionalisierungen von illegalem Drogenkonsum	Seite 18
3.2 Akteure der Drogenpolitik	Seite 20
3.3 Entstehung des Drogenhilfesystems	Seite 22
3.3.1 Leistungen des Drogenhilfesystems	Seite 25
3.4 Betäubungsmittelrecht	Seite 28
3.4.1 Legitimität des Betäubungsmittelrechts	Seite 30
3.4.2 Effektivität des Betäubungsmittelrechts	Seite 31
<b>4 Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung</b>	<b>Seite 34</b>
4.1 Grundmerkmale des Deutschen Gesundheitssystems	Seite 36
4.1.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss	Seite 38
4.2 Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel	Seite 40
4.2.1 Das bundesdeutsche Projekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger	Seite 41
4.3 Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung	Seite 43
<b>5 Umfrage zu den Problemen bei der Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung</b>	<b>Seite 45</b>
5.1 Ergebnisse der Umfrage	Seite 45
5.2 Ursachen für die Probleme bei der Implementierung der diamorphin- gestützten Substitutionsbehandlung	Seite 46
<b>6 Schlussbetrachtung</b>	<b>Seite 50</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	
<b>Anhang</b>	

## 1. Einleitung

Durch meine Tätigkeit während des Studiums im Drob- Inn in Hamburg, habe ich einen tiefen Einblick in die Lebenswelt von Menschen bekommen, die illegale Drogen konsumieren. Das Drob- Inn ist ein niedrigschwelliger Kontaktladen, wo neben einer medizinischen Grundversorgung und lebenspraktischen Hilfen auch die Möglichkeit des Konsums illegaler Drogen unter hygienischen Bedingungen angeboten wird. Dabei wurde mir klar, was es bedeutet von illegalen Drogen abhängig zu sein. Es war für mich eine prägende Erfahrung dieses Klientel, was sonst eher um Unauffälligkeit bemüht ist, im persönlichen Kontakt zu erleben. Dadurch trat deren Leid aus der Anonymität heraus und es wurde klar sichtbar, welche Folgen sich für das Individuum durch den kriminalisierenden Ansatz der diesbezüglichen Gesetzgebung ergab. Später als ich dann in einer stationären Entwöhnungseinrichtung arbeitete, ergaben sich aus den persönlichen Kontakten mit den Klienten ein noch umfassenderes Bild über die verschiedenen Lebensläufe und deren Ursachen zur Suchtentstehung. Das nährte die Erkenntnis, dass es sich bei der Drogenabhängigkeit um eine systemische Krankheit handelt, die nicht nur den Körper schädigt, sondern, dass der Mensch in seiner Ganzheit beschädigt wird. Das betrifft das soziale Netzwerk, wie Freunde und Familie, die soziale Integration durch Arbeit und Wohnung und nicht zuletzt auch die psychische Verfassung. Die Arbeit im stationären Bereich machte auch deutlich, dass das, was über Jahre hinweg durch die Abhängigkeit zerstört wurde nur mühsam innerhalb der, zumeist 6- 8 monatigen Therapie wieder aufgebaut werden kann. Die hohen Quoten derjenigen, die eine stationäre Therapie nicht regulär beenden sprechen eine deutliche Sprache. Ebenso verhält es sich mit der hohen Zahl derer, die trotz Substitution einen Beigebrauch von illegalen Drogen betreiben. Die Behandlungskette aus Entzug, Therapie und Wiedereingliederung, mag auch Erfolge vorweisen, dennoch haben wir es mit einem Klientel zu tun, dass auch nach erfolgreicher Therapie häufig in ein Leben zurückkehrt dass aus „ALG II und Langeweile besteht“. Diese Perspektive bildet neben den häufig erfahrenen schädigenden Ereignissen, die mit familiären und sozialen Lebensbedingungen verknüpft sind ein Belastungspotential, welches zum erneuten Drogenkonsum prädisponiert.

Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen habe ich mir die Frage gestellt warum es nicht möglich sein soll, unter Beibehaltung der Abhängigkeit, die schrittweise Reintegration in die Mitte der Gesellschaft vollziehen zu können. Beziehungsweise was dagegen spricht dass Suchtkranken Menschen unter kontrollierten Bedingungen der Stoff verabreicht wird von dem sie abhängig sind. Mit der Einführung der heroingestützten Substitutionsbehandlung ist es nun erstmals in Deutschland möglich sich aus dem Kontext von Kriminalität und Drogenszene zu lösen, ohne dabei zur Aufgabe des Suchtmittelkonsums gezwungen zu sein. Mit der Ihnen vorliegenden Arbeit widme ich mich der Einführung der heroingestützten Substitutionsbehandlung in Deutschland.

Ich möchte im zweiten Kapitel grundlegendes Wissen bezogen auf Heroin und der Prävalenz des Heroinkonsums vermitteln. Anschließend soll eine tiefergehende Betrachtung hinsichtlich der Entstehung und Funktionalität des Konsums von illegalen Drogen erfolgen. Das dritte Kapitel soll einen Überblick darüber geben mit welchen Mitteln die Folgen, die der Konsum von illegalen Drogen für Individuum und Gesellschaft nach sich zieht, begegnet wird. Das vierte Kapitel ist der Einführung der heroingestützten Substitutionsbehandlung gewidmet. In Kapitel fünf wird das Ergebnis der Einführung einer kritischen Prüfung unterzogen. Mit der Schlussbetrachtung im sechsten Kapitel fasse ich die wichtigsten Resultate meiner Ausarbeitung zusammen.

## **2. Heroin**

Heroin (Diacetylmorphin) wird aus dem geronnenen Saft der Blütenkapseln des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) gewonnen. Dieses Rohopium wird mit Essigsäure verkocht und nach Erkalten unter Hinzugabe von Wasser gefiltert. Übrig bleibt ein bräunliches Pulver, das Heroin.

Konsumiert wird diese Droge als Injektion, über die Nasenschleimhäute (sniefen), oder durch einatmen der Dämpfe (rauchen).

Heroin gilt als psychotrope Substanz. Als psychotrop gelten alle Stoffe die eine spezifische Wirkung auf die psychischen Funktionen des Menschen ausüben. Die Bezeichnung psychotrop umfasst alle natürlichen oder synthetischen Drogen und pharmakologischen Wirkstoffe (vgl. Stimmer, 200, 484).

Heroin stimuliert die Opiodrezeptoren. Dies führt zur Euphorisierung, Sedierung und zur Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit und der Atemfrequenz (vgl. Jungbluth, 2004, 94ff).

Zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts wurde Heroin von der Firma Bayer als Arzneimittel gegen Bronchitis, Herz- Kreislaufbeschwerden und als Schmerzmittel verkauft. Kurioser Weise wurde es auch als Mittel gegen die Morphinsucht angepriesen (vgl. Stimmer, 2000, 323).

Die Verwendung opiathaltiger Substanzen hat jedoch eine kulturgeschichtlich weitaus längere Tradition. So lässt sich deren Gebrauch schon vor Anbeginn der christlichen Zeitrechnung belegen.

Im Reich der Ägypter sowie bei den Griechen wurde Opium als heilende Arznei und zur Herbeiführung eines Rauschzustandes im Kontext kultisch- religiöser Handlungen genutzt (vgl. Jungbluth, 2004, 23).

Bis ins 18. Jahrhundert unterlag der Anbau, Handel und Gebrauch von Opium keinerlei Sanktionen und blieb bis 1920 strafrechtlich irrelevant (vgl. Jungbluth, 2004, 39).

Eine juristische Regelung von Konsum und Handel psychotroper Substanzen unternahm das Opiumgesetz von 1921. Später, 1971, wurde das Opiumgesetz durch das Betäubungsmittelgesetz

(BtMG) abgelöst. Dabei verfolgte der Staat die Intention einer drogenfreien Gesellschaft. Im Zuge dessen wurden auch die Angebote und Möglichkeiten zum Ausstieg aus der Sucht erweitert und im Betäubungsmittelgesetz verankert. Vor dem Hintergrund einer sich ausbreitenden AIDS- Epidemie und einer steigenden Mortalitätsrate unter den Heroinkonsumenten, führte die Diskussion über die Effizienz innovativer Behandlungsmethoden zur Prüfung, inwieweit die kontrollierte Abgabe von Heroin einen Nutzen beim Ausstieg aus der Sucht haben kann (vgl. Jungblut, 2004, 297).

Diese im Jahr 2006 abgeschlossene Arzneimittelstudie zeigte, ..., *dass die heroingestützte Behandlung gegenüber der Methadonsubstitution zu positiven Effekten in Bezug auf den Gesundheitszustand, eine Reduzierung des illegalen Drogenkonsums und die Loslösung vom Drogenkontext führt (Versorgungsforschung: Implementierung und Transfer des Behandlungsangebots; Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Schwerstabhängiger<sup>1</sup>, 3).*

Aufgrund der Erkenntnisse dieser Studie konnte Heroin als Arzneimittel zur Substitution zugelassen werden.

Seit dem 01.10.2010 fällt die heroingestützte Substitutionsbehandlung in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

## **2.1 Regulierung des Umgang psychotroper Substanzen**

Die weltweite Regulierung des Gebrauchs und des Verkehrs von Opium und seinen Derivaten lässt sich auf kolonialpolitische und wirtschaftliche Gründe der USA und Englands zurückführen. Da diese Entwicklung maßgeblich für den gesellschaftlichen Umgang mit allen verbotenen psychotropen Substanzen ist und damit auch die Ursache für die soziale Verelendung und den gesellschaftliche Ausschluss der von illegalen Drogen abhängigen Menschen ist, was im Kapitel 3 ausführlich erläutert wird, halte ich es für wichtig im Folgenden näher darauf einzugehen.

Ausgangspunkt der weltweiten Verbotsbestrebungen, waren die Opiumkriege im 19. Jahrhundert zwischen England und China, was ich nun näher darstellen möchte.

Die britische East India Company importierte Tee aus China und bezahlte mit Silber und Opium aus seiner indischen Kolonie. Der prosperierende Opiumhandel führte auf chinesischer Seite zum Absinken seiner Silbervorräte und einer Ausweitung des Opiumkonsums unter den Chinesen, mitsamt den negativen gesellschaftlichen Auswirkungen (vgl. Jungblut, 2004, 31). China verbot daraufhin die Einfuhr von Opium, sah sich jedoch nach Verlust dreier, von England ausgehenden,

---

<sup>1</sup> Die Indikatoren für eine schwere Opiatabhängigkeit können der RL-MVV §3a im Anhang entnommen werden.

„Opiumkriege“ (1840- 1842) militärisch dazu gezwungen dieses Verbot aufzuheben. Dadurch intensivierten sich auch die Handelsbeziehungen in anderen Industriebereichen zwischen England und China. Schließlich erlangten die Engländer eine Vormachtstellung auf dem gesamten chinesischen Wirtschaftsmarkt, was den wirtschaftlichen Interessen der USA gegenteilig entsprach. Die Gewinne, die auf dem chinesischen Opiummarkt erzielt werden konnten, führten sukzessive zum Ausbau des innerchinesischen Opiumanbaus. Die vorhersehbare Einbuße des englischen Opiummonopols in China, die negativen Auswirkungen des Opiumkonsums unter dem englischen Proletariat und der Erlass des Kaisers von China, im Jahre 1906, den Import von Opium innerhalb der nächsten zehn Jahre zu verbieten, veranlasste das britische Unterhaus eine Resolution zur Ächtung des kommerziellen Opiumhandels zu unterzeichnen und seine baldige Einstellung zu fordern (vgl. Jungblut, 2004, 33).

Dieser Resolution schlossen sich die USA an. Grund hierfür war die Sorge um ein sich weiteres Ausbreiten des Opiumkonsums unter den, in der philippinischen Kolonie, stationierten GI's. Zudem verbreitete sich durch den Zuzug chinesischer Arbeiter auch der Opiumkonsum in den USA. Die politische Klasse besah diese Problem von der wirtschaftlichen Seite her und konstatierte eine Wachstumseinbuße der eigenen Wirtschaft sowie der Weltwirtschaft als Folge des nationalen und internationalen Opiumkonsums. Dies führte zu innenpolitischem Handlungsdruck die „Opiumfrage“ zu lösen (vgl. Jungblut, 2004, 34).

Die USA beriefen daraufhin 1909 eine Kommission ein, an der die Mehrzahl der europäischen Länder, sowie China, Siam (heutiges Thailand), Persien und Russland teilnahmen. Ziel war die Ausarbeitung verbindlicher Verträge zur Unterbindung des nicht- medizinischen Gebrauchs von Opium. Da eben jener nicht- medizinische Gebrauch des Opiums weiterhin die Ausnahmestellung Englands auf dem gesamten chinesischen Markt begründete, unterminierte dies die Mitwirkungsbereitschaft Englands. Der hohe außenpolitische und moralische Druck der auf England lastete führten dann doch zur Teilnahme. Jedoch erhob England die Forderung, dass die zu beschließenden Sanktionen des Opiumabkommens auf alle industriell hergestellten Drogen, wie z.B. Kokain, ausgeweitet werden. Dadurch sollte Deutschland als größter Hersteller dieser Substanzen wirtschaftlich geschwächt und England von der moralischen Anklage, des globalen kommerziellen Drogenhändlers, teilentlastet werden.

So kam es, dass aus der ...“ *internationalen Opiumfrage die internationale Rauschgiftfrage- der Kern des modernen Drogenproblems*“... (Jungblut, 2004, 35ff) wurde.

Deutschland versuchte die Ratifizierung hinaus zu zögern, jedoch mit Unterzeichnung des Versailler Vertrages nach dem ersten Weltkrieg, wurde ebenso die Ratifizierung des internationalen Opiumabkommens vollzogen. Inhaltlich ging es dabei um die Zusage der Beschränkung auf

ausschliesslich medizinische und wissenschaftliche Verwendung der vom Opiumabkommen betroffenen Substanzen, der Kontrolle der Produktion und der Überwachung des Grundstoffverkehrs.

Mit der Ratifizierung des Versailler Vertrages 1919 wurde ebenfalls die Zusage zur Verabschiedung eines nationalen Opiumgesetzes verknüpft (vgl. Jungblut, 2004, 38) . Dies geschah am 22.2.1920. Ziel des Gesetzes war die strafrechtliche Ahndung der Konsumenten und Händler, der als illegal eingestuften psychotropen Substanzen. 1971 wurde das Opiumgesetz vom Betäubungsmittelgesetz ersetzt, um dem sich ausbreitenden Drogenkonsum und der damit verbundenen Rauschgiftkriminalität Einhalt zu gebieten. Das neue Gesetz wies eine differenzierte Anwendung bei der Rechtsprechung zu. Es bot die Möglichkeit gegen Händler hohe Freiheitsstrafen zu verhängen, gegen Konsumenten Geldstrafen auszusprechen und bot zudem auch die Möglichkeit therapeutische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen (vgl. Jungblut, 2004, 48).

Dem voraus gegangen war ein Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts das dem von Sucht Betroffenen einen Rechtsanspruch zur Behandlung seiner Krankheit einräumte (vgl. Stimmer, 2000, 496). Inwieweit das vom BtMG intendierte Ziel einer drogenfreien Gesellschaft erreicht worden ist, wird in dem Kapitel 3.4 untersucht.

### **2.1.1 Heroinkonsum in Deutschland**

Das Institut für Therapieforchung (ITF) in München erhob 2005 eine Schätzung der zur Folge 175000 Menschen in Deutschland einen abhängigen Konsum von Opiaten aufweisen (Klos, Görgens, 2009, 15). Generell bewegen sich die bundesweiten Schätzungen zur Opiatabhängigkeit in Deutschland zwischen 150000- 200000 Personen (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 83). Solche Berechnungen werden auf der Grundlage der Anzahl von Polizeikontakten, Drogentodesfällen, der Zugänge zum Behandlungssystem in einem Multiplikator- Verfahren berechnet (DBDD, 2010/11, 89).

Aus der Notwendigkeit heraus die Sucht finanzieren zu müssen kommt es im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung bei der überwiegenden Mehrheit zu delinquentem Verhalten in Form von Beschaffungskriminalität (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 75).

Eine aus dem Jahr 1995 stammende Studie beziffert den durch einen Heroinabhängigen verursachten volkswirtschaftlichen Schaden auf 130000 DM (66467 Euro) pro Jahr (vgl. Tretter, 2001, 40). Vor dem Hintergrund, dass die Reinheit des Heroins im Straßenhandel von 1999- 2009 relativ konstant bei 15- 20% lag (vgl. DBDD, 2010/11, 216) und dass die Preise pro Gramm im

Straßenhandel bei 43 Euro im Jahr 2001 (vgl. Jungblut, 2004, 101), bzw. 37 Euro im Jahr 2006 und 36,2 Euro im Jahr 2010 (DBDD, 2010/11, 212) sich nicht wesentlich veränderten, kann bei einer Prävalenz von 175000 Opiatabhängigen nach eine volkswirtschaftliche Gesamtbelastung von ca. 5,25 Milliarden Euro als grober Richtwert angenommen werden.

Maßnahmen der Prävention, Intervention und Repression mit Bezug zu illegalen Drogen führten 2006 auf Ebene der Gebietskörperschaften zu einem Betrag von 3,6- 4,5 Milliarden Euro. 65% dieser Kosten wurden für die Funktion „Öffentliche Sicherheit und Ordnung“ verwendet. Diese Maßnahmen beziehen sich also auf staatliches Handeln zur Wahrung des Verbots bezüglich des Umgangs mit illegalen Drogen (vgl. DBDD, 2010/11, 32).

### **2.1.2 Produktion und Handel von Heroin**

Der World Drug Report 2010 der UN belegt, dass in den westeuropäischen Länder der weltweit höchste Konsum an Heroin stattfindet. 26 %, das heißt 88 Tonnen, der 2008 weltweit verbrauchten 340 Tonnen Heroin, wurden 2008 auf dem westeuropäischen Markt verbraucht. Der Konsum in Deutschland lag 2008 bei 6,8 Tonnen Heroin. Hauptproduzent von Opium, dem Grundstoff des Heroins ist Afghanistan. 2009 wurden dort 6900 Tonnen Opium angebaut, das entspricht 89% der gesamten globalen Opiumernte. Der Weg auf den westeuropäischen Markt führt überwiegend über die Balkanroute. Diese führt von Afghanistan über den Iran in die Türkei und über die süd-osteuropäischen Staaten zu den jeweiligen Märkten des westeuropäischen Endverbrauchers (vgl. UNODC, 2010, 21).

