

4.1 Nationale und lokale Drogenpolitik

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Einleitung

Wer macht wie Drogenpolitik in Deutschland?

Gibt es überhaupt so etwas wie eine gesteuerte, „Nationale Drogenpolitik“ in Deutschland? Wenn wir Politik verstehen als Regelung der Angelegenheiten eines Staates (hier der Umgang mit Drogenkonsumierenden, der Zugang zu Drogen) durch koordinierte, allgemein verbindliche und somit in der Regel auf politischer Macht beruhende Entscheidungen, die Strukturen (*Polity*), Prozesse (*Politics*) und Inhalte (*Policy*) gestalten, dann muss man von der Vorstellung einer konsistenten Drogenpolitik in Deutschland Abstand nehmen.

Eine gezielte, integrative und bundesländerübergreifende Drogenpolitikstrategie lässt sich in Deutschland nicht erkennen. Die 2012 beschlossene „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) hat laut Beauftragtem der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/the-men/drogenpolitik/nationale-strategie/>) bis heute geltende Grundlagen in der deutschen Drogen- und Suchtpolitik geschaffen (integrativer Ansatz mit den vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung). Es war der Versuch eine substanzübergreifende Strategie zu entwickeln und die historisch gewachsene, aber letztlich willkürliche Einteilung in legale und illegale Drogen in der Politikausrichtung zu überwinden.

Diese Strategie ist veraltet und bis heute trotz großer Herausforderungen und enormer Veränderungen auf den Drogenmärkten und in der Drogenhilfe nicht aktualisiert worden. Der nachlässige Umgang mit dieser Strategie zeigt sehr deutlich, dass es – zumindest im letzten Jahrzehnt – keine gesteuerte, kontinuierliche Arbeit an einer ressort-übergreifenden Strategie gab, keine Fortschreibung unter der Einbindung der Bundesländer, Kommunen, Organisationen der Drogenhilfepraxis, Wissenschaft/Forschung und Selbsthilfe. Schließlich gab es auch keine Berücksichtigung internationaler Veränderungen und Tendenzen.

Diese „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ enthielt zudem keine Mittelallokationen und keine Zielüberprüfungen durch Evaluationen, keine Koordinationsinstanzen und keine festgelegten Meilensteine (etwa „Wo will Deutschland drogenpolitisch 2030 stehen?“), und insofern ist sie eher als Grundlagenpapier, denn als „Strategie“ zu verstehen.

Die gegenwärtige staatliche „Nationale Drogenpolitik“ ist eher ein zufälliges Resultat der Gesamtheit drogenpolitischer Orientierungen und Maßnahmen verschiedener Ressorts bzw. Ministerien und nachgeordneter Anstalten (Bundesministerien für Gesundheit, Ernährung und Landwirtschaft, Justiz etc.). Ob und inwieweit diese miteinander verzahnt sind und koordiniert handeln, ist nicht erkennbar.

Die Konstruktion des Zuständigen für Drogenpolitik innerhalb des „Beauftragten-Wesens“, angesiedelt im Bundesgesundheitsministerium, mit beschränkten Ressourcen und geringen Befugnissen erfüllt dabei hauptsächlich eine Moderationsfunktion für das Thema „Drogen“ in Deutschland – mit oftmals verhaltenspräventiven Appellen. Die konkreten politischen Zielausrichtungen (bspw. zum Thema „Tabakkontrollpolitik“) erfolgen jeweils in den einzelnen Ministerien (z. B. BMEL). Zudem handelt es sich bei dem/der Drogenbeauftragten nicht um eine unabhängige Expertin/einen unabhängigen Experten, sondern um Personen mit parteipolitischer Anbindung, was eine zieloffene Auseinandersetzung mit den Herausforderungen moderner Drogenpolitik zusätzlich einengt (Stöver et al., 2016).

Auch eine kontinuierliche Kommunikation, Koordination und Kooperation, kurz: Steuerung der nationalen Antworten auf die Herausforderungen eines großen Gesundheitsproblems der deutschen Bevölkerung durch die Ministerien bzw. des Drogenbeauftragten mit den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer und Kommunen ist nicht erkennbar.

Das Thema Drogenkonsum/-abhängigkeit ist auf einer gesundheitspolitischen Dringlichkeitsskala ganz oben anzusiedeln, also zu groß, um es parteipolitischen Interessen, Beschränkungen und Instrumentalisierungen zu überlassen. Vielmehr brauchen wir in Deutschland eine kontinuierliche, verlässliche und rationale Drogenpolitik, die an Sachlichkeit, wissenschaftlicher Evidenz und systematisierten Erfahrungen ansetzt.