Hauptprofiteur des Drogenverbotes ist die organisierte Kriminalität, die stets den Markt für illegale Drogen bediente. So übernahm bereits die italienische Mafia 1920 den weltweiten Handel mit Heroin als dieses, wie bereits beschrieben, mit der Ratifizierung des Opiumabkommens für illegal erklärt wurde. Das Verbot bestimmter psychotroper Substanzen und der dadurch erzielte enorme Profit auf dem Schwarzmarkt trug somit ganz wesentlich zur Entwicklung und zum Wachstum des organisierten Verbrechens bei und tut es bis heute noch (vgl. Stimmer, 2000, 325).

Das weltweite Volumen des illegalen Drogenhandels wird auf 500 Milliarden Dollar geschätzt (vgl. Stimmer, 2000,142)

Vielfach wurde der Drogenhandel auch zur Durchsetzung von geopolitischen Interessen genutzt. Stellvertretend seien hier die Anstrengungen der USA genannt das Abgleiten südamerikanischer Einzelstaaten in das kommunistische Lager zu verhindern.

Die Profite, die mit dem illegalen Drogenhandel erzielt werden bilden eine zunehmende Bedrohung für die politische Stabilität in vielen Gebieten der Erde. Durch die Partizipation am Drogenhandel



oder der Besteuerung der geschmuggelten Drogen gelangen kriminelle Banden an große Geldmittel. Diese Geldmittel werden zum Teil zum Ausbau der eigenen Machtposition in Form von politischer Korruption oder in Waffenkäufe reinvestiert. Dadurch gelingt es dem organisierten Verbrechen, Politiker zu beeinflussen, sie abhängig zu machen, den Staat sukzessive zu schwächen und das erodierende Machtmonopol neu zu besetzen. Ein aktuelles Beispiel ist Mittelamerika. In Teilen von Guatemala, El Salvador aber auch in Mexico haben staatliche Institutionen in Teilen ihr Machtmonopol an die dort vorherrschenden Kartelle eingebüßt (vgl. UNODC, 2010, 27). Die Infiltration des italienischen Staates durch die Mafia, vor allem im südlichen Teil des Landes, ist Teil der europäischen Realität.

## **2.2 Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen**

Zur Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen, die durch den Konsum von Heroin oder anderen psychotropen Substanzen hervorgerufen werden können, wurde das ICD in seiner nunmehr zehnten Fassung als ein weltweit gängiges System zur Diagnose und Klassifizierung von Krankheiten entwickelt. Urheber ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Mit dem ICD-10 soll internationale Konformität bei dem Erstellen von Diagnosen, im Bereich der Ausbildung und der Verwendung der Fachsprache erzielt werden. Zur Diagnostik von Krankheiten durch Drogenkonsum ist das Kapitel V (F) einschlägig. Dort werden dem Krankheitsbild entsprechend Symptome, Merkmale, und Verursacher eine Kennzahl zugeordnet (F 10.0- F19.9). Aus diesem Code lässt sich dann die individuelle psychische Störung ablesen (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 13).

Die ICD-10 Klassifizierung ermöglicht somit das Erstellen einer sicheren Diagnose von der Art und dem Schema einer Abhängigkeitserkrankung und ist zudem Grundvoraussetzung für die Verwirklichung eines Rechtsanspruchs zur Kostenübernahme einer rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung.

Eine Abhängigkeitserkrankung, die durch Heroin induziert wurde, wird mit der ICD-10 Kodifizierung F.11.2 gekennzeichnet.

### **2.2.1 Schädlicher Gebrauch**

Der Abhängigkeit vorgelagert ist der schädliche Gebrauch. Laut ICD-10 ist er dann zu bejahen, wenn bereits aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen körperliche und psychische

Schädigungen der Gesundheit zu verzeichnen sind. Eine Hepatitisinfektion als Ergebnis des intravenösen Konsums von Heroin gilt als körperliche Schädigung, als psychische Schädigung gelten zum Beispiel drogeninduzierte Psychosen. Bei dem in angelsächsischen Ländern verbreiteten Diagnosesystem, dem DSM-IV-TR, werden zudem auch schädliche Folgen im sozialen Bereich bei der Klassifikation des Substanzmissbrauchs mit einbezogen. Dazu gehören u.a. zwischenmenschliche Probleme oder Verkehrsdelinquenz. Zentrales Diagnosekriterium ist dabei die Fortsetzung des Konsums, trotz wiederholt auftretender negativer Konsequenzen (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 15ff.).

## 2.2.2 Abhängigkeit

Eine Abhängigkeitserkrankung besteht laut ICD-10 dann, wenn der „... *Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden*“... (Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 14). Dies ist zu bejahen, wenn drei oder mehr, der acht im diagnostischen Schema bei Abhängigkeit (ICD-10) aufgeführten Kriterien innerhalb eines Jahres auftreten. Beispielhaft kann ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis von Toleranz und der anhaltende Konsum einer Substanz trotz Nachweis schädlicher Folgen genannt werden (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 14).

Die Kategorie F19 ICD-10 beschreibt die Mehrfachabhängigkeit von psychotropen Substanzen. Das Zustandekommen einer Mehrfachabhängigkeit ist häufig der unregelmäßigen Verfügbarkeit einer einzelnen Substanz geschuldet. Das führt zu wahllosen Konsum verschiedener Drogen und damit auch zu einer gesundheitlichen Mehrbelastung der Abhängigen. Polytoxikomaner Drogenkonsum bildet das Hauptkonsummuster in der heutigen Drogenszene (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 15).

Wie bereits erwähnt ist der Toleranzerwerb eine Begleiterscheinung der Abhängigkeitserkrankung. Gründe für das Entstehen von Toleranz sind sowohl „...*, das Absinken der Empfindlichkeit der zellulären Rezeptoren an den Wirkorten als auch die Beschleunigung des Fremdstoffabbaus im Organismus*“... (Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 16). Durch das stete Einbringen einer Fremdschubstanz in den Organismus ist der Körper schließlich in der Lage, eine ursprünglich tödliche Dosis, aufzunehmen. Um eine spürbare Wirkung zu erzielen, ist der Klient gezwungen die Dosis steigern. Dies führt zu einer Steigerung der Einzel- und Gesamtdosis und folglich zur Manifestation der körperlichen und psychischen Abhängigkeit (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 16).

## 2.3 Die Wirkung von Heroin im Gehirn

Das Gehirn besteht aus Nervenzellen, den Neuronen und Gliazellen, die die Versorgung des Gehirns übernehmen. Die Neuronen übermitteln Informationen (spezielle Erregungen) und initiieren dadurch die Aktivität des Gehirns. Bei der Informationsübermittlung wandert ein elektrochemisches Signal entlang eines Nervenastes zur Kontaktstelle zweier Nervenenden, der Synapse. Die Enden der Nerven sind durch den synaptischen Spalt voneinander getrennt, der mit Gehirnflüssigkeit gefüllt ist. Im Endkopf der Nervenzelle werden Neurotransmitter gebildet, die für eine bestimmte Information zuständig sind und in den synaptischen Spalt freigesetzt werden. Diese Neurotransmitter docken an den dafür vorgesehenen Rezeptoren der gegenüberliegenden Nervenzelle, nach dem Schlüssel-Schloss Prinzip, an. Mit dem Andocken erfolgt die Informationsübertragung von einem Nervenende zum anderen. Nach erfolgter Übertragung wandern die Neurotransmitter zurück oder werden vor Ort abgebaut (vgl. Voigtel, 2001, 51ff.). Jegliches Denken, Fühlen und Handeln unterliegt diesem Prozess.

Psychotrope Substanzen, so auch Heroin, erzielen ihre Wirkung im zentralen Nervensystem. Dort werden in verschiedenen Bereichen Körperfunktionen wie Atmung, Bewegung, Affektverhalten und akustische Signale verarbeitet. Zentrale Bedeutung obliegt dabei dem limbischen System, was für die Regulierung von Gefühlen und Emotionen zuständig ist. Es ist außerdem für das Lernen und Erinnern bedeutsam (vgl. Jungblut, 2004, 93).

Heroin entfaltet seine Wirkung, indem es die Opiatrezeptoren im limbischen Belohnungssystem aktiviert und dadurch einen angenehmen Zustand der Euphorie bewirkt. Zudem beeinflusst die Aktivierung der Opiatrezeptoren eine Herabsetzung des Schmerzempfindens (Analgesie).

Heroin bewirkt zudem das Herabsetzen der Atemfrequenz.

Häufig ist die sogenannte Atemdepression als Erstickungstod ursächlich für das Ableben eines Heroinabhängigen (vgl. Jungblut, 2004, 99).

## 2.4 Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

Entscheidend für die Entwicklung einer stoffgebundenen Sucht ist ...“ *das Verhältnis des Erlebniszustands unter Rauscheinfluss im Hinblick auf den Erlebniszustand im Nüchternzustand, das als das eigentliche Treiberprogramm des Stoffkonsums wirkt*“...(Tretter, 2001, 22)

Die Entstehung von einer Sucht kann durch viele Einzeldisziplinen (psychologisch, biologisch, soziologisch, medizinisch) begründet werden, diese sind für das Zustandekommen einer Abhängigkeit von chemischen Betäubungsmitteln wie Heroin oder Kokain universell anwendbar.

Langzeitstudien haben ergeben, dass das Zusammenwirken der unterschiedlichen Bedingungsfaktoren bei der Suchtentstehung eine entscheidende Rolle spielt (vgl. Täschner, Bloching; Bühringer; Wiesbeck; 2010, 52). Das in der Praxis (z.B.: Integrative Therapie nach Petzold) gängige Suchtverständnis bündelt einzelne Erklärungsansätze zur Suchtentstehung in einem Modell um diesem Umstand gerecht zu werden.

### **2.4.1 Die Trias der Suchtursachen**

Die Trias der Suchtursachen ist ein weit verbreiteter Erklärungsansatz, der die Entstehung von Sucht als multifaktorielles Geschehen begreift. Der Begriff Sucht ist gleich zu setzen mit dem Begriff der Abhängigkeit. Grundlage des Modells ist die Interaktion bzw. die gegenseitige Bezugnahme und gegenseitige Beeinflussung der Faktoren Droge, Person und Umwelt. Sie stehen demnach in einem Wechselwirkungsverhältnis. Jeder dieser Faktoren besitzt verschiedene Merkmale, die suchthemmend oder suchtfördernd auf die Person wirken. Diese reagiert auf die sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren mit eigenem Verhalten, das biografisch und situativ motiviert ist. Die Entstehung von Sucht folgt demnach keinem Ursache- Wirkung Prinzip, sondern unterliegt einem Prozess, dessen Verlauf von den gegensinnigen Wirkungen der Bedingungsfaktoren und den darauf bezogenen Handlungsalternativen der Person bestimmt wird (Stimmer, 2000, 265).

Warum schließlich der Einzelne vom Probierkonsum zur Sucht gelangt ist individuell zu begründen, da jede Person in einem subjektiv geprägtem Interaktionsverhältnis zur Umwelt und Droge steht und sich wiederum individuell dazu verhält.

So können traumatische Erfahrungen in der Kindheit, eine genetische Disposition, eine gefährdende Familiensituation oder deren Zusammenwirken als Ursache für die Suchtentstehung der einen Person gelten, wohingegen eine andere Person bei gleichen Belastungsfaktoren keine Suchtmittelabhängigkeit bildet. Das Verfügen über innere Schutzfaktoren wie zum Beispiel eine hohe Resilienz oder über äußere Schutzfaktoren im Sinne fester Freundschaften, ermöglichen es der einen Person auf Ressourcen zurück zu greifen, die ein adäquates Bewältigungspotential darstellen und das Auftreten einer Abhängigkeit verhindern. Die Qualität der individuellen Ressourcenausstattung ist also grundlegend für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung. Drogenkonsum findet auch stets in einem zeitlichen Kontext statt. Im Lebenslauf der Person erfahren die zur Sucht disponierenden Merkmale ebenfalls ein Auf und Ab ihres Beeinflussungspotentials. Hierbei wird der prozesshafte Charakter der Sucht abermals deutlich, der ... , *eine Vorgeschichte hat und insgesamt aus Einstieg, Fortsetzung, Gewöhnung und*

Sucht“...(Stimmer, 2000, 265) besteht. Dabei kommt es zu ineinander fließenden Übergängen.

Jeder Faktor des Interaktionsverhältnisses Droge, Person, Umwelt verfügt über bestimmte Charakteristika. Die, des Faktors Droge, sind unter anderem die Art, Dosis und ihre Verfügbarkeit. Die Merkmale des Faktor Person beinhalten die frühkindliche und aktuelle Lebenssituation, individuelle Persönlichkeitsfaktoren sowie biomedizinische (körperliche) Faktoren. Als Merkmale des Faktor Umwelt gelten der soziale Nahraum, das heißt, die Familie und das soziale Umfeld, der Sozialstatus sowie die Werte und Lebensweisen (vgl. Sting; Blum, 2003, 35).

Es gilt dabei zu beachten, dass die genannten Merkmale nur einen kleinen Ausschnitt der Gesamtheit aller Merkmale bilden und wie bereits erwähnt, positiven oder negativen Einfluss auf die Suchtentstehung haben können.

Jene Merkmale lassen sich auch biologisch, psychologisch und soziologisch kategorisieren. Ein biologisches Merkmal des Faktors Person ist die Vererbbarkeit der genetischen Disposition zur Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung. Entwicklungsschädigungen in den ersten Lebensjahren sind psychologische Merkmale der Person. Als soziologisches Merkmal der Person gilt unter anderem das Verfügen über soziale Netzwerke mit problematischen Beziehungsmustern, im Sinne einer „broken-home“ Situation (vgl. Sting; Blum, 2003, 35).

Ebenso lassen sich biologische, psychologische und soziale Merkmale den Faktoren Droge und Umwelt zuordnen.

## **2.4.2 Funktionalität von illegalem Drogenkonsum**

Primäre Funktion des Konsums von Heroin oder anderen psychotropen Substanzen ist meist das Erleben eines Rauschzustandes. Dieser ist ursprünglich mit angenehmen Gefühlen besetzt. Die Fähigkeit zum Rauscherleben nimmt mit kontinuierlichem Konsum aufgrund des Toleranzerwerbs ab. Der Konsument ist dadurch gezwungen die Dosis zu steigern oder eine andere Substanz zu konsumieren, um einen Rausch zu erleben. Bei Fortsetzung des Substanzkonsums kommt es im weiteren Verlauf zu einer chronischen Intoxikation. Durch ständige Zufuhr befindet sich die Substanz nun durchgängig im Organismus. Durch den, auf den Toleranzerwerb folgenden, Umstrukturierungsprozess im Körper kommt es bei ausbleibender Substanzzufuhr zu sogenannten Entzugserscheinungen, die zu erneutem Konsum motivieren (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 16). Der Verlauf vom Probierkonsum zum abhängigen Konsum lässt sich so in Kürze beschreiben.

Warum Menschen das Rauscherlebnis auf Dauer zu sichern versuchen und dabei scheitern kann

man der Definition der Sucht des Integrativen Therapieansatzes entnehmen.

In der Integrativen Suchttherapie wird Sucht bzw. Abhängigkeit verstanden ..., *als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- und Problemlösung in einem supportarmen Kontext durch eine geschädigte Persönlichkeit mit einem defizienten Selbst, einem schwachen Ich und einer sich selbst entfremdeten Identität. Diese stellen das Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne bei Abwesenheit protektiver Faktoren und Resilienzen dar, wobei in der Regel vielfältige Negativfaktoren kumulativ zum Tragen kommen* (Schay; Liefke, 2009, 17).

Die Definition stellt die Faktoren Droge, Person und Umwelt in einen kausalen Zusammenhang, der unter Einbeziehung des Faktors Zeit, Sucht als multifaktoriell bedingtes Ergebnis darstellt.

Kern der Definition ist der Abbau von inneren Belastungszuständen.

Felix Tretter geht in seinem Modell der Ökologie der Sucht von einem gestörten Beziehungsgefüge zwischen Person und Umwelt aus. Er bezieht sich ebenfalls auf das multifaktorielle Modell. Die aktuelle Störung ist das Ergebnis von in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen, die sich auf das gegenwärtige Umweltbeziehungsgefüge auswirken. Dadurch ist die Person zur Ausbildung süchtigen Verhaltens disponiert.

Die Funktionalität der Droge ergibt sich daraus, dass sie zwischen die gestörten Lebensbereiche Umwelt und der Person tritt. Dadurch erfolgt eine Positivierung dessen, was ehemals als belastend wahrgenommen wurde. Es folgt eine ..., *rauschbedingte subjektive Verbesserung der Lebensbedingungen der Person... . Die Droge verbessert also sozusagen das subjektive Ökosystem der Person,, ...* (Tretter, 1998, 318).

Die sich sofort einstellende, spannungsreduzierende Wirkung trägt dabei maßgeblich zur Suchtentstehung bei. Verhaltenssteuernd, unter Bezugnahme der Lerntheorie, ist die kurzfristige Bilanz der Droge (Einnahme, umgehende Wirkung), die suchtfördernd wirkt. Im weiteren Verlauf kommt es im „Nüchternökosystem“ zu weiteren Belastungen (Verlust der Arbeit, Bruch mit der Familie) durch das „Drogenökosystem“. Eine positive Wahrnehmung der einzelnen Lebensbereiche gelingt im Weiteren nur bei Aufrechterhaltung des Drogenkonsums (Tretter, 1998, 319).

### **2.4.3 Folgen der Abhängigkeit von illegalen Drogen**

Die Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung hat negative Auswirkungen auf die soziale und gesellschaftliche Integration der Konsumenten. Die Abnahme der Beziehungen zur Familie, zum Freundes- und Bekanntenkreis sind häufige Ergebnisse einer Abhängigkeitserkrankung. Zudem werden vielfach Schul- und Berufskarrieren unterbrochen, was im Ergebnis zu Arbeits- und

Wohnungslosigkeit führt (vgl. Täschner; Blochin,; Bühringer; Wiesbeck , 2010, 47).

Hilarion Petzold, Begründer der Integrativen Therapie, definiert Drogenabhängigkeit als ... *“ komplexe, psychische, somatische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und – wenn es lange genug wirkt- zerstört. Drogenabhängigkeit geht weit über ein traditionelles medizinisches Krankheitsverständnis hinaus. Sie ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist auch krank und das Netzwerk gehört auch zur Person. “*... (Petzold; Schay; Ebert, 2004, 467).

Diese Definition veranschaulicht sehr gut die Mehrdimensionalität der Abhängigkeit, da sie auf einem biopsychosozialen Modell der Krankheit, bzw. einem biopsychosozialen Menschenbild basiert.