Die Bundesländer gestalten im Rahmen der relevanten Bundesgesetze (z. B. AMG, BtMG, Jugendschutzgesetz) ihre eigenen Umsetzungen und Interpretationen mit verschiedenen Akzentuierungen und Schwerpunktsetzungen. Über den Bundesrat können sie zudem Einfluss auf die nationale Gesetzgebung in drogenspezifischen Fragen ausüben und haben das v. a. in Zeiten von Reformstaus in der Vergangenheit auch getan (vgl. Kalke, 2001).

Die Kommunen finanzieren im Rahmen ihrer Pflichten der Daseinsfürsorge z. B. Drogenberatung. Sie stehen im Zentrum des Drogenkonsums und des Drogenhandels und richten ihre je spezifische Form der Unterstützung für Drogenhilfeeinrichtungen oder für Strafverfolgung entsprechend den von ihnen erkannten Notwendigkeiten aus (z. B. Antworten auf den zunehmenden Konsum von Crack). Eine Organisation der Städte hat es vor mehr als 30 Jahren gegeben (z. B. „Frankfurter Resolution“, European Cities on Drug Policy, 1990).

Introduction

Who makes drug policy in Germany and how?

Is there even such an issue as a coordinated ‘national drug policy’ in Germany? If we understand politics as the regulation of the affairs of a state (here, the handling of drugs and drug users) through coordinated, generally binding and thus usually politically power-based decisions that shape structures (polity), processes (politics) and content (policy), then we must distance ourselves from the idea of a consistent drug policy.

A targeted drug policy strategy that spans federal states cannot be identified in Germany. According to the Federal Government Commissioner for Addiction and Drug Issues, the ‘National Strategy for Drug and Addiction Policy’ (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) adopted in 2012 created the foundations of German drug and addiction policy that are still valid today (integrative approach with the four pillars of prevention, advice and treatment, harm reduction, supply reduction and prosecution) (<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/>). It was an attempt to develop an overarching strategy and to overcome the historically grown but ultimately arbitrary division into legal and illegal drugs in the policy orientation.

Unfortunately, this strategy is outdated and has not been updated to date. The way this strategy is handled also reflects the fact that – at least in the last decade – there has been no continuous work on a cross-departmental strategy, no updating involving the federal states, municipalities, practice organizations, science/research and self-help. Finally, there was no consideration of international changes and trends.

This ‘National Strategy for Drug and Addiction Policy’ also included no allocation of resources and no review of targets through evaluations, no coordination body and no set milestones (such as ‘Where does Germany want to be in terms of drug policy in 2030?’), and in this respect it should be understood more as a basic paper than as a ‘strategy’.

The 'National Drug Policy' is better understood as the result of the totality of drug policy orientations and measures of various departments or ministries and subordinate institutions (Federal Ministries of Health, Food and Agriculture, Justice, etc.). The extent to which these are interlinked and act in a coordinated manner is not apparent.

The construction of the person responsible for drug policy within the 'commissioner system', located in the Federal Ministry of Health, with limited resources and few powers, mainly fulfils a moderation function for the topic of 'drugs' in Germany – often with behaviour-preventive appeals. The concrete political objectives (e.g. on the topic of 'tobacco control policy') are each carried out in the individual ministries (e.g. Federal Ministry of Food and Agriculture).

There is also no evidence of continuous communication, coordination and cooperation, in short: control of the national responses by the ministries or the drug commissioner with the representatives of the federal states.

The federal states design their own implementations and interpretations within the framework of the relevant federal laws (e.g. Medicines Act, Narcotic Law, Youth Protection Act) with different accentuations and priorities. They can also influence national legislation on drug-specific issues via the Federal Council and have done so, especially in times of reform backlogs (see Kalke).

The municipalities finance drug counselling facilities, for example, as part of their public welfare obligations. They are at the centre of drug consumption and drug trafficking and align their specific form of support for drug assistance facilities or for law enforcement according to the needs they recognize (e.g. responses to the increasing consumption of crack). An organization of cities existed more than 30 years ago (e.g. 'Frankfurt Resolution', European Cities on Drug Policy, 1990).

Geschichtlicher Hintergrund

Drogenpolitik hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebenssituation von Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren und deren Konsum staatlichen Restriktionen oder Verboten unterliegt. Das gilt für sogenannte „illegale“ Drogen, aber auch „legale“ Drogen wie Alkohol, Tabak oder Medikamente. Die Begriffe „Drogenkonsum“ und „Drogenabhängigkeit“ sollten in diesem Zusammenhang multidimensional gedacht werden, als biopsychosoziale Phänomene und unabhängig vom Legalitätsstatus der psychoaktiven Substanz (neutraler Begriff für „Droge“).