Dieses Modell ist aus der allgemeinen Systemtheorie von Niklas Luhmann und seiner Anwendung auf die Biologie hervorgegangen. Demnach ist der Mensch die Ganzheit eines organisierten, dynamischen, interdependenten in vertikaler und horizontaler Ebene miteinander vernetzten Systems. Diese System und seine Subsysteme interagieren unweigerlich mit sich und der Umwelt. Da nichts isoliert abläuft, bedingt eine Veränderung auf der einen Ebene unweigerlich eine Veränderung auf anderen Ebenen. Der Mensch ist also ein „ bio-psycho-sozial“ vernetzter Organismus (Egger in: Psychologische Medizin, 2005, 4ff).

Dieses Modell grenzt sich von einem „rein medizinischen“ Behandlungsansatz zur Überwindung der Abhängigkeitserkrankung ab und verdeutlicht sehr gut warum ein einfaches „ aufhören mit den Drogen“ nicht gleichzusetzen mit dem Ausstieg aus der Sucht ist.

Der Auswertung der Suchthilfestatistik 2011, die das Jahrbuch Sucht 2011 vornimmt, kann man entnehmen, dass über 50% der Klienten in ambulanten Einrichtungen mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit ohne Partner leben. 59% der männlichen Klienten und 64% der weiblichen Klienten geben zudem an arbeitslos zu sein. (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 214). Der deutschen Suchthilfestatistik aus dem Jahr 2007 ist zu entnehmen, dass lediglich 62,9% der opiatabhängigen Patienten in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen über eigenen Wohnraum verfügen. Wie bereits erwähnt führt der Konsum von Drogen zu kriminellen Verhalten. Die Finanzierung der Sucht geht häufig einher mit Verstößen gegen das BtMG, sowie Diebstahl- und Raubdelikten. Im Laufe ihres Lebens werden 85% der Drogenabhängigen mit einem Strafverfahren konfrontiert (vgl. Klos; Görgen, 2009, 19).

Diese Lebensumstände determinieren die Lebensläufe drogenabhängiger Menschen und bestimmen ihre Lebenswelt. Durch Fortschreiten der Abhängigkeitserkrankung kommt es sukzessive zum Verlust suchthemmender Faktoren wie zum Beispiel sozialer Netze, Arbeit oder Wohnraum, was zur

Aufrechterhaltung und Verschärfung der Sucht führt. Eine soziale Integration wird aufgrund der überdurchschnittlich hohen Belastung durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, sowie Straffälligkeit erschwert. Das Fehlen sozialer Sicherungssysteme determiniert viele scenetypische Lebensläufe nach dem Muster der Negativspirale aus Verurteilung, Haft, Therapie, Rückfall, erneute Straftat, erneute Haft.

Chronischer Drogenkonsum, vor allem der des Heroins, ist zudem Ursache pathologischer Begleiterscheinungen in körperlicher und psychologischer Hinsicht. Diese werden begünstigt durch die Gefahren des intravenösen Konsums durch unsteriles Spritzbesteck, unsauberen Stoff und Verwahrlosungserscheinung in Form von Mangelernährung und mangelnder Körperhygiene. (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 30ff).

Folgen auf körperlicher Ebene sind chirurgische Erkrankungen in Form von Abszessen, Gefäßdefekten und Embolien sowie internistischen Erkrankungen wie Hypotonie, Endokarditis und endokrinen Störungen. Zudem haben 70%-90% der mehrfachabhängigen Konsumenten eine Hepatitis Infektion. Die HIV-Infektionsrate bei drogenabhängigen Menschen liegt, regional schwankend, bei 5%-20% . Weitere Belastungen erfährt der Konsument durch den devianten Lebensstil im Sinne von Beschaffungskriminalität und unter anderem Prostitution. Dadurch ist der Konsument in einen dauerhaften Stresszustand versetzt, was wiederum die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums begünstigt. Folgen auf psychischer Ebene sind zusätzliche psychische Störungen wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, oder Angststörungen, die bei jedem zweiten Opiatabhängigen diagnostiziert werden können (vgl. Klos; Görden, 2009, 16).

Drogenabhängige Menschen haben letztlich ein 10-30 mal höheres Mortalitätsrisiko als die Normalbevölkerung (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 34).

### **3. Säulen der Drogenpolitik**

Prävention, Repression, Beratung und Therapie, sowie Überlebenshilfe, werden als die vier Säulen der Drogenpolitik bezeichnet. Innerhalb dieser Felder ergreifen die staatlichen und gesellschaftlichen Akteure unterschiedliche Maßnahmen die einen Beitrag zur Lösung des „Rauschgiftproblems“ leisten sollen.

Prävention bezieht sich auf Maßnahmen zur Verhinderung des Konsums illegaler Drogen. Man unterscheidet zwischen aktiver und reaktiver Prävention. Aktive Prävention erhebt Maßnahmen zur Kontrolle der Verfügbarkeit, indem der Handel und Erwerb unter Strafe gestellt wird. Daneben versucht aktive Prävention durch Wissensvermittlung über die Gefahren des illegalen Konsums



aufzuklären und so potentielle Konsumenten in ihrem Verhalten zu beeinflussen (vgl. Stimmer, 2000, 145).

Reaktive Prävention erfolgt als Reaktion auf den Gesetzesübertritt in Gestalt von Besitz, Handel oder Erwerb illegaler psychotroper Substanzen. Maßnahmen die einen Rechtsbruch sanktionieren werden überwiegend von Polizei und Justiz angeordnet.

Die Sanktionen sollen auch abschreckend auf die Gesellschaft wirken, daher ist die Repression auch als Teil der Prävention zu betrachten. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sieht in dem Konsum illegaler Drogen eine kriminelle Handlung. Dabei wird die Ausgestaltung der Strafe von der Annahme geleitet, dass Drogenkonsum zugleich Krankheit und kriminelle Handlung ist. Deswegen hält das BtMG auch die Möglichkeit der Therapie für drogenabhängige Straftäter bereit. Das Mittel der Strafe soll dabei als zusätzliche Therapiemotivation dienen (vgl. Jungblut, 2004, 61).

Therapie und Beratung zielen darauf ab, gefährdeten oder bereits abhängigen Menschen zu helfen ihre psychosoziale Lage zu verbessern und sie für eine Behandlung zu motivieren. Die Therapie oder auch Entwöhnungsbehandlung ist zentraler Bestandteil der Suchthilfe. Neben der Überwindung der Abhängigkeitserkrankung wird die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, bzw. die Abwendung einer Erwerbsminderung angestrebt (vgl. Stimmer, 2000, 191).

Maßnahmen der Überlebenshilfe sollen zur Senkung der Mortalität Suchtkranker beitragen. Dazu gehören die Einrichtung von Konsumräumen, in denen, unter hygienischen Bedingungen, Drogen konsumiert werden können und in denen eine medizinische Basisversorgung angeboten wird (vgl. Stimmer, 2000, 12).

Drogenpolitische Entscheidungen setzen den Rahmen, innerhalb dessen die Drogenhilfe ihre Angebote konzipieren und ihrem Klientel zutragen kann. Als letztthürdliche Instanz dient dabei das Betäubungsmittelrecht, mit seiner Intention, den Umgang mit illegalen psychotropen Substanzen staatlich regeln zu müssen, um den Gefahren, die der Gesellschaft und dem Individuum bei nicht-staatlicher Regulierung drohen, entgegen wirken zu können (vgl. Stimmer, 2000, 144).

Jedwedes Angebot der Hilfe muss sich dem Betäubungsmittelrechts unterwerfen, um den Anspruch auf Legalität zu wahren, was als Voraussetzung zur Finanzierung durch die öffentliche Hand dient (Jungblut, 2004, 127). Exemplarisch sei hier auf die Einrichtung von Konsumräumen verwiesen. Dabei handelt es sich eigentlich um einen Straftatbestand nach §29 Abs. 11 (Gewährung der Gelegenheit zum Konsum), welcher durch eine Sondergenehmigung (§10a, BTMG) außer Kraft gesetzt wird.

Das Betäubungsmittelrecht und das Sozialrecht, schaffen somit einen Raum innerhalb dessen die Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen des Umgangs mit illegalen Drogen verortet werden können. Drogenpolitik bildet die Schnittstelle vieler anderer Politikbereiche (z.B.: Gesundheits-,

Sozial-, Innen-, Außen-, und Wirtschaftspolitik) und wird folglich auch von vielen unterschiedlichen Akteuren mit unterschiedlichen Interessen (z.B: Parteien, Interessenverbände, Rentenversicherer, Krankenkassen, Juristen, Ärzte, Polizei etc) beeinflusst (vgl. Stimmer, 2000, 145).

### **3.1 Ziele der Drogenpolitik**

Wie erwähnt zeichnet sich die drogenpolitische Landschaft durch Heterogenität der Teilnehmer aus. Veranschaulichen lässt sich das anhand der Ziele, die die einzelnen Akteure hinsichtlich des gesellschaftlichen Umgangs mit illegalen Drogen formulieren. Je nach „ideologischer“ Ausrichtung wie man illegalen Drogenkonsum bewertet, definieren sich auch die zu erreichenden gesellschaftspolitischen Ziele. „Drogenfreiheit der Gesellschaft“, als auch der akzeptierte „Drogengebrauch in der Gesellschaft“ bezeichnen nahezu diametrale Interessensgegensätze (vgl. Jungblut, 2004, 57).

Die unterschiedlichen Zielformulierungen bedingen auch unterschiedliche Strategien und Lösungsansätze. Durch die Bewertung ob Drogenkonsum kriminelles Verhalten sei, oder eine zu behandelnde Krankheit nehmen die einzelnen Akteure drogenpolitische Positionen ein, die die Ausrichtung ihres Handelns bestimmen.

Wie sich die gesellschaftliche Meinung bezüglich des Konsums illegaler Drogen entwickelte und unter welchen Einflüssen dies geschehen ist möchte ich im folgenden beschreiben.

#### **3.1.1 Konzeptionalisierungen von illegalem Drogenkonsum**

Wie oben erwähnt, folgte die weltweite Prohibition psychotroper Substanzen dem Primat wirtschaftlicher und kolonialpolitischer Interessen. Auch die Einführung des Betäubungsmittelgesetzes folgte herrschaftspolitischen Interessen, wie ich im Folgenden näher darstellen möchte.

Die Einführung des BTMG's, steht in Zusammenhang mit der beabsichtigten Lösung des Gesellschaftskonfliktes zwischen der Kriegs- und Nachkriegsgeneration in Deutschland. Teile jener Nachkriegsgeneration brachen mit den Normen und Werten, der auf Autorität und Gehorsam bedachten Elterngeneration und bemühten sich um Gegenentwürfe zu den Lebensentwürfen, die die Gesellschaft für sie bereit zu halten schien. Der Generationenkonflikt beschränkte sich nicht nur auf Deutschland, sondern trat in der gesamten westlichen Welt zu Tage. Dabei wurde auch von Teilen der Nachkriegsgeneration ein offener Umgang mit Drogen praktiziert (vgl. Jungblut, 2004, 47).

Das Aufbegehren der jüngeren Generation führte zur Verunsicherung weiter Teile der Gesellschaft. Diese sah in dem Drogenkonsum die Ursache für den Generationenkonflikt, was auch konsensual von allen Parteien mitgetragen wurde. Kampagnen, die aus heutiger Sicht groteske, populistische und unwissenschaftliche Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und der Gefährdung des Gemeinwohls schlussfolgerten, zogen Forderungen nach schärferen Sanktionen gegenüber Drogenkonsumenten nach sich. Einen Perspektivenwechsel innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses prägte jene Zeit und trug zur Fokussierung auf prohibitiven und repressiven Maßnahmen zur Lösung des Problems bei. Die ehemals vorherrschende medizinische Betrachtungsweise des Drogenkonsums, der sogenannte medical approach, trat zunehmend in den Hintergrund. An seiner Stelle trat der sogenannte legal approach innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses, welcher Maßnahmen strafrechtlicher Sanktionen favorisierte (vgl. Jungblut, 2004, 47).

Der politische Handlungsdruck führte schließlich zum Inkrafttreten des BtMG's am 22.12.1971. Damit wurde die vollständige Unterdrückung des illegalen Handels, die vollständige Kontrolle des legalen Handels und die Möglichkeit zur Therapie rechtlich verankert (vgl. Jungblut, 2004, 48).

Für die Betrachtung der heutigen Drogenpolitik ist dieses Hintergrundwissen insofern von Bedeutung, da hier eine Verbindung zwischen der Einführung prohibitiver Drogengesetze und der damit verbundenen Hoffnung eine inszenierte Gefahr für die Gesellschaft beherrschbar machen zu können sichtbar wird.

Es entstand ein Gesetz, das das Ziel einer von illegalen Drogen abstinenten Gesellschaft verfolgte und Maßnahmen bereithielt dieses Ziel umzusetzen. Ob jenes Gesetz und damit auch eine auf Abstinenz ausgerichtete Drogenpolitik als gescheitert bezeichnet werden kann, wird in Kapitel 3.4 untersucht.

Die damalige Diabolisierung des Konsums illegaler Drogen und seiner vermuteten Folgen, führte sukzessive zu sozialen Definitionsprozessen, die sich im Verlauf der Institutionalisierung der Drogendebatte verfestigten.

Das führte zur gesellschaftlichen Wahrnehmung des Drogenkonsums als zu „behandelndes, klinisches Problem“ mit negativer Konnotation und der Annahme, dass Abstinenz und Prohibition erfolgreiche Lösungsstrategien darstellen (vgl. Jungblut, 2004, 77).

Die konsensuale Ausrichtung auf das Abstinenzparadigma<sup>2</sup> beherrschte bis Mitte 1980 das drogenpolitische Handeln. Erst durch die, in den gesellschaftlichen Fokus rückenden, negativen Auswirkungen der prohibitiven Drogenpolitik in Gestalt der epidemischen Ausbreitung des HI- Virus unter den Drogenkonsumenten und den offenen Drogenscenen, entstanden

---

<sup>2</sup> Abstinenzparadigma: „*Sammelbegriff für eine Haltung, die die Suchtmittelfreiheit als einziges Ziel, z.T. Auch als Voraussetzung für Hilfen beschreibt*“ (Stimmer, 2000, 7)

suchtbegleitende Maßnahmen, die sich an den Bedürfnissen der Konsumenten orientierten und sich unter den Begriff des Akzeptanzparadigmas<sup>3</sup> subsumieren lassen. Als Beispiel können hier die Einrichtung von Konsumräumen und die Möglichkeit zur Substitution genannt werden (vgl. Stimmer, 2000, 12).

Diese suchtbegleitenden Maßnahmen sind heute fester Bestandteil der Drogenhilfe und führten so zu einer weiteren Ausgestaltung des Drogenhilfesystems.

Es gibt also drei unterschiedliche Konzeptionalisierungen, bezogen auf illegalen Drogenkonsum. Zum einen gibt es den kriminalisierenden Ansatz, der den Konsum illegaler Drogen als strafbare Handlung ansieht und strafrechtliche Sanktionen einfordert. Als zweites gibt es den pathologisierenden Ansatz, der den Konsum illegaler Drogen als Krankheit bewertet, die behandelt werden muss. Als drittes gibt es den akzeptierenden Ansatz, der den Konsum illegaler Drogen als eigenverantwortliches Verhalten anerkennt und Forderungen der Entkriminalisierung und des Ausbaus suchtbegleitender Maßnahmen stellt (vgl. Stimmer, 2000, 145).

Der pathologisierende und kriminalisierende Ansatz, strukturierte bisher die deutsche Drogenpolitik. Durch das BtMG werden Händler und Konsumenten kriminalisiert. Dabei folgt die Strafbemessung der Ansicht, dass illegaler Drogenkonsum Krankheit und Rechtsverletzung zugleich sind. Der Konsum illegaler Drogen muss also unter Strafe gestellt werden, ohne dabei die Möglichkeit der Therapie außer Acht zu lassen (vgl. Jungblut, 2004, 61).

Im Lauf der Zeit sorgten Wissenschaft und Praxis für neue Erkenntnisse und förderten somit die Erosion der Grenzen zwischen den verschiedenen Ansätzen, was sich letztlich auch in der Ausgestaltung der heutigen Drogenpolitik zeigt.

### **3.2 Akteure der Drogenpolitik**

Drogenpolitik bezeichnet das „... *zielgerichtete Handeln staatlicher und gesellschaftlicher Akteure hinsichtlich der Rahmenbedingungen des Umgangs mit Drogen.* ....“ (Stimmer, 2000, 144).

Drogenpolitik verfolgt dabei das Ziel die Ursachen und die Folgen des illegalen Drogenkonsum zum Gegenstand intervenierender Maßnahmen zu machen..

Was dabei als das zu lösende Problem gilt und wie es gelöst werden kann, definieren die jeweiligen Akteure unterschiedlich.

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, zeichnet sich die drogenpolitische Landschaft durch Heterogenität

---

<sup>3</sup> Akzeptanzparadigma „...*bezeichnet eine Haltung, die Drogenkonsum als (natürliches) Bedürfnis des Menschen ansieht. In der akzeptierenden Drogenarbeit werden praktische Hilfen zur Lebensführung der Abhängigen ohne Verpflichtung zur akuten oder zukünftigen Drogenfreiheit angeboten*“ (Stimmer, 2000, 11)

aus. Als globales Ziel aller Akteure gilt dennoch die Einflussnahme auf Inhalte und Konturen der Drogenpolitik in ihrem Sinne. Das geschieht, indem die unterschiedlichen Institutionen gemäß ihrer jeweiligen Interessenlage, ... *politikfähige Aussagen zum Drogenproblem formulieren...* . Dadurch ... *füllen diese Institutionen einen gesellschaftspolitischen Raum aus, in dem sie Positionen besetzen, Grenzlinien ziehen, Koalitionen stiften, Einflüsse geltend machen und Konkurrenzen entwickeln* (Jungblut, 2004, 62).

Vor dem Hintergrund des sozialrechtlichen Dreiecks möchte ich ausgesuchte drogenpolitische Akteure vorstellen. Die Besonderheit des sozialen Marktes besteht darin, dass neben dem Konsumenten und dem Produzenten einer Dienstleistung eine dritte Partei, in Gestalt des Kostenträgers, an der Austauschbeziehung teilnimmt. Das Angebot und der Absatz sozialer Dienstleistungen ist also von einem Dreiecksverhältnis gekennzeichnet, das aus Leistungsträger, Kostenträger und Leistungsempfänger besteht. Der Leistungsempfänger macht dabei einen Rechtsanspruch gegenüber dem Kostenträger zur Übernahme einer bestimmten Leistung (z.B. Entwöhnungstherapie) geltend. Die eigentliche Leistung wird dann aber an anderer Stelle von einem Leistungsträger (z.B. Therapiehaus Altona) erbracht. Die erbrachte Leistung wird schließlich über eine Kostenerstattung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger (z.B. Rentenversicherungsträger) abgerechnet (vgl. Arnold; Maelicke, 2008, 128).