Drogenpolitik setzt auch den Rahmen für Strukturen und Realitäten der Versorgung und Behandlung von Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren oder von diesen abhängig sind. Bei Antritt der rot-grünen Re-

gierungscoalition 1998 war ein erheblicher Reformstau und ausgehend davon ein Reformeifer in der Gesundheits- und Drogenpolitik spürbar (Michels, 2000). Der sog. „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ (BMJFFG, BMI, 1990) des Drogenbeauftragten der Vorgängerregierung war noch in Kraft. Erst 1987 war das Verbot der Methadonvergabe an Heroinabhängige in Deutschland aufgehoben worden. Auf den Weg gebracht hatte dies das Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen (Hüsgen, 2009). Trotzdem waren auch Maßnahmen der Schadensminderung wie Spritzentauschprogramme noch sehr umstritten. Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und die Selbsthilfebewegung von „Junkies, Ex-Usern und Substituierten“ (JES) unterstützten diese neuen Programme. Vorurteile wie „Eine Sucht ersetzt die andere“ oder „Selbsthilfe kann nur ‚Cleansein‘ fördern und darf nicht politisch sein“ waren häufig zu hören. Es war viel Überzeugungsarbeit notwendig, damit das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) diese Ansätze als notwendig und sinnvoll erachtete und die rechtlichen Grundlagen dafür schuf. Es galt aber auch, die Suchthilfeeinrichtungen und -verbände zu überzeugen. Die sich enorm verschärfende AIDS-Krise unter injizierenden Opiatkonsumenten war damals ausschlaggebend, um Harm-Reduction-Maßnahmen in Deutschland einzuführen. Erste Drogenkonsumräume wurden – zuerst inoffiziell – etabliert, z. B. kurzzeitig in Bremen und 1994 dann – auf der Basis eines Rechtsgutachtens – in Hamburg und Frankfurt am Main. Es entstand ein Städtenetzwerk, um sich für ein Bundesmodell „Heroin-gestützte Behandlung“: *„Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“* nach Schweizer Vorbild (Uchtenhagen, 2013) einzusetzen, das dann im Rahmen eines Bundesmodells auch erprobt wurde (Haasen, Vertheim, 2008). In der deutschen Ärzteschaft waren jedoch medikamentengestützte Behandlungsformen einer Drogenabhängigkeit noch heftig umstritten und nur eine kleine Gruppe unerschrockener Pioniere bot erste „Substitutionsprogramme“ (etwa mit Dihydrocodein) an (Ulmer, 1997), gegen heftige Kritik aus den eigenen Reihen und mit strafrechtlicher Verfolgung. Der Terminus „Substitution“ wurde in der Fachwissenschaft später ersetzt durch den Terminus „Behandlung“, da es sich nicht um einen Ersatz handelt, sondern um eine Therapie der Abhängigkeitserkrankungen mit der Vergabe eines Medikaments zur Reduzierung des Suchtdrucks und mit psychosozialer Begleitung. Drogenkonsumräume wurden juristisch erst mit einer Änderung des Betäubungsmittelrechts im Jahr 2000 „rechtmäßig“ (Stöver, Michels, 2020).

In Bezug auf legale Drogen gab es zwar viele verhaltenspräventiv orientierte Kampagnen und Maßnahmen, aber in Bezug auf eine drogenpolitische Kernaufgabe, die Verhältnisprävention, hat die Drogenpolitik der letzten 40 Jahre nur wenige Fortschritte erzielt. Insbesondere der „ewige Stillstand wirk-

samer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland“ (Effertz, 2023), mit wenigen Maßnahmen (z. B. Alkopoposteuer; aber: Weitererlaubnis der Alkoholwerbung [Manthey et al., 2024]) ist auffällig, und die unzulängliche Tabakkontrollpolitik (Stöver, 2024).