Auf Seiten der Kostenträger stehen unter anderem die Kranken- und Rentenversicherungsträger. Durch die Anerkennung des Bundessozialgerichtes, das Sucht als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne bewertet hat wurde ihnen die Finanzierung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zugewiesen. Durch den Abschluss von Empfehlungsvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, die die Organisationsstruktur der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen festlegen, prägen sie maßgeblich das Bild der Therapiepolitik. Die Kranken- und Rentenversicherungsträger folgen dem pathologischen Ansatz und sehen in der abstinenten Langzeittherapie das geeignete Mittel zur Lösung des illegalen Drogenkonsums, wie man es aus der Zielformulierung der Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20.11.1978 entnehmen kann (vgl. Jungblut, 2004, 68).

Auf Seiten der Leistungserbringer kann die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) genannt werden. Sie ist ein Zusammenschluss von Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen. Die DHS vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik und Öffentlichkeit. Dabei wird illegaler Drogenkonsum nicht nur als Pathologie gesehen, sondern auch als ... *riskante Bewältigungsstrategie junger Menschen, um mit den Sozialisationsanforderungen der Gesellschaft umgehen zu können.* ... (Jungblut, 2004, 68). Das zeigt die Ausrichtung am pathologischen sowie dem akzeptierenden Ansatz.

Die Interessenvertretung der Leistungsempfänger, den Konsumenten, wird unter anderem vom Bundesverband JES wahrgenommen. JES sieht sich als bundesweites Netzwerk von Gruppen, Vereinen, Initiativen und Einzelpersonen, die sich für die Belange Drogen gebrauchender Menschen engagieren. Dabei folgt man dem akzeptierenden Ansatz bei der Bewertung des illegalen Drogenkonsums.

Darüber hinaus gibt es Akteure, die keine direkte Rolle in dem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis übernehmen aber dennoch Drogenpolitik mitgestalten. So werden auf Ebene der Länder Programme zur Lösung der Folgen des illegalen Drogenkonsums initiiert, die einen drogenpolitischen Rahmen bereitstellen, in denen Forderungen des kriminalisierenden, pathologisierenden und akzeptierenden Ansatz einfließen. Das Betäubungsmittelrecht bildet schließlich den Kernbereich für die Gestaltung der Drogenpolitik. Durch seine Funktion den Umgang mit illegalen Drogen zu steuern nimmt es eine Strukturierung der drogenpolitischen Landschaft vor und übernimmt eine Schleusenfunktion hinsichtlich der Gesetzeskonformität der Neuerungen in der Drogenpolitik (vgl. Jungblut, 2004, 67ff).

Die Position der Bundesregierung lässt sich aus dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht 2011 entnehmen. Dabei wird die Orientierung an den Bedürfnissen des Menschen hervorgehoben, der Ausbau präventiver Maßnahmen wird als notwendig angesehen und der Einsatz strafbewährter Mittel zur Angebotsreduzierung wird als geeignet bezeichnet (vgl. Drogen- und Suchtbericht, 2011, 10).

Darüber hinaus wirken neben den oben genannten Institutionen die Ärzte- und Apothekenkammern, die Lobbygruppen der pharmazeutischen Industrie, sowie weitere Administrationen der Kommunen, Länder und der Bundesregierung bei der Gestaltung der Drogenpolitik mit.

### **3.3 Entstehung des Drogenhilfesystem**

Das Suchthilfesystem in Deutschland unterbreitet den Konsumenten illegaler Drogen ein differenziertes Angebot, mit dem Ziel die Krankheit zu überwinden und somit die „Teilhabe“ an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. 1970 wurde der Grundstein für die Inanspruchnahme von Leistungen des Drogenhilfesystems gelegt. In diesem Jahr wurden mehr als 100 Maßnahmen und Einrichtungen im Rahmen einer Modellförderung des Bundesgesundheitsministerium gegründet und bis 1977 finanziell gefördert. Dies geschah um das Ausmaß der vermuteten „Drogenwelle“ jener Zeit beherrschen zu können. Die damaligen Einrichtungen verfügten in der Regel nicht über Fachkräfte verschiedener Gesundheits-

und Sozialberufe, sondern wurden von politisch engagierten Bürgern, betroffenen Eltern oder auch ehemaligen Abhängigen geführt. Die strikte räumliche Trennung der Behandlung von Drogenabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit war die Regel. Einen Professionalisierungsschub erhielt das Drogenhilfesystem durch die Verabschiedung gemeinsamer Mindest- und Qualitätstandards ab 1975. Des Weiteren wurden Weiterbildungsmaßnahmen zur Qualifizierung der Mitarbeiter flächendeckend organisiert und durchgeführt. Im Jahr 1978 wurde die erste „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verabschiedet. Darin wurden die Zuständigkeiten der Kostenträger, das Anforderungsprofil der Leistungserbringer sowie die Organisation der Therapie geregelt. Die AIDS- Problematik der späten achtziger Jahre und die steigende, drogenbedingte Mortalität führte zur Erosion des konventionellen Behandlungsansatzes. Wo vormals das Abstinenzparadigma bei der Behandlung Abhängigkeitskranker galt, wurde das Drogenhilfesystem um Maßnahmen der Schadensminimierung und medikamentöser Behandlungsansätze erweitert. In diese Zeit fällt auch die Erprobung der Methadonvergabe zur Behandlung der Heroinabhängigkeit. Im Jahr 1991 wurde die Substitutionsbehandlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Einen weiteren möglichen Meilenstein der Drogenhilfe bietet die heroingestützte Substitutionsbehandlung. Diese Form der Substitution wurde schon Anfang der neunziger Jahre von fachlicher Seite gefordert, aber von politischer Seite lange nicht ermöglicht (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 81ff.)

Seit 2009 wurde nach erfolgter Zulassungsstudie die Substitution mit Heroin in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Eine kritische Betrachtung der Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung erfolgt in Kapitel 4.

Die Finanzierung des gesamten Suchthilfesystems wird von den Kommunen, Bundesländern und Sozialleistungsträgern getragen und beläuft sich auf ca. 750.000.000 Euro jährlich. Die Hauptlast der Finanzierung übernehmen die Träger der Sozialversicherungen (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 181).

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, ist die Besonderheit bei der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen, dass der Konsument mit „fremder“ Kaufkraft zum Erwerb ausgestattet wird. Diese Kaufkraft wird ihm kraft Gesetz durch einen Rechtsanspruch zugewiesen. Die formalen Voraussetzungen der jeweiligen Rechtsansprüche und der daraus ableitbaren sozialen Leistungen sind in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern einschlägig.

Historisch betrachtet hängt die Einführung des Sozialversicherungssystems beginnend mit der Krankenversicherung im Jahr 1881 unter Kaiser Wilhelm dem I. mit dem Erstarben der Interessenvertretung der Arbeiterklasse zusammen. Die miserable Lage der Arbeiter führte zu einem

systemrelevanten Bedrohungspotential, sodass zur Aufrechterhaltung der bestehenden Macht- und Besitzverhältnisse die sukzessive Einführung der Sozialversicherungen betrieben wurde (vgl. Hering; Münchmeier, 2000, 26ff.).

Das Sozialversicherungssystem in seiner gegenwärtigen Form ist ein System von Pflichtversicherungen und wird durch die Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung getragen. Die jeweiligen Versicherungszweige werden durch Beiträge finanziert, die sich nach der Höhe des Bruttolohns richten (vgl. Stimmer, 2000, 696).

Für die Inanspruchnahme von Leistungen des Suchthilfesystems sind die Sozialgesetzbücher V - Gesetzliche Krankenversicherung; SGB IX- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und SGB XII- Sozialhilfe; von großer Bedeutung. Die SGB´s bestimmen die Wesenshaft der zu erbringenden Leistungen und klären die Zuständigkeit der jeweiligen Kostenträger.

Das Sozialgesetzbuch (SGB) in seiner heutigen Form soll dazu dienen, soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit durch die Gestaltung von Sozialleistungen zu gewähren (vgl. SGB I §1, Abs. 1). Das SGB hält für Konsumenten illegaler Drogen unterschiedliche Leistungen zur Überwindung, bzw. Minderung der Folgen des Konsums bereit.

Seit einem Urteil des Bundessozialgerichts im Jahr 1968 gilt Sucht als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn. Demnach erhielten die Suchtkranken erstmalig ein Rechtsanspruch zur Behandlung ihrer Krankheit. Dieses Urteil bezog sich zunächst auf die „Alkoholkrankheit“ und wurde später auch auf andere stoffgebundene Süchte ausgeweitet. Durch die sich steigende Inanspruchnahme der Angebote erweiterten und differenzierten sich die Angebote des Suchthilfesystems (vgl. Stimmer, 496, 2000).

Die Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen des Suchthilfesystems bei illegalem Drogenkonsum und eventueller Abhängigkeit, speziell im höherschweligen (Therapie-) Bereich, ist die Diagnose der Krankheit durch einen Arzt. Das heißt der Arzt diagnostiziert das Vorliegen einer Krankheit, woraus dann der Rechtsanspruch gegenüber verschiedenen SGB´s zur Inanspruchnahme von Leistungen ableitbar ist, die die Folgen der Krankheit beheben oder mindern sollen.

Bei Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten Krankheit erwächst gemäß SGBV §27 Abs.1 Nr. 6 daraus der rechtsverbindliche Anspruch auf Krankenbehandlung. Zudem können Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie ergänzende Leistungen in Anspruch genommen werden. Jene Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden im SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen- benannt.

Der §26 des SGB IX bestimmt die Ziele der zu erbringenden Leistungen. Neben der Verhütung, Minderung und Abwehr von Krankheiten soll eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vermieden,



überwunden oder gemindert werden. Weiteres Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist es den Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden, bzw. zu vermindern.

Eine genauere Bestimmung der Bestandteile der Leistungen unternimmt der §26 Abs.3 SGB IX. Dem ist zu entnehmen, dass die Leistungen der medizinischen Rehabilitation medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen beinhalten können. Der §5 SGB IX benennt die Leistungsgruppen, die eine Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gesellschaft ermöglichen sollen. Das sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Der §6 SGB IX bestimmt welcher Rehabilitationsträger des Sozialversicherungssystems die Kosten für die jeweiligen Leistungen übernimmt. Das können neben den gesetzlichen Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und der Bundesagentur für Arbeit auch die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe sein. Es gilt der Satz „Reha vor Rente“ was bedeutet, dass Leistungen zur Teilhabe gemäß SGB IX vorrangig vor Rentenleistungen sind, während Leistungen nach SGB XII gegenüber anderen Sozialleistungen nachrangig sind.

### **3.3.1 Leistungen des Drogenhilfesystems**

Die vielfältigen Leistungen der Drogenhilfe werden von verschiedenen Trägern erbracht und durch unterschiedliche Quellen finanziert. Dabei kommt es an unterschiedlichen Orten zur Anwendung verschiedener Professionen, mit dem Ziel die Ursachen und Folgen des illegalen Drogenkonsums zu verhindern, zu mindern bzw. zu beheben.

Das im SGB IX formulierte Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist globales Ziel der Leistungen, die die Drogenhilfe in Deutschland anbietet. Ihre Umsetzung erfolgt durch Angebote der Suchtprävention, Beratung und Basishilfen, medizinische Hilfen sowie Eingliederungshilfen und Maßnahmen zur Arbeitsförderung (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 185).

Grundlage für die Verantwortung des Staates bei der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit und damit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist das Sozialstaatsprinzip. In Artikel 20 und 28 des Grundgesetzes wird der deutsche Staat als sozialer Bundesstaat bzw. sozialer Rechtsstaat bezeichnet. Daraus wird die oben genannte Verantwortung gegenüber den Bürgern des Staates abgeleitet. Inhaltlich geht es darum

*„ ... unterschiedliche Lebenschancen auszugleichen und einen ausreichenden Schutz gegen übliche Lebensrisiken zu gewährleisten“... (Stimmer, 2000, 704).*

Zu den Risiken des Lebens wird auch die Abhängigkeitserkrankung gezählt.

Der prototypische Verlauf des „Ausstiegs“ aus der Sucht kann in Beratungsphase, Entzugsphase, Entwöhnungsphase und Wiedereingliederungsphase unterteilt werden (vgl. Tretter, 2000, 38).

Dabei führen niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe häufig zum Erstkontakt mit dem Drogenhilfesystem. Das Ziel dieser Angebote ist die Sicherung des Überlebens trotz Fortsetzung des Drogenkonsums, unter nur geringen Zugangsvoraussetzungen. Notschlafstellen, Konsumräume und medizinische sowie lebenspraktische Hilfen sind Teil niedrigschwelliger Angebote. Die Finanzierung erfolgt durch die Kommunen und das Land.

Für den körperlichen Entzug von illegalen Drogen stehen in Deutschland 1750 Plätze bereit. Dort wird neben der medizinischen Behandlung auch psychosoziale Betreuung angeboten. Überwiegend findet die Entzugsbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern statt. Die Kosten für die Entzugsbehandlung trägt die gesetzliche Krankenversicherung gemäß SGB V (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 187).

Wie bereits beschrieben sind Drogenabhängige Menschen häufig von Wohnungslosigkeit betroffen. Um die Zeit zwischen Entzugs- und darauf folgender Entwöhnungsbehandlung in einem geschützten Rahmen überbrücken zu können bieten Übergangseinrichtungen die Möglichkeit der gesundheitlichen und psychischen Stabilisierung bevor eine Entwöhnungsbehandlung angetreten wird.

Die Kosten für die medizinische Rehabilitation trägt, wie bereits beschrieben, die gesetzliche Rentenversicherung. Für die Übernahme der Kosten der ambulanten Rehabilitation besteht die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS) zwischen Krankenkassen und Rentenversicherern (vgl. Stimmer, 2000, 190).

Mit diesen Vereinbarungen wird der Rentenversicherung, als Kostenträger, eine hoheitliche Stellung bei der Organisation der medizinischen Rehabilitation zugewiesen. Diese Vereinbarungen treffen konkrete Aussagen zu den Formen und Inhalten der Therapie. Es werden Vorgaben gemacht die das Fachpersonal, die Dauer und die Organisationsstruktur der Rehabilitationsmaßnahme betreffen. Zudem legen die Rentenversicherungssträger zu erbringende Qualitätsstandards fest, die für die Zuwendungswürdigkeit eines Rehaträgers bindend sind. Auch hier sei nochmal darauf hingewiesen, dass diese Leistung eine über den sozialen Markt gehandelte Leistung ist. Die Ausgestaltung des Angebotes richtet sich nach den Wünschen der Kunden sondern wird maßgeblich von den Kostenträgern konzipiert. Wie bereits erwähnt folgen die Rentenversicherungsträger dem Abstinenzparadigma. Durch ihre Monopolstellung wird das Abstinenzparadigma auf den gesamten Therapiebereich übertragen, was die Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten im therapeutischen setting einschränkt. Darüber hinaus wirken die Rentenversicherungsträger auch

vielfältig auf institutioneller Ebene bei der Weiterentwicklung der Drogenhilfe mit, wodurch der abstinenzorientierte Behandlungsansatz stärker in das Entscheidungszentrum der politischen Macht gerückt wird (Jungblut, 2004, 61ff.).

Für die medizinische Rehabilitation von illegalen Drogen stehen in Deutschland 4000 Plätze zur Verfügung. Um das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen, können zudem Adaptionsbehandlung und Nachsorge erforderlich sein. Die Kosten der Therapie werden zwischen Rentenversicherungsträger und Therapieeinrichtung durch Tagessätze abgegolten, diese liegen bei etwa hundert Euro pro Tag (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 187).

Sind Kontakt-, Entzugs- und Entwöhnungsphase erfolgreich verlaufen, folgt die Phase der Wiedereingliederung. Dafür hält das SGB IX verschiedene Interventionsmöglichkeiten bereit, um den in Kapitel 2.3.3 beschriebenen Folgen der sozialen Desintegration entgegen zu wirken und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Das sind nach §55 SGB IX, vor allem Leistungen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. In Deutschland bestehen betreute Wohnmöglichkeiten für 2750 Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Zudem gibt es für chronisch mehrfach- beeinträchtigte Menschen ca. 7500 Plätze in ungefähr 200 Einrichtungen. Dabei werden die Kosten über Kostensätze und Fachleistungsstunden abgerechnet (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 185).

Ein weiterer wichtiger Punkt für die gesellschaftliche Teilhabe ist die Reintegration in den Arbeitsmarkt. Dabei gilt es vor allem mögliche Barrieren, die das Ziel der Reintegration erschweren können abzubauen. Zu nennen sind dabei fehlende schulische oder berufliche Qualifikationen, suchtbedingte gesundheitliche Einschränkungen oder auch lange Zeiten der Nichtbeschäftigung. Die Steigerung der Erwerbsfähigkeit als Ziel der medizinischen Rehabilitation wird bereits im Gesetz formuliert (§26 Abs.1 Nr.2). Der Leistungsumfang wird im §33 SGB IX konkretisiert. Als Beispiel einer solchen Maßnahme kann die Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme oder der Erwerb des Führerscheins gesehen werden.

Selbsthilfegruppen stellen einen weiteren wichtigen Teil des Versorgungssystems Abhängigkeitskranker dar. Ungefähr 10000 Angebote gibt es es in Deutschland. Diese werden von ca.150.000 Menschen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme ist für den Leistungsempfänger kostenlos. Die entstandenen Kosten werden durch Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger und Wohlfahrtsverbände getragen (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 189).

Die Multiperspektivität der Schädigungen der Klienten macht eine Vernetzung mit anderen Arbeitsfeldern unverzichtbar und wird auch von den Kostenträgern gewünscht. Diese Vernetzung basiert häufig auf der Basis von Kooperationsverträgen. Dies gilt vor allem bei der medizinischen Pflichtversorgung und im Bereich der Psychiatrie.

Die Substitutionsbehandlung gilt als mustergültiges Beispiel für das Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer in der Drogenhilfe. Sie ist eine Kombination aus pharmakologischer Therapie durch die Vergabe eines ärztlich verschriebenen Substitutes und der begleitenden, rechtlich geforderten, psychosozialen Betreuung, die von einem Sozialarbeiter oder Suchttherapeuten vorgenommen wird. Derzeit werden 77.400 Menschen mit einem Drogensatzstoff substituiert (vgl. Jahrbuch Sucht, 2011, 190ff).

Auch die Einbindung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenhilfe und der Straffälligenhilfe in das Drogenhilfesystem mittels Kooperationen ist aufgrund der Multiperspektivität und des systemischen Zusammenhangs der kumulierten Problemlagen eine Notwendigkeit der gegenwärtigen Drogenhilfe.

### **3.4 Betäubungsmittelrecht**

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist ein Gesetz das jeglichen Verkehr und Umgang mit psychotropen Substanzen reguliert.

Die, dem Betäubungsmittelrecht unterworfenen, Substanzen werden gemäß §1 Abs.1 BtMG in drei Listen aufgeführt. Dabei nehmen die Listen eine Bewertung der jeweiligen psychotropen Substanzen hinsichtlich des substanzbezogenen Gefährdungspotentials vor.

In Liste 1 werden Substanzen aufgelistet, die als nicht verkehrsfähig gelten. Diese Substanzen können nur auf illegalen Wegen in Umlauf gebracht werden.

Liste 2 benennt Substanzen, die verkehrsfähig jedoch nicht verschreibungsfähig sind. Diese Substanzen können nur mit einer Erlaubnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte gehandelt werden. Sie können aber nicht auf Rezept verschrieben werden.

Liste 3 benennt jene Substanzen, die als verkehrsfähig gelten und vom Arzt verschrieben werden können (vgl. Böllinger; Stöver, 2002, 451).

Wie bereits in den vergangenen Kapiteln ausführlich beschrieben ist das Betäubungsmittelgesetz aus dem Jahr 1971 eine Novellierung des Opiumgesetztes aus dem Jahr 1929. Dabei wurden die, in den internationalen Abkommen stehenden Schadensbehauptungen hinsichtlich des Gefährdungspotentials, ohne weitere empirische Recherchen, kritiklos übernommen (vgl. Stimmer, 2000 150).

Die Aufgabe des Staates ist es das Zusammenleben seiner Bürger zu regeln und ihre persönliche Freiheit zu beschützen und zu gewähren. Er bildet somit ein „... auf Legitimität gestütztes Herrschaftsverhältnis von Menschen über Menschen“,, (Schubert; Klein, 2011, 283). Um seiner

Aufgabe gerecht zu werden bildet er unterschiedliche Institutionen heraus, wie zum Beispiel das Strafrecht. Das Strafrecht ist eine „... *Sammelbezeichnung für Rechtsnormen, die bestimmte Verhaltensweisen verbieten und bei Zuwiderhandlung Sanktionen androhen*“... (Schubert; Klein, 2011, 292). Dabei geht es um den Schutz sogenannter Rechtsgüter. Als Individuelle Rechtsgüter bezeichnet man das Leben, die Gesundheit, die Freiheit, das Vermögen und den Besitz.

Trifft der Staat per Gesetz Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Bürger, müssen diese gemäß Artikel 20 des Grundgesetzes dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit folgen um, rechtlich legitim zu sein. Die Legitimität ist dann zu bejahen, wenn der Gesetzgeber Eingriffe in die Freiheit der Bürger tätigt, um andere als höherwertig betrachte Rechtsgüter zu schützen. Dabei müssen die staatlichen Mittel erforderlich, geeignet und verhältnismäßig hinsichtlich ihrer Intention sein. Hinsichtlich des Konsums und des Umgangs mit psychotropen Substanzen wird in den meisten Rechtsstaaten weltweit ein solcher Regelungs- und Eingriffsbedarf als notwendig erachtet (Stimmer, 2000, 150).

Im Ergebnis folgt daraus die nahezu weltweite Prohibition illegaler Drogen.

Das in Deutschland geltende Betäubungsmittelrecht soll unter anderem dem Schutz der Volksgesundheit, dem Jugendschutz, dem individuellen Schutz vor Sucht und dem Schutz des ungestörten sozialen Zusammenlebens dienen (vgl. Böllinger; Stöver, 2002, 453).

Für diesen Auftrag stehen dem BtMG drei Instrumente zur Verfügung. Neben der Vergeltung sind das spezialpräventive und generalpräventive Maßnahmen (vgl. Jungblut, 2004, 140).

In seinem Inhalt wird das Betäubungsmittelgesetz von drei internationalen UN- Konventionen determiniert. Die Einheitskonvention aus dem Jahr 1961 ist eine international gültige Verpflichtung über die Herstellung, den Handel und den Besitz von psychotropen Substanzen. Ferner werden die verschiedenen Substanzen hinsichtlich ihres Gefährdungspotentials in verschiedene Listen eingeordnet. Die Konvention über psychotrope Substanzen aus dem Jahr 1971 erweitert die Einheitskonvention von 1961 um diejenigen Substanzen die noch nicht darin aufgeführt worden sind. Diese Konvention schließt zudem Möglichkeiten der Prävention und der Therapie mit ein. Die Konvention gegen unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und illegalen psychotropen Substanzen aus dem Jahr 1988 beinhaltet Strategien im Rahmen der internationalen Drogenpolitik (vgl. Jungblut, 2004, 131).

Wie bereits erwähnt bestimmen die Paragraphen 1 und 2 welche Stoffe in den Regelungsbereich des BtMG's fallen und das die Bundesregierung durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, diese Liste ergänzen kann. Die §§ 3-28 BtMG regeln den legalen Verkehr von Betäubungsmitteln. Ordnungswidrigkeiten und Straftaten in Zusammenhang mit dem illegalen Umgang werden durch die §§ 29, 29a, 30a und 30b BtMG geregelt. Der §31 BtMG sieht die

Strafmilderung oder ein Absehen der Strafverfolgung bei Offenbarung von Wissen was zur Tataufdeckung führt vor. §31a beinhaltet das Absehen von Verfolgung einer Straftat aufgrund geringer Schuld oder geringer Mengen an Betäubungsmittel, im Sinne des Eigenverbrauchs. §32 BtMG beschreibt Ordnungswidrigkeiten bezogen auf illegale psychotrope Substanzen. Der §33 BtMG ermöglicht die Einziehung von Gegenständen. §34 bietet die Möglichkeit zur Anordnung einer Führungsaufsicht. In den §§35-37 BtMG wird den suchtkranken Straftätern die Möglichkeit für therapeutische Interventionen eingeräumt (Stimmer, 2000,154ff.)

Dennoch liegt der Schwerpunkt der Kontrolle des Umgangs mit psychotropen Substanzen in der juristischen Sanktion. Damit ist das BtMG vornehmlich die Operationalisierung des Abstinenzparadigmas innerhalb des Strafrechts (vgl. Stimmer, 2000, 156).

### **3.4.1 Legitimität des Betäubungsmittelgesetzes**

Im Folgenden möchte ich einige Überlegungen vorstellen, die sich mit der Legitimität des BtMG's auseinandersetzen. Anschließend werde ich überprüfen inwieweit man der nationalen und internationalen Drogengesetzgebung unter Hinzuziehung der Daten des UNO World Drug Reports und des Rauschgiftlageberichts des BKA deren Effektivität hinsichtlich der intendierten Ziele nachweisen kann.

Wie bereits im oberen Kapitel beschrieben, müssen Gesetze erforderlich und geeignet sowie dem Verhältnismäßigkeitsprinzip entsprechen um ihren Anspruch auf Rechtmäßigkeit zu erfüllen zu können.

Die Erforderlichkeit strafrechtlicher Sanktionen erkennt der Gesetzgeber auf Grundlage der Schadensannahme die er erhebt. Diese Schadensannahmen sind vor allem zur Zeit des Inkrafttretens des Gesetzes vom kriminalisierenden Ansatz und seinen Multiplikatoren getragen. Die Übernahme der aus den UN Konventionen entliehenen Gefährdungspotentialen der einzelnen Drogen, wurden nicht überprüft und kritisch reflektiert. Die staatlichen Schadensbehauptungen konstruieren keinen Zusammenhang zwischen der Illegalisierung der Drogen und den psychosozialen Folgen für den Konsumenten, sondern subsumieren beide Sachverhalte „unter einen Nenner“. Dabei unterlässt es der Gesetzgeber, seine Annahmen, wie es die Rechtsprechung von ihm verlangt, auf dem Hintergrund von Wissenschaft und Forschung neu zu bewerten. So kommt es, dass Cannabis lange Zeit das gleiche Gefährdungspotential wie Heroin bescheinigt wurde. In diesen wie auch in anderen Fällen, bedeutet die Nichtbeachtung neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Drogenforschung die Dequalifizierung der staatlichen Schadensannahmen und damit auch die Dequalifizierung der Erforderlichkeit hinsichtlich des Eingriffs- und Regelungsbedarfs des BtMG

(vgl. Stimmer, 2000, 151).

Ob die Gesetzgebung in seiner jetzigen Form geeignet ist das Ziel der drogenfreien Gesellschaft, die sich aus der Absicht der Prohibitionspolitik ableiten lässt, zu erreichen oder ob sie das erschafft, was sie zu bekämpfen vorgibt, wird anhand verschiedener Statistiken im nachfolgenden Kapitel überprüft.

Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit erfolgt auf der Grundlage der „... *Eingriffsmittel- und Folgen einerseits und Eingriffszielen bzw. zu schützenden Rechtsgütern andererseits.*“... (Stimmer, 2000, 153). Wenn man die, der Illegalisierung geschuldeten, individuellen und gesellschaftlichen Kosten, siehe Kap. 2.1.1, in diese Überlegung mit einbezieht, dann kann man dem BtMG keine Verhältnismäßigkeit bei der Zielerreichung bescheinigen.

Eine Bewertung der Legitimität des Betäubungsmittelgesetzes von C. Nestler kommt zu dem Schluss „... *das BtM- Strafrecht sei deshalb nicht legitim, weil es nach verfassungsrechtlichen Vorgaben und Prinzipien der strafrechtlichen Verantwortlichkeit für Gefährdungen kein strafrechtliches Unrecht der Verhaltensweisen besprechen kann, insofern das Legitimationsmuster des Schutzes der Konsumenten vor sich selbst illegitim sei. Auch der Schutz Dritter, der das BtMG als Legitimationsmuster anführt, sei insofern illegitim, als nach strafrechtlichen Prinzipien, nur derjenige, der BtM einnimmt, für die Folgen seines Tuns selbst verantwortlich sei.* (C. Nestler in Jungblut, 2004, 145).

### **3.4.2 Effektivität des Betäubungsmittelgesetzes**

Anhand verschiedener Statistiken möchte ich überprüfen, inwieweit der nationalen und internationalen Drogenpolitik, eine von illegalen Drogen freie Gesellschaft zu schaffen, Erfolg nachgewiesen werden kann. Grundlegend ist dabei die Frage inwieweit kann das BtMG auf der Seite des Angebotes die verfügbaren Mengen reduzieren und auf Seiten der Nachfrage die Anzahl der Konsumenten verringern. Darüber enthält man Aufschluss inwieweit die vergeltenden, spezial- und generalpräventiven Instrumente des BtMG zur Schadensminimierung beitragen.

Wo es möglich ist beziehe ich mich, dem Thema meiner BA Thesis schuldend, auf Zahlen die in Zusammenhang mit Heroin oder Opiaten und deren Grundstoffen stehen.

Anhand des BKA Berichts- Rauschgiftkriminalität; Bundeslagebericht 2010; Tabellenanhang wird eine Bewertung der Effektivität der nationalen Drogengesetzgebung vorgenommen.

Tabelle 1.1 beschreibt die allgemeinen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz. Im Jahr 2010 wurden davon 231.007 polizeilich erfasst. Für das Jahr 2001 werden 246.518 Delikte angegeben. Das Bundesklagebild des BKA von 2004 weist eine Zahl von 155.477 Delikten gegen das BtMG

aus (vgl. BKA Bundeslagebericht 2004, Tab. 1, 63). Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der Anzahl der Delikte. Wurden 1995 noch 933 kg Heroin beschlagnahmt (vgl. BKA Bundeslagebericht 2004, Tab. 14) betrug 2009 die beschlagnahmte Menge an Heroin 758 kg (vgl. BKA Bundeslagebericht 2010, Tab. 3.2). Dies könnte ein Hinweis auf eine Verknappung des Angebots sein. Wenn man aber die Entwicklung des Preises pro Gramm Heroin betrachtet kann diese Annahme nicht gehalten werden. Seit 1990 fiel der Preis pro Gramm Heroin von 105 US\$ auf 51US\$ (vgl. UNO World Drug Report 2011, Table 14, 81). Es zeigt sich ein Preisabfall von fast 50 %, was, unter Beachtung der Gesetze von Angebot und Nachfrage, für eine Steigerung des Angebots im Sinne einer Erhöhung der Verfügbarkeit spricht.

Im Ergebnis kann man sagen, dass die Instrumente der nationalen Drogengesetzgebung ihre Intention verfehlen, da es in den oben genannten Zeiträumen die Anzahl von Rauschgiftdelikten stieg und sich die verfügbare Menge erhöhte. Zudem stieg auch die Anzahl erstaußfälliger Konsumenten harter Drogen von 4.506 im Jahr 1982 (vgl. Jungblut, 2004, 14) auf 18.621 im Jahr 2010 (BKA Bundeslagebericht 2010, Tab. 4.1). Auch dies negiert die Effektivität des BtMG's. Die Betrachtung der internationalen Statistiken zeigen eine ähnliche Entwicklung wie die soeben beschriebenen nationalen Statistiken.

So lässt sich dem UNO World Drug Report entnehmen, dass die globale Opiumproduktion von 45000 Tonnen im Jahr 1995 auf fast 8000 Tonnen im Jahr angestiegen ist. Allein 89% der Produktion von 2009 stammt aus Afghanistan. Eine Zunahme der beschlagnahmten Menge von Heroin kann ebenfalls von 1996 bis 2008 festgestellt werden.

Ungefähr 20 Tonnen wurden im Jahr 1996 beschlagnahmt, 2008 waren es fast 70 Tonnen (vgl. UNO World Drug Report 2010, 20).

In Europa stieg die Zahl sichergestellter Opiate von 15 Tonnen im Jahr 1999 auf knapp 30 Tonnen im Jahr 2009 (vgl. UNO World Drug Report 2011, Fig.33, 67).

Zudem stieg auch die Anzahl der Konsumenten illegaler Drogen von 180 Millionen im Jahr 1990 auf 250- 272 Millionen im Jahr 2009/10 (vgl. UNO World Drug Report 2011, 13).

Der weltweite Heroinhandel kommt auf ein Umsatzvolumen von 68 Milliarden US\$. Dieser Umsatz wird aufgrund der Nachfrage von 12- 14 Millionen Heroinkonsumenten weltweit generiert. Das führt nach vorsichtigen Schätzungen auf Seiten der internationalen organisierten Kriminalität zu einem Reingewinn von 7 Milliarden US\$ (vgl. UNO World Drug Report 2011, 45ff.).

Das die oben genannten Zahlen nicht substanzabhängig sind zeigt der Vergleich mit Statistiken die sich auf Kokain beziehen. Dabei lässt sich feststellen, dass das Volumen des in Europa konsumierten Kokains sich in der letzten Dekade verdoppelt hat (vgl. UNO World Drug Report 2011, 89.). Gleichzeitig sind national sowie international die Preise gesunken (vgl. UNO World



Drug Report 2011, Table 115, 25). Obwohl sich die beschlagnahmte Menge weltweit nahezu verdoppelte (vgl. UNO World Drug Report 2011, 116, Fig 83.). In den Vereinigten Staaten und Europa werden 92% des weltweit zur Verfügung stehenden Angebots an Kokain verkonsumiert. Dabei wird ein Umsatz von 77,28 Milliarden US\$ generiert (vgl. UNO World Drug Report 2011, 119).

Anhand der oben angeführten Statistiken lässt sich feststellen, dass im Verlauf der letzten Jahre die Preise für Drogen wie Heroin und Kokain gefallen sind, dass trotz Prohibition deren Verfügbarkeit nicht eingeschränkt werden konnte und dass sich die Zahl der Konsumenten in den letzten zwanzig Jahren gesteigert hat.

Daraus folgt, dass die oben genannten UN Konventionen und das BtMG mitsamt seinen Instrumenten es nicht vermochten das Angebot an illegalen Drogen zu verringern sowie die Anzahl derer, die solche Stoffe konsumieren, zu verkleinern. Wie bereits erwähnt soll die strafrechtliche Sanktionierung als Abschreckung dienen und zusätzliche Motivation zur Einwilligung in eine Therapie wecken. Die Wirksamkeit der Abschreckung vor dem Hintergrund vergeltender Maßnahmen kann durch die oben getätigten Ausführungen widerlegt werden. Aber auch die Wirksamkeit einer extrinsischen Motivation durch die „zwangsweise Zuführung“ der Klienten in das Therapiesystem aufgrund §§35-38 BtMG darf kritisch bewertet werden. Die Quoten für Therapieabbrüche bei Opiatabhängigkeit liegen im ambulanten Bereich bei 48,1% und im stationären Bereich bei 46,7% (vgl. Jahrbuch Sucht 2011, Tab. 7, 218).

Abschließend kann man sagen, dass das BtMG den Schutz der Volksgesundheit, den Schutz der Jugend, den Schutz des Individuums vor einer Abhängigkeitserkrankung und den Schutz des sozialen Zusammenlebens vor dem Hintergrund der voran gegangenen Ausführungen nicht erbringen kann, was man an der Zunahme der Konsumenten und dem Ansteigen der Produktion ersehen kann. Zudem trug die Prohibition psychotroper Substanzen zur Entstehung eines Schwarzmarktes bei, der der organisierten Kriminalität einen jährlichen Reingewinn im zweistelligen Milliardenbereich beschert. Auf der anderen Seite muss die Gesellschaft die kriminalitätsbedingten Kosten der individuellen Drogensucht tragen. Auf individueller Ebene führt die Prohibition psychotroper Substanzen zu sozialer Desintegration und einer Fülle von psychosozialen Belastungen bis hin zum drogenbedingten Tod.

Wie bereits beschrieben, entstand in den neunziger Jahren eine Diskussion um die Grenzen der abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen. Im Ergebnis führte diese Diskussion zur Einführung begleitender, schadensminimierender Maßnahmen und medikamentösen Behandlungsformen. 1991 wurde die Substitutionsbehandlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. 2009 kam es zur Aufnahme der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in den

Leistungskatalog der Krankenkassen. Dieser Behandlungsform ist Thema der folgenden Kapitel.