Vorschläge für eine Neuausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland

1 Bündelung der Steuerungskapazitäten der Drogenpolitik

Zur Steuerung der Drogenpolitik ist zukünftig eine Bündelung der Kompetenzen innerhalb einer kompetenten und arbeitsfähigen Organisation, interministeriell, interdisziplinär, mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder und Kommunen, der Verbände der Selbsthilfe, der Forschung und Wissenschaft nötig. Denn: Drogenprobleme sind ein zu großes Feld der Gesundheitspolitik insgesamt (8,2 Mio. Menschen in Deutschland sind abhängig von Substanzen, Medien, Glücksspiel etc.; 13 Mio. Menschen konsumieren Substanzen missbräuchlich, 1,4 Mio. Menschen befinden sich aufgrund ihres Alkoholkonsums in medizinischer Behandlung) (BARMER, 2025), als dass man sie verstreut über mehrere Ministerien einfach „laufenlassen“ oder pflichtschuldig auf Minimalniveau bearbeiten kann (z. B. durch notwendige Anpassungen an EU-Vorgaben etc.). Die zuständigen Regulierungsbehörden kommen mit der Geschwindigkeit, den Dynamiken und Herausforderungen des illegalen und legalen Drogenmarktes kaum noch zurecht. Jüngste Beispiele: die Einweg-E-Zigarette findet immer größere Verbreitung v. a. unter jungen Menschen, weil fast jede Rapperin/jeder Rapper in den Social Media ein eigenes Label mit kinder- und jugendaffiner Werbung hat. Auch eine Lachgas-Regulierung lässt auf sich warten.

Neuer Strategieplan für eine zukunftsorientierte Drogenpolitik

2003 wurde der Aktionsplan Drogen- und Sucht verabschiedet, aber er enthielt keine konkreten Maßnahmen und Zeitpläne zur Umsetzung. Auch der 2012 verabschiedete Nationale Aktionsplan enthielt keine Umsetzungsschritte. Die bereits 2001 vorgelegten Überlegungen zur Drogenprävention der Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung wurden nicht berücksichtigt. Es ist angebracht, eine aktualisierte und dem Stand der Wissenschaft angepasste Strategie vorzulegen, die auch Maßnahmen der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs verankert.

Fachexpertise einholen

Die Einsetzung eines Drogen- und Suchtrates – aus Fachreferaten der Ministerien, Fachinstitutionen (DHS etc.), Selbsthilfverbänden, Forschung und Wissenschaft – hat sich nicht bewährt, die Initiativen erfolgten fast ausnahmslos vom Arbeitsstab der Drogenbeauftragten. Zielführender wäre eine enge Einbeziehung von Wissenschaft und Forschung sowie der Institutionen der Suchtkrankenhilfe durch Einberufung einer Fachkommission wie etwa in der Schweiz. Diese Kommission sollte aber auch mit entscheidungsbefugt sein und über Mittel verfügen für eigene Analysen und Forschungen.

Kooperation mit den Fachreferaten

Unter der ersten rot-grünen Bundesregierung 1998 wurde der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten vom Bundesministerium des Innern zum Bundesministerium für Gesundheit verlegt. Drogen- und Suchtpolitik wurde damit als eine sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe gekennzeichnet und nicht mehr als innenpolitische. Damals wurde zunächst eine Arbeitsgruppe Drogen und Sucht eingerichtet mit den Fachreferaten Drogen und Sucht und Betäubungsmittelrecht, unter Federführung der Drogenbeauftragten, um drogenpolitische Reformvorhaben (Drogenkonsumräume, Heroin-gestützte Behandlung) zielgerichteter umzusetzen. Später wurde dann der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten als selbständige Einheit im BMG etabliert mit der Vereinbarung, dass die Fachreferate der Drogenbeauftragten „zuarbeiten“ sollen. Sie waren und sind aber in die Hierarchie des Ministeriums eingebunden, was in der Praxis immer wieder zu Verzögerungen und Konflikten in der Zusammenarbeit führte.

2 Suchtprävention und Suchthilfe stärken!

Ein gut ausgebautes Hilfesystem rettet Leben! Laut einer aktuellen Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024) können etwa drei Viertel der Suchtberatungsstellen nicht kostendeckend arbeiten. Stellen werden abgebaut, Beratungs- und Betreuungszeiten gekürzt – das alles führt zu Wartezeiten, Abweisungen etc. Frühzeitige Hilfen, besonders bei Störungen mit hohem Chronifizierungspotential sind ebenso notwendig wie verlässliche und nachhaltige Hilfen im kommunalen Suchthilfverband. Welche fatalen Folgen würde ein weiteres Zusammensparen der kommunalen Drogenhilfe haben?

Die Suchthilfe braucht nach Ansicht der Autoren und auch aller Fachverbände der Suchthilfe ein verlässliches, stabiles Fundament und muss durch zielgerichtete Drogenpolitik angesichts jüngster Entwicklungen ausgebaut

werden – unabhängig von Konjunkturen und Haushaltslagen. Es gibt den Vorschlag: Suchtberatung – mit Prävention, psychosoziale Begleitung von Substitution, Therapie und Selbsthilfeunterstützung für Konsumierende und begleitende Angehörige werden als Pflichtaufgabe für die Kommunen erklärt und stabil finanziert – unabhängig von der kommunalen Haushaltslage! Die Krankenkassen sind angemessen zu beteiligen. Die Begleitung ist unbürokratisch und niedrigschwellig zu finanzieren! Den besonderen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Bundesteilhabegesetzes durch Konsumierende mit Hilfebedarf ist mit niedrigschwelligen Hilfeplanverfahren, ggfs. Fallpauschalen zu begegnen (DHS, 2016; Gellert-Beckmann, 2021).

3 Die Umstrukturierung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung war festgelegt: „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsungebunden sein.“

Dieser Prozess ist eingeleitet; das bedeutet, dass auch der Schwerpunkt der Drogen- und Suchtprävention in der BZgA auf seine Wirksamkeit überprüft und neue Konzepte zum Ausbau v. a. der Risikokompetenzförderung erprobt werden sollten. Beispielfhaft sei hier auf den österreichischen *risflecting*-Ansatz verwiesen (Fachstelle für Suchtprävention Berlin, 2023; Koller, 2015).

Die BZgA hat eine Reihe von wissenschaftlichen Analysen publiziert und gute Präventionsprogramme (mit-)entwickelt (wie *HaLT*, *drugcom*, *Kenn Dein Limit*, etc.), aber diese waren häufig nicht ausgerichtet auf die riskanten Lebensbedingungen, sondern mittelschichtorientiert, sodass in der Prävention des Cannabis- oder Tabakkonsums zu wenig die konsumentenschlossenen Menschen erreicht wurden. Zudem existierten Glaubwürdigkeitslücken, die nicht thematisiert wurden, im Präventionsprozess. Das sollte untersucht werden, um die Maßnahmen stärker auf die Vermittlung von Risikokompetenzen auszurichten neben der grundsätzlichen Verhinderung des Konsums. Diesen Prozess sollte das zuständige Bundesministerium für Gesundheit begleiten (Konturen, 2024).

Die Mitfinanzierung einer Reihe von Kampagnen im Bereich der Alkoholprävention durch die private Krankenversicherung (PKV) und auch durch

die Gesetzliche Krankenversicherung ist sicher hilfreich. Solche Aktivitäten ersetzen aber keine strukturellen Präventionsmaßnahmen.

4 Weitere Schritte zur Entkriminalisierung und Schadensminderung

Nach dem ursprünglichen Konzept des BtMG wollte man den Umgang mit illegalen psychoaktiven Substanzen durch strikte Strafverfolgung der Herstellenden, Vertreibenden und Verbrauchenden von Drogen begegnen. Schon Besitz und Erwerb weniger solcher Substanzen zum Eigenkonsum bilden damit Straftaten. Die Annahme generalpräventiver Wirkung umfassender Strafdrohung ist wissenschaftlich nicht belegt (Bruckmann, 2019) und damit aus Sicht der Autoren nicht haltbar (Diebel, Teuter, 2019). Das stellte sich zunehmend heraus durch praktische Erfahrungen. Vor allem zeigten sich erhebliche kontraproduktive Wirkungen des Ansatzes: Wege der Beratung und Therapie betroffener Konsumierender und Drogenabhängiger wurden verbaut, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung der Betroffenen gefördert; im Gegenteil muss man feststellen, dass der prohibitive Ansatz therapeutische Interventionen und Modelle der Schadensminderung immer wieder behindert hat. Die Autoren befinden, dass es höchste Zeit für die von Expertinnen und Experten und Politikerinnen und Politikern geforderte überfällige Gesamtevaluation des BtMG ist (was auch von B90/Grünen, Linken und FDP im Dt. BT gefordert wurde und von der Großen Koalition abgelehnt wurde (vgl. auch Diebel et al., 2024).

Bisherige Schritte von Entkriminalisierung und Schadensminderung werden im Folgenden aufgeführt:

- Erst unter starkem öffentlichem Druck hat sich der Gesetzgeber 1982 durchgerungen, dem Strafrechtsteil des BtMG einen Abschnitt für „betäubungsmittelabhängige Straftäter“ („Therapie statt Strafe“) in den §§ 35–38 anzufügen. Von Anklage, Bestrafung, Strafvollstreckung oder weiterer Strafverbüßung kann zugunsten einer Behandlung unter bestimmten Bedingungen abgesehen werden.
- Nach § 31a BtMG kann das Strafverfahren in Bagatellfällen bei Drogenkonsumierenden von Verfolgungsbehörden oder Gerichten eingestellt werden. Diese Entwicklung sollte aus Sicht der Autoren inhaltlich und im Umfang weiter vorangetrieben werden, allerdings ist es bislang nicht zu bundeseinheitlicher Handhabung gekommen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, nach § 37 BtMG von der Anklage gegen in Behandlung befindliche Drogenabhängige abzusehen, bei zu erwartender Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren.