#### **4. Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung**

Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung (DSB) ist eine Behandlung zur Überwindung einer Opiatabhängigkeit bei Vergabe des Originalstoffs Heroin unter kontrollierten Bedingungen. Die Möglichkeit mit Heroin zu substituieren ist das Ergebnis einer über zwanzig Jahre dauernden Diskussion in Politik und Wissenschaft. Aufgrund einer positiv verlaufenen klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonsubstitution, erfolgte die Änderung des BtMG im Jahr 2009. So wurde es möglich, diese Form der Substitution in den Leistungskatalog der Krankenkassen zu stellen und damit das Angebot der Drogenhilfe um eine effektive Behandlungsform zu erweitern. Bis zur Aufnahme der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (DSB) in die Regelversorgung der Krankenkassen konnte die Substitutionsbehandlung ausschließlich mit Ersatzstoffen wie zum Beispiel Methadon angeboten werden.

Diese Behandlungsform wurde 1963 von amerikanischen Pharmakologen entwickelt. In Deutschland wird die Substitution seit Ende 1980 angeboten. Dies war eine Reaktion auf die sich Anfang 1970 ausbreitende Drogenszene, nachdem Heroin den deutschen Drogenmarkt erreicht hatte. Dabei stieg die Zahl der Heroinkonsumenten in wenigen Jahren auf 40.000 Personen an. Bei der Implementierung der Substitutionstherapie musste großer Widerstand aus der Politik überwinden werden, da die Drogenpolitik der 70er und 80er Jahre noch von dem vorherrschenden Abstinenzparadigma und repressiven Verfolgungsstrategien geprägt gewesen ist. Maßnahme die sich am Akzeptanzparadigma orientierten wurden regelmäßig politisch torpediert (vgl. Böllinger; Stöver, 2002, 267).

Mit der Vergabe eines legalen opiathaltigen Arzneimittels, in der Regel Methadon, wird das Auftreten von Entzugserscheinungen vermieden, da durch das Medikament die Opiatrezeptoren im Gehirn gesättigt werden und der „Heroinhunger“ sich nicht einstellt. Methadon hat eine Wirkungsdauer von bis zu 36 Stunden und erzeugt nach der Einnahme kein Gefühl der Euphorisierung. Dadurch, dass das Methadon sich an den Opiatrezeptoren andockt, bleibt gleichzeitiger Heroinkonsum wirkungslos. Die legale Versorgung des Abhängigen mit dem Substitut entlastet ihn, sich Heroin illegal auf dem Schwarzmarkt besorgen zu müssen und befreit ihn davon, die hierfür erforderlichen Geldmittel durch, in der Regel, kriminelle Aktivitäten zu

beschaffen. Zudem wird der Körper durch den Wegfall der täglichen, oft unter unhygienischen Bedingungen stattfindenden Injektionen und deren negativen somatischen Begleiterscheinungen entlastet und die Gefahr der Mortalität verringert. Als Primärziel der Substitutionsbehandlung gilt demnach die Sicherung des Überlebens. Ferner soll eine Reduktion des Suchtmittelkonsums erfolgen. Neben der gesundheitlichen Stabilisierung sollen körperliche und psychische Begleiterkrankungen behandelt werden um die Teilhabe an Leben und Arbeit in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung ist nicht an das Vorliegen der Abstinenz geknüpft, sie bleibt dennoch das langfristige Ziel dieser Behandlungsform, wie man den diesbezüglichen Richtlinie entnehmen kann (vgl. Stimmer, 2000, 574ff.).

Für die Substitutionsbehandlung gelten verschiedene gesetzliche Grundlagen und Verordnungen, die den therapeutischen Einsatz von Betäubungsmitteln und die Organisation der Behandlung regulieren.

Zu nennen sind das BtMG, die Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV), die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (RL-MVV) sowie die Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bundesärztekammer. Dabei bildet das Betäubungsmittelgesetz die *..., Rechtsgrundlage für alle anderen Betäubungsmittel betreffende Regelungen und Richtlinien*“... (Böllinger; Stöver, 2002, 270).

Die BtMVV ist eine allgemein verbindliche Rechtsnorm, die das Fundament für jede Substitutionsbehandlung bildet. Inhaltlich werden durch die BtMVV die Ziele und die Voraussetzung zur Durchführung einer Substitution bei Patient und durchführendem Arzt bestimmt. Zudem benennt sie die Betäubungsmittel und deren Höchstmengen die zur Substitution zugelassen sind. Besonders bedeutsam sind die §§5, 5a BtMVV. Dadurch werden die substituierenden Ärzte dazu verpflichtet, alle Patienten und Behandlungsdaten zu dokumentieren, was mit einem hohen bürokratischen und administrativen Aufwand zu Lasten der Ärzte einhergeht und mit einer der Gründe dafür ist, dass nur ein Drittel der zur Substitution zugelassenen Ärzte diese Behandlung anbietet, wie man der vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit e.V 2009 in Auftrag gegebenen IMPROVE Studie entnehmen kann. Die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung bildet die Grundlage zur Finanzierung der Behandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Die für die Kostenübernahme der Substitutionstherapie relevanten Bestimmungen finden sich in der Anlage I: Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.

Die, in ihr enthaltenen Bestimmungen, werden durch die Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das zentrale Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern.

(vgl. Simon, 102, 2010).

Durch die Bundesärztekammer wird die Durchführungsempfehlung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger erlassen. Sie operationalisiert die gesetzlichen Vorgaben und hat bindende Wirkung für alle niedergelassenen Ärzte.

Um eine Substitution durch die Krankenkasse finanzieren zu lassen, muss der Arzt zunächst einen Antrag bei dem dafür zuständigen regionalen Gremium, bestehend aus drei Vertretern der Krankassen und drei von der Krankenkasse benannten Ärzten, stellen. Erst nach positiven Bescheid übernehmen die Krankenkassen dann die Finanzierung (vgl. Böllinger; Stöver, 2002, 276).

Die Substitutionsbehandlung wird für gewöhnlich nach erfolgter Abklärung der Indikation von Ärzten in Arztpraxen oder dafür zugelassenen Drogenambulanzen durchgeführt.

Die Einnahme des Substituts findet oral unter Aufsicht des Arztes statt. Im Verlauf der Behandlung, bei ausreichender Stabilisierung des Patienten, erfolgt die Mitgabe des Arzneimittels für bis zu sieben Tage als take-home Verordnung. Neben der Behandlung der medizinischen Symptome soll eine begleitende psychosoziale Betreuung die Inanspruchnahme von Hilfen außerhalb des Drogenhilfesystems ermöglichen (vgl. Jungblut, 2004, 296).

Im Juli des Jahres 2010 wurden 77400 Patienten von 2710 Ärzten mit überwiegend Methadon substituiert (vgl. Drogen- und Suchtbericht, 2011, 69).

#### **4.1 Grundmerkmale des deutschen Gesundheitssystems**

Wie bereits beschrieben ist die Substitutionstherapie, mit oder ohne Originalstoffvergabe, eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Im Folgenden möchte ich einen kurzen Einblick in die Grundmerkmale des deutschen Gesundheitssystems geben, um dann im nächsten Kapitel die Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung aufzuzeigen.

Mit der Einführung der Krankenversicherung im Jahr 1883, wurde der Grundstein für die soziale Sicherung im Krankheitsfall gelegt, was im Ergebnis zur Herausbildung des Sozialversicherungssystems in seiner gegenwärtigen Form geführt hat.

Als grundlegende Prinzipien gelten dabei das Sozialstaatsgebot sowie das Solidarprinzip.

Mit dem verfassungsmäßig verankerten Sozialstaatsgebot sieht es der deutsche Staat als seine Pflicht an, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen, seinen Bürgern ein menschenwürdiges Leben und die Teilhabe an Leben und Arbeit in der Gesellschaft zu ermöglichen. Soziale Gegensätze sollen durch die, in den Sozialgesetzbüchern festgehaltenen Interventionsmöglichkeiten, überwunden werden. Dieses Prinzip gilt auch für die gesundheitliche Versorgung (vgl. Simon, 2010, 74).

Als zweites wichtiges Merkmal gilt das Solidarprinzip, das besagt, dass sich in einer Solidargemeinschaft, bei der Krankenkasse ist es der Kreis der Versicherten, deren Mitglieder im Krankheitsfall gegenseitig unterstützen. Durch Beiträge erwirbt der Versicherte einen Rechtsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf Hilfeleistungen. Durch den Solidarausgleich innerhalb der Solidargemeinschaft zwischen Gesunden und Kranken werden die Kosten für die Krankenbehandlung auf alle Beitragszahler umgewälzt. Der Solidarausgleich zwischen hohen Einkommen und niedrigen Einkommen führt dazu, dass niedrigere Einkommen mit geringeren Beiträgen belastet werden als höhere Einkommen (vgl. Simon, 2010, 76).

Nach dem Bedarfsdeckungsprinzip müssen die zu erbringenden Leistungen der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen dabei aber *..., das Maß des Notwendigen nicht überschreiten*“... (Simon, 2010, 84). Im SGB V werden die Leistungserbringer und die Kostenträger der Krankenbehandlung darauf verpflichtet, dass es ihre Aufgabe sei *..., eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.*“.... (Simon, 2010, 84). Das Sachleistungsprinzip besagt, dass überwiegend Sachleistungen zur Krankenbehandlung von den Krankenkassen gewährt werden (vgl. Simon, 2010, 85). Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Pflichtversicherung für jeden Arbeitnehmer, der unter 4050 Euro brutto im Monat verdient. Auch Rentner, Studenten und Arbeitslose unterliegen dem Versicherungszwang. Für Beamte und Selbstständige gelten andere versicherungstechnische Regelungen.

Es gilt zudem das Prinzip der Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass *..., das die jeweilige Krankenkasse ihre Belange im Rahmen bestehender Gesetze selbst regelt und in einem gewissen Rahmen über eigene Entscheidungskompetenzen verfügt*“... (Simon, 2010, 90).

Die Regulierung des Gesundheitssystems ist Aufgabe des Staates in seiner Rolle als letztthürdliche Instanz. Dabei beschränkt er sich aber in der Regel auf das Erlassen von Gesetzen und allgemeinen Rahmenbedingungen. Die inhaltliche Ausgestaltung der Krankenversorgung, wie zum Beispiel die Aufnahme neuer Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der Krankenkassen, ist den Kosten- und Leistungsträgern, im Sinne der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen worden. Sollte es in diesem Aushandlungsprozess zu keinem Ergebnis kommen, oder entspricht das Ergebnis nicht den Vorstellungen des Gesetzgebers, kann er seine Rechtsaufsicht geltend machen und auf den Aushandlungsprozess zwischen Kostenträger und Leistungserbringern Einfluss nehmen (vgl. Simon, 2010, 97). Die oberste Verwaltungsbehörde des Gesundheitswesens ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Durch sie und ihre Unterbehörden werden Gesetze, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften erarbeitet sowie die Dienstaufsicht der, dem BMG, unterstellten insgesamt sechs Bundesbehörden ausgeübt. Eine der unterstellten Behörden ist

das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Aufgabe dieser Behörde ist unter anderem die Zulassungsvoraussetzung von neuen Arzneimitteln zu prüfen, den legalen Verkehr von Betäubungsmitteln und seinen Grundstoffen zu überwachen und ein Register der gegenwärtig Substituierenden, das Substitutionsregister nach §5a BtMG zu führen.

Die Sozial- und Gesundheitsministerien und die ihnen unterstellten Landesgesundheitsämtern überwachen die Durchführung der Landesgesetze und nehmen zudem noch eigenständige Aufgaben wahr (vgl. Simon, 2010, 99ff.).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bildet den Kern der gemeinsamen Selbstverwaltung. In diesem paritätisch besetztem Gremium, das aus Vertretern der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser) und aus Vertretern der Kostenträger (Krankenkasse) besteht, werden Beschlüsse die den Inhalt des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), oder andere Themen der Versorgung betreffen gefasst (vgl. Simon, 2010, 102).

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems wird mehrheitlich durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Die gegenwärtige Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse entsprechen 15,5% des Bruttoarbeitslohnes. Die Krankenversorgung und weitere Leistungen des Gesundheitssystems werden überwiegend von freigemeinnützigen Trägern und Unternehmen, Organisationen und Einzelpersonen wie zum Beispiel Ärzten erbracht (vgl. Simon, 2010, 107).

Wie das BMG in seiner Pressemitteilung vom 07.03.2012 mitteilte, konnte im Jahr 2011 von den gesetzlichen Krankenversicherungen ein Finanzüberschuss von 4 Milliarden Euro erzielt werden (vgl. Pressemitteilung BMG, 07.03.2012, Nr.16).

#### **4.1.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und der Krankenhäuser, also den Leistungserbringern. Die andere „Bank“ bilden die Spitzenorganisation der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) die, die Interessen der Kostenträger vertritt. Durch den GBA werden Richtlinien erlassen, die den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen. Damit legt der GBA für mehr als 70 Millionen gesetzlich Versicherte fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Auf der Grundlage der, vom GBA beschlossenen, Richtlinie der Methoden vertragsärztliche Versorgung (RL-MVV) wird der Inhalt einer Behandlung bestimmt und welchen strukturellen, personellen und organisatorischen

Anforderungen entsprochen werden muss, damit eine bestimmte Behandlungsform in die Leistungspflicht der GKV fällt. Die Beschlüsse des GBA haben den Charakter untergesetzlicher Normen, das heißt, sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte und sind für diese verbindlich. Das Bundesministerium für Gesundheit führt die Rechtsaufsicht über den GBA. Dadurch stellt der Staat sicher, dass die Selbstverwaltungskörperschaft nicht gegen die bestehende Rechtsordnung verstoßen kann (vgl. Simon, 2010, 102).

Gemäß den Bestimmungen des SGB V §91, besteht der GBA aus 13 Mitgliedern. Dazu zählen ein unparteiischer Vorsitzender neben zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Diese werden von den Vertretern von GKV und der kassenärztlichen Vereinigung (KV) berufen. Die „Bank“ der Leistungserbringer und die „Bank“ der Kostenträger bestehen aus jeweils fünf Vertretern. Daneben wirken noch fünf Patientenvertreter mit, die nicht stimmberechtigt sind, jedoch Anträge stellen können. Die Sitzungen des GBA finden öffentlich einmal im Monat statt.

Die Beschlüsse werden in den paritätisch besetzten Unterausschüssen (UA) vorbereitet. Auf Grundlage der Beratungen in den UA`s werden dem Plenum Beschlussempfehlungen vorgelegt, die dort nach abschließender Beratung beschlossen werden. Die Sitzungen der UA`s sind nicht öffentlich.

Indem die GKV und die KV eine Doppelfunktion ausfüllen, kommt beiden Organisationen eine bedeutsame Rolle im Gesundheitssystem zu. Zum einen agieren sie als Interessenvertretung ihrer Mitglieder, zum Anderen wirken sie an der Ausgestaltung des Gesundheitssystems im Sinne staatlicher Regulierung mit (vgl. Simon, 2010, 101). Was, wie am Beispiel der Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung noch aufzuzeigen gilt, die Einführung neuer Behandlungsmethoden erschweren kann.

Der GKV ist ..., *darin gelegen, nur Leistungen bezahlen zu müssen, welche in einem angemessenen Kosten- Nutzen- Verhältnis stehen, wohingegen die Leistungserbringer für ihre Patienten in erster Linie wirksame Leistungen erbringen wollen... zugleich haben natürlich auch die Leistungserbringer Interesse an einer angemessenen Vergütung“... (Seeringer, 2006, 187).*

Bei der KV, sowie der GKV handelt es sich um ausgelagerte Staatsverwaltung, in Form von Körperschaften des öffentlichen Rechts. Das bedeutet, dass sie (Verwaltungs-)Aufgaben erfüllen, die ihnen das Gesetz vorschreibt, aber dennoch in gewisser Hinsicht rechtlich selbstständig gegenüber der staatlichen Verwaltung agieren können. Die Indienstnahme von Körperschaften des öffentlichen Rechts hat für den Staat den Vorteil, dass er sachliche und personelle Kapazitäten einsparen kann (Simon, 2010, 101).

Der Einführung der DSB ging zunächst notwendigerweise die Zulassung von Diamorphin als

Arzneimittel voraus.

## **4.2 Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel**

Wie bereits erwähnt fällt die Zulassungserteilung eines Arzneimittels in den Verantwortungsbereich des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Ohne eine gültige Zulassung können Arzneimittel nicht legal in den Verkehr gebracht werden. Wird die Zulassung eines Arzneimittels begehrt, muss gemäß §22 des Arzneimittelgesetzes (AMG) über eine klinische Prüfung der Nachweis der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität des Arzneimittels erbracht werden. Die Ergebnisse sind beim BfArM einzureichen, dass dann über die Zulassung gemäß §31 Abs. 1 AMG entscheidet (vgl. Simon, 2010, 247).

Die Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel barg eine besondere juristische Qualität, da Heroin bzw. Diamorphin, bis zu seiner Arzneimittelzulassung, in der Anlage 1 des BtMG geführt wurde. Das heißt, alle möglichen auf Heroin bezogenen Verhaltensweisen, bis auf den Konsum, wurden durch das BtMG reglementiert und strafrechtlich sanktioniert.

Erstmalig wurde die Behandlung Opiatabhängiger mit dem Originalstoff im Rahmen eines Modellprojektes von der US- amerikanischen Anwaltskammer im Jahr 1972 empfohlen. Intention war dabei die negativen Auswirkungen der Drogenkriminalität zu mindern. Die in den USA vorherrschenden politischen Verhältnisse verhinderten jedoch eine Umsetzung. Diese Behandlungsform blieb dennoch Gegenstand des wissenschaftlichen Diskurses, zunächst aber erfolgte der Ausbau der methadongestützten Substitution in den westlichen Staaten (vgl. Haasen in: Zeitschrift SUCHT, 2007 265).

Aber auch der Ausbau der methadongestützten Substitutionsprogramme in Deutschland und Westeuropa konnte die Ausbreitung von AIDS, die negativen gesellschaftlichen Folgen des Drogenproblems und die hohe Mortalitätsrate (Deutschland: 2.119 Tote 1991, Allzeithoch) nicht verhindern (vgl. Täschner; Bloching; Bühringer; Wiesbeck, 2010, 72).

Der dadurch gestiegene politische Handlungsdruck führte zunächst in der Schweiz und später in den Niederlanden zu wissenschaftlichen Studien, die die Effekte der heroingestützten Substitutionsbehandlung mit denen, des Methadons verglichen. Dabei konnten der heroingestützte Substitutionsbehandlung deutlich positive Effekte nachgewiesen werden. Auch in Deutschland unternahmen die Städte Hamburg (1993) und Frankfurt (1994) Versuche eine ähnliche Studie auf den Weg zu bringen, was beide Male scheiterte. Mit der Veröffentlichung der schweizerischen Vergleichsstudie 1997 kam es dann auch in Deutschland zur Bereitschaft ein solches Modellprojekt



zu starten. Das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung gewann die Ausschreibung des BMG für dieses Projekt und entwickelte ein Studiendesign für ..., *eine multizentrische, klinische, Studie zur ambulanten Behandlung Opiatabhängiger*“... (Haasen in: Zeitschrift SUCHT, 2007 265).