Eine Umstufung von Straftatbeständen zu Ordnungswidrigkeiten kann aus Sicht der Autoren sinnvoll sein und müsste so ausgestaltet sein, dass nicht das Gegenteil erreicht wird (hohe Bußgelder, die nicht bezahlt werden können, und wo die Menschen per Ersatzfreiheitsstrafe dann doch wieder in den Justizvollzug kommen).

- Nach und nach wurde die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger zunächst vor allem mit Methadon und nur zur „ausschleichenden Entgiftung“, dann als Dauerbehandlung (§§ 13 BtMG, 5 BtMVV) zugelassen. Nach der positiven Evaluation eines entsprechenden Modellprogramms zur bundesweiten Erprobung der ärztlichen Substitution mit Diamorphin wurde 2010 die heroingestützte Behandlung für Schwerst-Opiatabhängige zugelassen und in die Regelversorgung aufgenommen.
- Substitution mit Methadon und anderen Medikamenten ist in Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten nach wie vor defizitär. Federführend zuständig sind hier einerseits die Länderjustizministerien. In Einrichtungen des Maßregelvollzugs (gem. § 64 StGB) (federführend zuständig sind hier die Landesgesundheits- und Sozialministerien), in dem sich viele Opioidabhängige befinden, ist diese Behandlungsform praktisch nicht existent. Behandlungen mit Diamorphin (Heroin) werden gemessen an dem potenziellen Bedarf noch zu selten durchgeführt (nur in 12 Städten mit knapp 1.400 Patientinnen und Patienten) und das Angebot sollte ausgebaut werden.
- Insgesamt ist die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger (u. a. mit Methadon, retardierten Morphinen, Buprenorphin und auch Depotlösungen etc.) von großen Lücken, insbesondere in ländlichen Regionen, gekennzeichnet. Nach Einschätzung der Autoren ist dies u. a. dem Honorierungssystem geschuldet, das im Grunde (bis auf Hessen) keine Take-Home-Ziffer kennt, d. h. die Ärztinnen und Ärzte verdienen daran, dass die Patientinnen und Patienten täglich in die Praxis kommen. Auch Arztpraxen sind Wirtschaftsbetriebe und müssen kosteneffizient betrieben werden, aber leider sind diese Praxen auf dieser Abrechnungsbasis aufgebaut – dazu bestehen mittlerweile Alternativentwürfe (Isernhagen, 2024).

Eine flächendeckende Versorgung der Behandlung Opioidabhängiger muss aufgebaut werden, die sicherstellt, dass neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens zur Sicherstellung verpflichtet werden!

- Eine medikamentengestützte Behandlung mit pharmakologischen Substanzen muss auch für andere psychoaktive Substanzen als Opioide, wie z. B. Kokain/Crack (Stimulanzien) erprobt/erforscht werden, auch das therapeutische Potential von Substanzen wie Ketamin oder Psychedelika zur

- Behandlung von Depressionen etc. oder das Codein zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit.
- Erst unter dem Druck sich ausweitender HIV-Infektionen in der Hochrisikogruppe injizierender Drogenkonsumierender wurden 1992 gesetzlich die Vergabe von Einwegspritzen und entsprechende öffentliche Information ermöglicht in § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG. Aber im Strafvollzug gibt es in den 180 Haftanstalten mit einer Ausnahme einer Haftanstalt für Frauen in Berlin (JVA für Frauen Lichtenberg) noch immer keine Vergabe sterilen Spritzbestecks.
 - Mit knappen Kompromissentscheidungen im Ringen zwischen Bund und Ländern endete im Jahr 2000 der Streit um eine gesetzliche Öffnung für bereits erprobte Einrichtungen von Drogenkonsumräumen zugunsten des komplizierten § 10a BtMG. In vielen Großstädten werden seither injizierenden Drogenkonsumierenden auf diese Weise Beratung und Lebens- sowie Überlebenshilfen geboten; aber vielerorts, namentlich in Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen etc. wird das verhindert (Drogenkonsumraumverordnungen existieren nur in 8 BL). Es wäre auch wichtig, jetzt eine erste Bilanz zu ziehen: was gelingt gut (Erreichung der riskierten Gruppen), was weniger (Vermittlung in MAT oder andere Behandlungsformen; Umgang mit Konsumenten von Crack).
 - Einmütigkeit bestand im Bundestag für die 2017 geschaffene Möglichkeit, Cannabis als Arzneimittel für Schwerkranke, insbesondere Schmerzpatientinnen und -patienten, ärztlich zu verordnen (§ 19 Abs. 2a BtMG). Mit dem KonsumCannabisgesetz vom Februar 2024 ist die Verpflichtung zur Ausstellung eines BtM-Rezeptes entfallen. Allerdings gibt es weiterhin erhebliche Widerstände in der Ärzteschaft und bei den Gesetzlichen Krankenkassen gegen die Verschreibung von Cannabisarzneimitteln.
 - Über die Adaption eines Modells der Entkriminalisierung von Konsumierenden anderer Drogen neben Cannabis wie in Portugal (in Portugal wurde die strafrechtliche Verfolgung von Drogenkonsum und Drogenbesitz für den Eigenbedarf abgeschafft) (Greenwald, 2009) wurde zwar auch von der Vorgängerregierung öffentlich diskutiert, aber es wurden keine Umsetzungsmodelle vorgelegt.

5 Programm zur Risikominderung

Ein illegaler Drogenmarkt kennt keinen Jugend- und Verbraucherschutz. Gesundheitsschäden und lebensbedrohliche Risiken sind auf dem Schwarzmarkt vorprogrammiert. Mit einem 4-Punkte-Sofort-Programm soll dem entgegengetreten werden:

1. Umsetzung der Einführung von Drugchecking,
2. Take-Home-Vergabe von Naloxon,
3. Ausbau der Opioidsubstitution in allen Settings, in denen sich Opioidgebrauchende befinden – auch mit Diamorphin,
4. Landesweiter Ausbau weiterer Drogenkonsumräume.

5.1 *Drugchecking:*

Länder wie die Niederlande, Schweiz u. a. zeigen es: die diskrete Analyse von Drogensubstanzen auf gefährliche Zusammensetzungen kann Risiken des Drogenkonsums deutlich verringern helfen. Die Europäische Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht (EBDD) – seit Juli 2024 nun die EU Drug Agency (EUDA) – empfiehlt deshalb die Umsetzung solcher Analysemöglichkeiten – diskret, anonym, effektiv zum Konsumierendenschutz. Flächendeckend sollten in öffentlicher Hand (z. B. Gesundheitsämter, Apotheken, Landschaftsverbände) Angebote zur Qualitäts- und Risikokontrolle von Drogensubstanzen geschaffen werden, deren Ergebnisse von Drogengebrauchenden eingesehen werden können (Verbraucherschutz).

5.2 *Take-Home-Naloxonvergabe*

Zur Bewältigung des Drogennotfalls (Überdosis) und Senkung der Mortalität unter Drogenkonsumierenden soll Naloxon, ein bewährtes Mittel zur Behandlung des Drogennotfalls, flächendeckend als Take-Home-Rezept verfügbar gemacht werden – für Menschen mit riskantem Opiatkonsum. Das bundesweite Modellprojekt NALtrain sollte deshalb für alle Träger der Drogenhilfe finanziert und organisiert werden (Deutsche Aidshilfe, 2025).

5.3 *Medikamentengestützte Agonist-Therapie (MAT) für Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen (Substitution)*

Diamorphin (synthetisches Heroin als Medizinprodukt) und andere Formen der Opioidsubstitution sind wirksam, aber nicht annähernd ausreichend verfügbar. Die bewährten suchtmmedizinischen Angebote sind besser zugänglich zu machen, speziell für die steigende Anzahl von Drogenkonsumierenden ohne Krankenversicherungsschutz. Für drogengebrauchende Menschen in den Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten ist auch in der suchtmmedizinischen Versorgung das Äquivalenzprinzip umzusetzen: Substitution muss in Haft mit allen entwickelten Substitutionsformen genauso zugänglich sein wie außerhalb der Haftanstalten, wenn die medizinische Indikation besteht. Das gilt

auch für den diskreten Zugang zu sterilem Spritzenbesteck, um das besonders hohe Haftrisiko der Hepatitis- oder Aids-Infektion wirksam zu reduzieren.

5.4 Ausbau von Drogenkonsumräumen (DKR)

Nur in 10 der 16 Bundesländer sind Konsumraumverordnungen erlassen worden. Dies sollte dringend ausgebaut werden – zuletzt haben Schleswig-Holstein und Sachsen (ohne allerdings bereits Drogenkonsumräume einzurichten) nachgezogen. In vielen Bundesländern existiert nur eine kleine Zahl dieser Einrichtungen (z. B. in Baden-Württemberg gibt es nur einen DKR in Karlsruhe). Die Erfahrungen sollten bundesweit zusammengebracht werden, neue Modelle sollten diskutiert werden, v. a. auch im Hinblick auf Kosten, Erreichung der Zielgruppen, unterschiedliche Unterstützung von Konsumformen etc. (Beispiel: Bergmann et al., 2024).