Aufgrund der positiven Ergebnisse der Studie wurde vom BfArM im August 2006 Diamorphin die Zulassung als Arzneimittel erteilt (Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger- ZIS, Universität Hamburg, Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow- Up Phase, 9 ).

#### **4.2.1 Das bundesdeutsche Projekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger**

Im Wissen um die Grenzen der Methadonsubstitution, sollte diese wissenschaftliche Arzneimittelstudie Erkenntnisse darüber bringen inwieweit eine strukturierte Behandlung mit pharmakologisch reinem, injizierbarem Heroin Klienten gesundheitlich stabilisieren und verbindlich in das bestehende Hilfesystem integrieren kann, die bisher nicht, oder nur ungenügend von der Substitution mit Methadon profitieren oder vom Drogenhilfesystem nicht erreicht werden konnten. Daneben erhielten die Teilnehmer eine intensive psychosoziale Betreuung. Für die Studie wurden Personen rekrutiert, die mindestens 23 Jahre alt waren, eine Opiatabhängigkeit von mindestens fünf Jahren nachweisen konnten, gegenwärtig intravenös konsumierten und erhebliche körperliche und psychische Belastungen aufweisen konnten (Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger- ZIS, Universität Hamburg, Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow- Up Phase, 9 ).

Anhand der Studie zeigte sich, dass es bei den Patienten der DSB zu positiveren Effekten in Bezug auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand, der Reduzierung des illegalen Drogenkonsums, der Loslösung von der Drogenszene und der Reduktion der Beschaffungskriminalität gegenüber den, mit Methadon, substituierten Patienten gekommen ist. Die Zahl derer, die von dieser Behandlungsform profitieren könnten wird bundesweit auf knapp 10.000 Personen geschätzt. (Versorgungsforschung: Implementierung und Transfer des Behandlungsangebots; Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Schwerstabhängiger, 3).

Darüber hinaus sollte mit der Studie auch untersucht werden ob und in wieweit diese Behandlungsform in das bestehende Hilfesystem implementiert werden kann und wie sicherheitsrelevante Risiken begrenzt werden können (vgl. Jungblut,2004, 208).

Der Studienverlauf gliederte sich in zwei Phasen zuzüglich einer Follow-up Phase, die die Weiterbehandlung der Patienten unter den Bedingungen des Studiendesigns ermöglichen sollte. Die erste, 12 monatige Phase bestand aus einem Kontrollgruppenvergleich zwischen einer mit Methadon und einer mit Diamorphin substituierenden Versuchsgruppe.

In der zweiten Phase, die 24 Monate dauerte, wurde eine Verlaufsstudie durchgeführt. Dabei ging es um die längerfristigen Wirkungen der Diamorphinsubstitution sowie um die Wirkungen, die bei einem Wechsel von Methadon auf Diamorphin auftreten. Darüber hinaus wurden zusätzliche Studien hinsichtlich des Legalverhaltens, dem gesundheitsökonomischen Kosten- Nutzen- Verhältnis und der Effektivität der psychosozialen Betreuung erhoben. Diese substanz- und handlungsbezogene Studie an der 1032 Personen teilnahmen startete im März 2002 bundesweit in den Städten Hamburg, Köln, Bonn, Hannover, München, Karlsruhe und Frankfurt. Das Studiendesign sah vor, dass die Konsumenten drei mal täglich unter strenger Kontrolle in den Ambulanzen bereitgestelltes Diamorphin sich intravenös applizieren konnten. Zudem erhielt jeder Studienteilnehmer eine psychosoziale Betreuung in Form von Case Management oder Psychoedukation (Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger- ZIS, Universität Hamburg, Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-Up Phase, 9).

Die Studienambulanzen waren räumlich ähnlich ausgestattet wie herkömmliche Drogenambulanzen bestehend aus Cafebereich, Konsumraum und einem Bereich zur Nachbeobachtung.

Für die sichere Lagerung des Diamorphins wurde mit Hilfe der jeweiligen Landeskriminalämter Sicherheitskonzepte auferlegt, die baulich- mechanische und elektronische sicherungstechnische Aspekte vorsahen (vgl. VwV- Diamorphin). Dies führt nach Berechnungen der AG Substitution beim Sozialministerium des Landes Baden- Württembergs zu Investitionskosten in Höhe von 150.000 Euro (vgl. Positionspapier der AG Substitution beim Sozialministerium Baden- Württemberg zum aktuellen Stand der Diamorphin-Substitution).

Mit dem Ende der Follow- up Phase endete auch am 30.6.2007 das Modellprojekt

Wichtige Schritte um die diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in das bestehende Drogenhilfesystem implementieren zu können waren bereits erfolgreich beschrritten. Dennoch mussten weitere Schritte getan werden, um Schwerstabhängige mit dem Originalstoff behandeln zu können.

Zunächst aber mussten die Träger der Studienambulanzen einen Antrag nach §3 BtMG stellen, um den Betrieb der Ambulanzen weiterhin legal fortführen zu können und um somit auch einen Behandlungsabbruch, mitsamt der negativen Folgen für die Teilnehmer, vermeiden zu können. Die Verlängerung der Betriebserlaubnis belief sich gemäß BtMG auf maximal drei Jahre, was

bedeutete, dass innerhalb von drei Jahren der rechtliche Rahmen geschaffen werden musste, damit die heroingestützte Substitutionsbehandlung von den Krankassen finanziert und vom Klienten in Anspruch genommen werden kann.

Mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung und seinem Inkrafttreten am 21.07.2009 wurde der dafür erforderliche rechtliche Rahmen geschaffen.

### **4.3 Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung**

Die Zulassung von Diamorphin durch das BfArM im August 2006 führte noch nicht dazu, dass man Diamorphin legal in den Verkehr bringen konnte. Wie bereits beschrieben, wurde Heroin (Diamorphin) weiterhin in der ersten Anlage des BtMG's geführt. Es galt also immer noch als eine psychotrope Substanz, die weder verkehrsfähig, noch verschreibungsfähig gewesen ist. Mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in die Regelversorgung geschaffen. Durch dieses Gesetz wurde das BtMG, die BtMVV sowie das AMG den neuen Anforderungen angepasst und trat einen Tag nach seiner Verkündung im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 1801, Nr.41) am 16.07.2009 in Kraft.

Hinsichtlich des BtMG wurde geändert, dass Diamorphin von der ersten Anlage, nicht verkehrs- und verschreibungsfähig, in die dritte Anlage, verkehrs- und verschreibungsfähig überführt wurde. Daneben wurde die Erlaubniserteilung zum Betrieb einer solchen Einrichtung den dafür zuständigen Landesbehörden übertragen.

Die Änderung der BtMVV, die die Modalitäten regelt unter denen Diamorphin legal zur Substitution eingesetzt werden darf, erweiterten die BtMVV um die zusätzlichen Anforderungen einer diamorphingestützten Substitutionsbehandlung. Im §47 AMG wurde ein Sondervertriebsweg für die Abgabe von Diamorphin eingerichtet. Dieser sieht vor, dass aus Sicherheitsgründen Diamorphin direkt vom Hersteller, an die mit Diamorphin substituierenden Ambulanzen ausgeliefert wird.

Um einen Rechtsanspruch auf die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung zu haben, muss gemäß §5 BtMVV bestimmten Anforderungen entsprochen werden. Neben einer seit mindestens 5 Jahren bestehenden Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen muss der Patient überwiegend intravenösen Konsum aufweisen. Zudem muss der Patient mindestens zwei erfolglose Therapieversuche mit herkömmlichen Substitutionsmitteln vorweisen können. Die häusliche Mitgabe des Substitutes als „Take-home“

Verordnung ist nicht zulässig. Ärzte, die diese Behandlung anbieten, müssen eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation vorweisen können. Um eine Erlaubnis der Landesgesundheitsbehörde zum Betrieb einer Heroinambulanz erhalten zu können, müssen besondere Anforderungen hinsichtlich der personellen Ausstattung und der technischen Sicherheit erfüllt werden.

Neben der gesetzlichen Verankerung des Rechtsanspruchs mussten noch die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung ihre eigenen Richtlinien den neuen Gegebenheiten anpassen, damit Patienten die DSB als kassenfinanzierte Leistung in Anspruch nehmen konnten.

Damit die, in der kassenärztlichen Vereinigung organisierten, Ärzte diese Behandlung auch durchführen dürfen, musste die Bundesärztekammer zunächst ihre Richtlinien zur Durchführung der Substitution bei Opiatabhängigkeit gemäß §5 Abs. 11 BtMVV um die Behandlung mit Diamorphin erweitern, was am 19.02.2010 abgeschlossen wurde (Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger Stand 19.02.2010).

Zudem musste der GBA darüber entscheiden ob und auf welche Art und Weise die DSB in die Richtlinien der Methoden vertragsärztliche Versorgung einzugliedern ist, um somit der DSB den Status einer kassenfinanzierten Leistung zukommen zu lassen. Die Aufnahme der DSB in die Regelversorgung wurde am 18.03.2010 vom GBA beschlossen. Damit wurde auch beschlossen, wie die Behandlung inhaltlich auszusehen hat, welche Indikatoren zur Inanspruchnahme berechtigen und welche personellen und räumlichen Anforderungen zum Erlangen einer Betriebserlaubnis von den Leistungserbringern erfüllt werden müssen, damit die DSB mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Als letzter Schritt musste im GBA über die Höhe der ärztlichen Leistungsvergütung bei der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung nach § 87 Abs, 1 Satz 1 SGB V entschieden werden. Dieser Beschluss wurde am 01.07.2010 mit Wirkung zum 1.10. 2010 vom GBA gefasst. Wie bereits erwähnt führt das BMG die Rechtsaufsicht über den GBA. Deswegen bedurfte es noch der rechtmäßigen Zustimmung des BMG zu dem Beschluss des GBA hinsichtlich der Richtlinien der Methoden vertragsärztliche Versorgung. Diese Zustimmung wurde am 24.07.2010 erteilt.

Dadurch wurde es zum ersten Mal in Deutschland möglich, eine kassenfinanzierte Substitutionsbehandlung mit Heroin in Anspruch zu nehmen.

Die Bundesregierung verfolgt mit der DSB eine *..., zusätzliche, dauerhafte und auch langfristig tragfähige Option für die Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger zu schaffen*“....(Bundesdrucksache 16/11515).

Ob die Beschlüsse des GBA dazu beitragen oben erwähntes Ziel verwirklichen zu können wird im nächsten Kapitel untersucht.

## **5. Umfrage zu den Problemen bei der Implementierung der**

## **diamorphingestützten Substitutionsbehandlung**

Um überprüfen zu können, ob die vom GBA gefassten Beschlüsse die Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung begünstigt haben, wurde von mir ein Fragebogen entworfen und an die Einrichtungsleiter der gegenwärtig praktizierenden Diamorphinambulanzen in Köln, Karlsruhe, Bonn, Hannover, München, Hamburg und Frankfurt verschickt. Bis auf Hamburg haben sich alle Ambulanzen an der Umfrage beteiligt.

Der Fragebogen bestand aus 15 Fragen. Die ersten sieben Fragen bezogen sich auf die Strukturqualität und auf die Finanzierung der Einrichtung. Die Fragen 8- 15 bezogen sich inhaltlich auf die vom GBA gefassten Beschlüsse hinsichtlich den personellen und räumlichen Anforderungen der Einrichtung, sowie den Zugangskriterien für die Inanspruchnahme einer solchen Behandlung. Für die Beantwortung der Fragen 8-15 wählte ich eine endpunktbenannte Skala aus (vgl. Porst, 2009, 73). Dabei konnten sich die Befragten zwischen den Endpunkten stimme ich voll und ganz zu, bis stimme ich überhaupt nicht zu mittels fünf checkboxen entscheiden.

### **5.1 Ergebnisse der Umfrage**

Die Ergebnisse aller Antworten der Fragebögen sind in der Anlage I zu finden.

Zwei Drittel der Befragten antworteten, dass die vom GBA gefassten Beschlüsse die Einrichtung neuer Ambulanzen überhaupt nicht bzw. nicht begünstigen würden.

Bei fast allen Ambulanzen ist, seit der Überführung der DSB in die Regelversorgung, die Anzahl der Patienten gestiegen. Nur in Frankfurt ist die Anzahl der Patienten gleich geblieben.

Ebenfalls zwei Drittel der Befragten halten die inhaltlichen Bestimmungen des Sicherheitskonzeptes für angemessen.

Neben der diamorphingestützten Substitution wird in vier von sechs Ambulanzen auch herkömmlich substituiert.

Zwei Drittel der Befragten die Festlegung auf intravenösem Konsum als nicht bzw. überhaupt nicht angemessen bewerten

Das Verfügen über drei Vollzeitarztstellen unabhängig von der Höhe der Patienten halten zwei Drittel der Befragten für notwendig.

Laut GBA Beschluss müssen die Ambulanzen über mindestens drei separate Räume verfügen. Das hält auch die Mehrheit der Befragten für notwendig.

Die räumliche Trennung von diamorphinsubstituierten und nicht diamorphinsubstituierten Patienten halten fünf von sechs der Befragten für notwendig.

Laut Umfrage decken die Ambulanzen Karlsruhe, Köln und Frankfurt den Bedarf an DSB in ihrer Stadt ab, in Bonn und Hannover übersteigt der Bedarf das Angebot. Die Münchner Ambulanz gab dazu keine Antwort.

Hinsichtlich der Zugangskriterien halten zwei Drittel der Ambulanzen ein Mindestalter von 23 Jahren für angemessen.

Der Nachweis einer 6 monatigen Therapie bzw. zweimaliger Therapieabbruch führt zu gegensätzlichen Ergebnissen. Drei Ambulanzen finden diese Zugangsvoraussetzung für voll und ganz angemessen, zwei Ambulanzen stimmen dem nicht bzw. überhaupt nicht zu.

Als signifikantes Ergebnis kann festgehalten werden, dass zwei Drittel der Ambulanzen die vom GBA gefassten Beschlüsse als nicht begünstigend für die Einrichtung neuer Ambulanzen ansieht. Daneben herrscht große Übereinstimmung (83 %) über die Angemessenheit der inhaltlichen Bestimmungen des Sicherheitskonzeptes der LKA´s. Gegen die Festlegung auf ausschließlich intravenösem Konsum sprechen sich zwei Drittel der Ambulanzen aus.

## **5.2 Ursachen für die Probleme bei der Implementierung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung**

Wie aus der Umfrage hervorgeht, bewertet keiner der Befragten die vom GBA gefassten Beschlüsse als begünstigend für die Einrichtung neuer Ambulanzen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der Antwort der parlamentarischen Staatssekretärin Ulrike Flach im Namen der Bundesregierung vom 22.03.2012 (vgl. BT- Drs 17/9114) auf die kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen hinsichtlich der „Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in der Behandlung der Opiatabhängigen“ (vgl. Bundesdrucksache 17/8949). Der Antwort der Bundesregierung ist zu entnehmen, dass die in §10 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (RL- MVV) beschriebenen Anforderungen an die Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin die Inbetriebnahme neuer Ambulanzen nicht begünstigt haben und dass derzeit 360 Patienten eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen. Eine Anfrage beim Bundesinstitut für Arzneimittel meinerseits ergab, dass gegenwärtig keine neuen Ambulanzen zu den bereits bestehenden hinzu gekommen sind.

Der §10 RL- MVV benennt die personellen Anforderungen zur für die Erlaubnis zum Betrieb einer Heroinambulanz. Dort steht, dass *..., die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen ist. Hierfür sind Arztstellen in Voll- oder Teilzeit im Umfang von grundsätzlich 3 Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter*

*nichtärztlicher Vollzeitstellen vorzuhalten“... (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I: Anerkannte Behandlungsmethoden, 7).*

Ein Mitglied aus der Patientenvertretung vom Bundesverband JES, der vom GBA berufen wurde an den Beratungen teilzunehmen, äußerte sich kritisch hinsichtlich des Zustandekommens der Beschlüsse. Kritisiert wurde, dass *..., die Mehrzahl der Vertreter der beiden Bänke eine grundsätzlich kritische oder gar ablehnende Haltung gegenüber der Substitution offenbarte. So wurden die Erfolge der Substitution als gering angesehen und die Vergabepaxis als zu liberal eingestuft“... (Drogenkurrier, 2010, 7).* Obwohl geladene Experten den Erfolg der Diamorphinsubstitution anerkannten waren es *..., die Krankenkassen und die Vertreter der Kassenärzte die der Diamorphinsubstitution überaus kritische gegenüberstanden und sogar das Studiendesign angriffen (Drogenkurrier, 2010, 7).*

Zudem habe keiner der stimmberechtigten Mitglieder während der vielen Jahre des Modellprojekts die Möglichkeit genutzt, sich eine Heroinambulanz vor Ort anzusehen und sich somit keinen tiefergehenden Einblick vom Praxisbetrieb verschaffen können. Dieses fehlende Praxiswissen habe auch zu der Verankerung einer verpflichtenden 12- stündigen ärztlichen Anwesenheit geführt. Grund dafür war die Annahme, dass die Öffnungszeiten einer Ambulanz mit den tatsächlichen Diamorphin Vergabezeiten korrelieren. Recherchen des JES Bundesverbandes kommen zu dem Ergebnis, dass keiner der bundesweiten Heroinambulanzen Vergabezeiten von über fünf Stunden aufweist, bei den kleineren Ambulanzen betrug die tägliche Vergabezeit 2 bis 2,5 Stunden (vgl. Drogenkurrier, 2010, 7).

Die Gesundheitsökonomische Begleitforschung des Modellprojekts beziffert die jährlichen Kosten der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung während der Studie auf 18.060 Euro pro Patient. Darin ist bereits der Betrag der psychosozialen Betreuung in Höhe von 1.928 Euro enthalten, der durch die öffentliche Hand getragen wird. Der Hauptteil der Aufwendungen für die DSB entsteht dabei durch Personalkosten. Die Kosten der Methadonsubstitution beliefen sich während des Modellprojekts auf 6.147 Euro pro Jahr und Teilnehmer, inklusive PSB (vgl.

Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige, 2).

Berechnungen der Arbeitsgemeinschaft Substitution des Sozialministeriums Baden- Württembergs gehen von einer Fallzahl von mindesten 45 Patienten aus, um einen kostendeckenden Betrieb gewährleisten zu können (siehe Positionspapier der AG Substitution beim Sozialministerium Baden-Württemberg zum aktuellen Stand der Diamorphin-Substitution).

Vor dem Hintergrund, dass neue Ambulanzen zunächst den Betrieb mit einer kleineren Patientengruppe aufnehmen, kann deshalb von einer regelhaften Kostenunterdeckung bei der

Inbetriebnahme von neuen Heroinambulanzen ausgegangen werden.

Wie bereits erwähnt sind die Kosten für die DSB ungefähr drei Mal höher als die der Methadonsubstitution. Diese werden durch die längeren Öffnungszeiten, den höheren Sicherheitsmaßnahmen sowie der Injektion unter ärztlicher Aufsicht verursacht (Gesundheitsökonomische Begleitforschung (vgl. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige, 2).

Die in der BtMVV geforderten Sicherheitsmaßnahmen für den sicheren Umgang mit Diamorphin bei Lieferung, Lagerung und Ausgabe sehen baulich- mechanische und elektronische sicherungstechnische Aspekte vor. Dadurch soll der Gefahr von Einbruchsdiebstählen und Überfällen entgegengewirkt werden. Diese Sicherheitsmaßnahmen führen zu Investitionskosten in Höhe von 150.000 Euro auf Seiten der Träger (siehe Positionspapier der AG Substitution beim Sozialministerium Baden-Württemberg zum aktuellen Stand der Diamorphin-Substitution).

Wenngleich auch die Kommunen ein Interesse an der Einrichtung neuer Heroinambulanzen haben, geschieht die Vergabe eines Investitionskostenzuschusses auf der Grundlage der jeweiligen Landeshaushaltsordnung und ist somit kein einklagbarer Rechtsanspruch. Die öffentliche Hand entscheidet also ob und in welcher Höhe ein Investitionskostenzuschuss gewährt wird, was ebenfalls als Hürde bei der Inbetriebnahme neuer Heroinambulanzen angesehen werden kann. Der §5 Abs. 9a BtMVV sieht eine grundsätzlich parenterale (per Injektion) Applikation des Diamorphins vor. In Anbetracht dessen, dass Langzeitabhängige in Folge ihrer jahrelangen Sucht und den damit einhergehenden somatischen Begleiterscheinungen häufig über ein nicht mehr intaktes Venensystem verfügen und keinen intravenösen Konsum mehr praktizieren können werden gerade auf Seiten der „maximal Verelendeten“ jene von dieser Behandlungsform ausgeschlossen, die sie am nötigsten hätten. Zudem werden auch kategorisch jene Opiatabhängigen von dieser Behandlungsform ausgeschlossen die bei gleichwertigen somatischen und psychischen Störungen einen inhalativen Konsum praktizieren. In der Spezialstudie zur Versorgungsforschung wird über die Höhe der erreichbaren Patienten folgendes geschrieben: *..., Die berichtete Zahl der erreichbaren Heroinabhängigen ist nicht gleichzusetzen mit der Zahl derer, für die aus fachlicher Sicht ein Behandlungsbedarf besteht und auch nicht mit der Anzahl der erforderlichen Behandlungsplätze. Der Kennwert benennt nur die mögliche Reichweite unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Behandlungs- und der Vergabemodalitäten. Veränderungen der Indikationskriterien oder der Zugangsbedingungen nehmen unmittelbar Einfluss auf die Größe der Reichweite* (Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige, 2).

Wie bereits weiter oben beschrieben führen die komplexen administrativen Anforderungen zu



einem hohen bürokratischen Aufwand zu Lasten der Ärzte. So kommt es, dass im Jahr 2010 nur 2.710 von 7.805 zur Substitution zugelassenen Ärzte diese Behandlungsform praktizieren. Die IMPROVE- Studie des akzept e.V.<sup>4</sup> untersuchte diesen Sachverhalt. Dort wurde die Frage gestellt, was sich ändern müsste damit zur Substitution zugelassene Ärzte wieder die Substitution anbieten. Eine Änderung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, sowie eine Verringerung des Aufwands im Büro gaben 52% der Befragten als Antwort an (IMPROVE- Studie, 7). Auch die Substitution mit Diamorphin kann nur mit dafür qualifizierten und einsatzbereiten Ärzten geschehen. Wurden im Jahr 2004 noch 57.700 Substitutionspatienten von 2.616 Ärzten betreut, waren es im Jahr 2010 schon 77.400 Patienten, die von 2.710 Ärzten im Rahmen einer herkömmlichen Substitution betreut wurden (vgl. Drogen- und Suchtbericht, 2001, 69). Diese Zahlen zeigen ein sich verschärfendes Missverhältnis zwischen Patientennachfrage und Verfügbarkeit von Substitutionsärzten. Hier gilt es auf das Tätigwerden des Staates, im Sinne des Abbaus von administrativen und bürokratischen Hürden zu hoffen, um somit der Gefahr des Fachkräftemangels entgegensteuern zu können.

Letzten Endes ist die Einführung der diamorphingestützten Substitution auch eine Frage der Ressourcenverteilung. Obwohl durch die DSB Kostenersparnisse von 3.777 Euro bei den übrigen Krankheitskosten erzielt werden können, verursacht die DSB in der Regelversorgung zusätzliche Kosten in Höhe von 10.355 Euro, die durch die Krankenkassen erbracht werden müssen. Von weiteren Kostenersparnissen im Bereich Delinquenz, Inhaftierung und Gerichtskosten profitieren die Krankenkassen nicht direkt (vgl. Gesundheitsökonomische Begleitforschung Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige, 2).

Hinzu kommt, dass diejenigen, die für diese Behandlung in Frage kommen, einen eher geringen Beitrag zur Finanzierung und damit zur Aufrechterhaltung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten aufbringen. Wie bereits beschrieben sind vor allem langfristig Opiatabhängige überdurchschnittlich stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Dem Jahrbuch SUCHT 2011 ist zu entnehmen, dass nur 20% der ambulant versorgten Opiatabhängigen und nur 15% der stationär versorgten Opiatabhängigen erwerbstätig sind (vgl. Jahrbuch SUCHT, 2011, 214ff, Tab. 6a; 6b). Abschließend kann gesagt werden, dass der GBA zwar seiner Verpflichtung zur Aufnahme der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nachgekommen ist. Jedoch wurden so hohe Anforderungen an die Inbetriebnahme von neuen Heroinambulanzen geknüpft, dass seit der Überführung der DSB in die Regelversorgung

---

4 Akzept e.V.: „...vertritt als Dachverband eine Vielzahl akzeptierend arbeitender Drogenhilfeeinrichtungen“ (Stimmer, 2000, 11)

keine weiteren Heroinambulanzen mehr dazu gekommen sind.

## **6. Schlussbetrachtung**

Die kritische Betrachtung des Betäubungsmittelgesetzes hat gezeigt, dass der Gesetzgeber es nicht vermag den Bürger vor den „Gefahren“ des Drogenkonsums zu schützen. Weder die präventiven, noch die repressiven Mittel, die das Betäubungsmittel bereithält, haben zu einem Absinken der Verfügbarkeit von illegalen Drogen geführt, noch konnte die Zahl derer, die illegale Drogen konsumieren verringert werden. Hinsichtlich der Legitimität des Betäubungsmittelgesetzes muss festgehalten werden, dass hier keine objektiven Bewertungsmaßstäbe hinsichtlich des Gefährdungspotentials der verschiedenen psychotropen Substanzen angesetzt wurden. Es ist aus fachlicher Sicht nicht haltbar, dass Substanzen wie Alkohol und Nikotin die wesentlich mehr Todesopfer fordern legal zu erwerben sind, wo hingegen dem Cannabis lange Zeit per Gesetz das gleiche Gefährdungspotential wie Heroin zugemessen wurde. Ferner wurde dargestellt, dass es sich bei der Drogensucht um eine chronische und systemische Krankheit handelt, deren Ursache häufig in schädigenden Ketten negativer Lebensereignisse liegt. Diese negativen Erlebnisse werden als Belastungen erlebt. Die Möglichkeit durch Drogenkonsum unangenehme Gefühle abzuwehren und angenehme Gefühle zu erzeugen bietet diesen Menschen eine, wenn auch inadäquate, Möglichkeit ihre Gefühlswelt regulieren zu können. Durch die Illegalität bestimmter Drogen kommt es im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung unweigerlich zu kriminellen Handlungen (Beschaffung, Konsum). Dadurch besteht die Gefahr, dass das Leben eines Abhängigkeitskranken mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Negativspirale aus Konsum, Straffälligkeit, Inhaftierung, Therapie, Rückfälligkeit, erneuter Straffälligkeit usw. unterworfen wird. Die Folge ist ein zunehmender Verlust suchthemmender und integrationsstützender Faktoren, bis schließlich die Drogenszene den alleinigen Lebensmittelpunkt bildet.

Hier kann die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung helfen, jenen Menschen die seit vielen Jahren suchtkrank sind und denen mit herkömmlichen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen nicht geholfen werden konnte, unter Beibehaltung der Abhängigkeit, den Weg in die Mitte der Gesellschaft zurück zu finden.

Die Ergebnisse meiner Ausarbeitung zur Implementierung dieser Behandlungsform zeigen, dass, um diese Behandlung einer breiten Masse zugänglich zu machen, auf der Seite der diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen (RL-MVV) Optimierungsbedarf besteht,.

Wie meine Analyse ergab, werden derzeit 360 von 10.000 möglichen Patienten mit der

diamorphingestützten Substitutionsbehandlung therapiert. Das heisst, dass 96% der in Frage kommenden Patienten nicht von dieser Behandlung profitieren. Obwohl, wie das Ergebnis meiner Umfrage zeigt, fünf der sechs befragten Ambulanzen einen Anstieg der Patientenzahl verzeichnet haben, was auf ein generelles Interesse der Behandlungsbedürftigen schließen lässt. Zudem muss auch kritisch gesehen werden, dass seit der Überführung der DSB in die Regelversorgung keine neuen Heroinambulanzen den Betrieb aufgenommen haben. Wie bereits beschrieben machen die hohen personellen Anforderungen und die hohen sicherheitstechnischen Standards es für eine Versorgungsregion nahezu unmöglich mehrere Heroinambulanzen in das regionale Drogenhilfesystem zu integrieren.

Um dennoch dieser, wie aus dem Modellprojekt ableitbaren, erfolgreichen Behandlungsform ein breiteres Publikum zuzuführen bestehen verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten. Diese beziehen sich nicht allein auf eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Wie bereits erwähnt, können die hohen Investitionskosten bei gleichzeitiger Kostenunterdeckung zu Anbeginn der Inbetriebnahme einer Heroinambulanz viele Interessenten davon abhalten eine Ambulanz in Betrieb zu nehmen. Hier sollte die öffentliche Hand Bereitschaft zeigen einen bedarfsgerechten Investitionskostenzuschuss zu zahlen. Um dieser Behandlung ein breiteres Publikum zu erschliessen, könnte der §5 Abs. 9a geändert werden. Dieser sieht vor, dass Diamorphin nur parenteral, also per Injektion, angewendet werden darf. Dadurch werden vor allem langjährig Abhängige ausgeschlossen, die über kein intaktes Venensystem mehr verfügen und notgedrungen eine andere Konsumform praktizieren müssen. Hinzu kommt, dass die administrativen Anforderungen bei einer Substitutionsbehandlung viele Ärzte davon abhalten diese Behandlung anzubieten.

Durch die gegenwärtige Regelung der DSB müssen die Patienten 2-3 Mal täglich, 365 Tage im Jahr in die Ambulanz kommen. Das erschwert eine berufliche Integration und führt zum Verlust einer Tagesstruktur. Im Ergebnis führen diese Vorgaben zu einer Begrenzung der Zielgruppe auf Personen, die in einem eher engeren Einzugsgebiet der Heroinambulanz leben und diese mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichen können.

Es bleibt abzuwarten, welche Schlüsse die Bundesregierung aus dem Evaluierungsbericht zu den Auswirkungen der Richtlinie zur Diamorphintherapie zieht, der im Laufe des Jahres veröffentlicht wird, um auf Grundlage dessen eventuelle Änderungen hinsichtlich der Richtlinie vorzunehmen, damit mehr Menschen die Möglichkeit haben diese Behandlung in Anspruch zu nehmen.

## **Literaturliste**

Arnold, Uli; Maelicke, Bernd 2009: Lehrbuch der Sozialwirtschaft. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Blum, Cornelia; Sting, Stephan 2003: Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt Verlag

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2011: Jahrbuch Sucht 2011. Hamm

Egger, Josef in: Psychologische Medizin 16. Jahrgang 2005 Nummer 2, Seite 3- 12, Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit.

Haasen, Christian in: Zeitschrift SUCHT 2007 Nr. 5, Einführung der Diamorphinbehandlung in Deutschland: ein weiter Weg. Seite 265- 267. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm

Herzog, Sabine; Münchmeier, Richard 2005: Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim/ München: Juventa

Jungblut, Hans- Joachim 2004: Drogenhilfe. Eine Einführung. Weinheim/ München: Juventa

Klos, Hartmut; Görgen, Wilfried 2009: Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag

Petzold, Hilarion; Schay, Peter; Ebert, Wolfgang (Hg.) 2007: Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Porst, Rolf 2009: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH

Schäffer, Dirk; Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (V.i.S.d.P.) Drogenkurrier, Magazin des JES-Bundesverbands Juni 2010 Nr. 82. Seite 6- 7

Schay; Peter, Liefke; Ingrid 2009: Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Schubert, Klaus; Klein, Martina 2011: Das Politiklexikon. Begriffe- Fakten- Zusammenhänge. Bonn: Verlag J. H. W. Dietz

Seeringer, Stefanie 2006: Der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem SGB V. Rechtliche Form, normative Befugnisse und Steuerung der Qualität der medizinischen Versorgung. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Simon, Michael 2010: Das Gesundheitssystem. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Verlag Hans Huber

Stascheit, Ulrich 2010: Gesetze für Sozialberufe. Textsammlung. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Stimmer, Franz 2000: Suchtlexikon. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH  
Täschner, Karl- Ludwig; Bloching, Benedikt; Bühringer, Gerhard; Wiesbeck, Gerhard 2010:

Therapie der Drogenabhängigkeit. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Tretter, Felix; Müller Angelika (Hg.) 2001: Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag

Tretter, Felix 2000: Suchtmedizin. Der Suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH

Tretter, Felix 1998: Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch- Umwelt- Droge. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag

Voigtel, Roland 2001: Rausch und Unglück. Die psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen der Sucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

## **Internetzugriffe**

Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage betreffend „ Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in der Behandlung der Opiatabhängigen“ BT- Drs 17/9114

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/091/1709114.pdf>

Zugriff 20.03.2012

Bundesdrucksache 16/11515

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/115/1611515.pdf>

Zugriff 04.02.2012

Bundeslagebild Rauschgift 2010

[http://www.bka.de/nn\\_193372/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_193372/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html?_nnn=true)

Zugriff 20.03.2012

Bundeslagebild Rauschgift 2004

[http://www.bka.de/nn\\_193372/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet\\_node.gtp=223622\\_3D1.html?\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_193372/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.gtp=223622_3D1.html?_nnn=true)

Zugriff 20.03.2012

Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger- ZIS, Universität Hamburg. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow- up Phase

[http://www.heroinstudie.de/H-Bericht\\_FU.pdf](http://www.heroinstudie.de/H-Bericht_FU.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Deutsche Hauptstelle für Drogen und Drogensucht DBBD 2011: Bericht des nationalen REITOX- Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends, und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Reitox\\_Jahresberichte/REITOX\\_Report\\_2011\\_dt.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Reitox_Jahresberichte/REITOX_Report_2011_dt.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Drogen- und Suchtbericht Mai 2011

<http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien->

[dba/Service/Publikationen/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige

[http://www.heroinstudie.de/Gesundheitsoekonomie\\_Kurz\\_f\\_abg.pdf](http://www.heroinstudie.de/Gesundheitsoekonomie_Kurz_f_abg.pdf)

Zugriff 04.02.2012

PREMOS- Studie, Langfristige Substitution Opiatabhängiger, Zusammenfassung der Ergebnisse.

<http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien->

[dba/DrogenundSucht/Illegale\\_Drogen/Heroin\\_andere/Downloads/Kurzbericht\\_Premos.pdf](http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Kurzbericht_Premos.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Pressemitteilung zur GKV- Finanzentwicklung in 2011 vom 07.03.2012

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_01/120307\\_PM\\_GKV\\_Finanzentwicklung\\_2011.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_01/120307_PM_GKV_Finanzentwicklung_2011.pdf)

Zugriff 10.03.2012

Positionspapier der AG Substitution beim Sozialministerium Baden-Württemberg zum aktuellen Stand der Diamorphin-Substitution

[http://www.suchtfragen.de/fileadmin/content/suchtfragen/docs/Landesstellenbrief/2011/pdf/Positionspapier\\_AGSubstitution\\_Diamorphinsubst.pdf](http://www.suchtfragen.de/fileadmin/content/suchtfragen/docs/Landesstellenbrief/2011/pdf/Positionspapier_AGSubstitution_Diamorphinsubst.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Versorgungsforschung: Implementierung und Transfer des Behandlungsangebots. Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Schwerstabhängiger.

[http://www.heroinstudie.de/Versorgungsfo\\_Heroin\\_Kurz\\_f.pdf](http://www.heroinstudie.de/Versorgungsfo_Heroin_Kurz_f.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb von Einrichtungen zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Baden- Württemberg (VwV- Diamorphin)

[http://www.suchtfragen.de/fileadmin/content/suchtfragen/docs/Landesstellenbrief/2010/pdf/Gabi\\_2010.pdf](http://www.suchtfragen.de/fileadmin/content/suchtfragen/docs/Landesstellenbrief/2010/pdf/Gabi_2010.pdf)

Zugriff 04.02.2012

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

IMPROVE- Eine Befragung unter drogenkonsumenten, Patienten und Ärzten- Ansätze zur Verbesserung einer erfolgreichen Therapieform

[http://www.akzept.org/experten\\_gespraech/pdf/IMPROVE\\_kurzfinal.pdf](http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf/IMPROVE_kurzfinal.pdf)

Zugriff 04.02.2012

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime 2011: World Drug Report 2011

<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>

Zugriff 04.02.2012

UNO World Drug Report 2010

<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>

Zugriff 04.02.2012









## Erklärung

Hiermit versichere ich, Simon Gierke, geboren am 21.10.1980, dass ich diese Bachelor- Thesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel, außer den angegebenen benutzt habe.

Hamburg den 28.04.2012

---

Simon Gierke