6 Suchtprävention und Suchthilfe als kommunale Pflichtaufgaben verankern!

Mit Blick auf die Erfahrungen in der Drogenhilfe wird erwartet: die Suchthilfe braucht ein stabiles Fundament und muss angesichts jüngster Entwicklungen ausgebaut werden – unabhängig von Konjunkturen und Haushaltslagen. Die Autoren schlagen deshalb vor: Suchtberatung – mit Prävention, psychosoziale Begleitung von Substitutionspatientinnen und -patienten, Therapie und Selbsthilfeunterstützung für Konsumierende und begleitende Angehörige werden als Pflichtaufgabe für die Kommunen erklärt und stabil finanziert – unabhängig von der kommunalen Haushaltslage! Die Krankenkassen sind angemessen zu beteiligen. Die Begleitung soll unbürokratisch und niedrigschwellig zu finanzieren sein! Den besonderen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Bundesteilhabegesetzes durch Konsumierende mit Hilfebedarf soll mit niedrigschwelligen Hilfeplanverfahren, ggfs. Fallpauschalen begegnet werden. Das Bundesteilhabegesetz muss insofern angepasst werden, dass keine Finanzierungslücken entstehen und der bürokratische Aufwand verringert wird.

7 Den risikobehafteten Alkohol- und Tabakkonsum reduzieren!

Tabak und Alkohol sind legal und in unserer Kultur fest verankert. Das Abhängigkeitspotenzial dieser Substanzen ist gleichwohl hoch, und sie führen zu

enormen gesundheitlichen und sozialen Schäden. Aufgrund des hohen Alkoholkonsums starben in Deutschland nach den Daten der GBD-Studie für 2021 rund 47.500 Menschen, an den Folgen des Rauchens rund 99.000 Menschen (Rummel et al., 2025). Beide Substanzen zählen zu den Hauptrisikofaktoren bei Krebs und anderen tödlichen Erkrankungen. Die volkswirtschaftlichen Schäden summieren sich auf Milliardensummen (bei Tabak bspw. rund 97 Mrd. Euro). Im Vergleich mit anderen Ländern tut Deutschland wenig, um die zerstörerischen Folgen für Individuen und Gesellschaft zu reduzieren. Im Gegenteil: Werbung für Alkohol und Tabak ist in bestimmter Form nach wie vor erlaubt. Bei der Zahl der Zigarettenautomaten – in den meisten Ländern längst verschwunden – ist Deutschland Weltmeister. Im öffentlichen Raum animieren 340.000 Automaten zum Zigarettenkauf. Die Folge: Bei der Tabakkontrolle liegt Deutschland laut Tabakatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) international auf dem letzten Platz in Europa. Beim Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch, auch bei der Prävalenz des Rauchens (lt. DEBRA-Studie 30,4 % der Bevölkerung) ist Deutschland auf den vorderen Rängen. Zusätzlich sollten Unterstützungen angeboten werden für Menschen, die das Rauchen einschränken oder Gesundheitsrisiken verringern möchten, ohne aufzuhören – mit Maßnahmen, die zu ihrem Lebensstil passen („Harm Reduction“). In einem wissenschaftlich fundierten Diskussionsprozess gilt es nun, Chancen und Risiken alternativer Produkte der Nikotinaufnahme („Dampfen“) abzuwägen, um dann klare Botschaften an (potenzielle) Konsumierende zu senden.

Mit-Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Behandlung durch schadensverursachende Industrie

Es gibt schon länger die Diskussion um die Mitfinanzierung von Maßnahmen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe durch die mitverursachende Alkohol- und Tabakindustrie bzw. um eine zweckgebundene Abgabe aus der Alkohol- und Tabaksteuer bzw. aus Mitteln der Abschöpfung von Geldwäsche (wie etwa in Luxemburg). Das wurde immer aus „verfassungsrechtlichen“ Gründen abgelehnt, sollte aber unbedingt erneut aufgegriffen werden. Die alleinige Finanzierung von Akut- und Reha-Maßnahmen durch die GKV und die Rentenversicherung ist sinnvoll, muss aber entbürokratisiert werden. Eine steuerfinanzierte Finanzierung der ambulanten Drogen- und Suchthilfe als Daseinsfürsorge sollte aber fest verankert werden, um die Abhängigkeit von Haushaltslagen der Kommunen zu reduzieren und eine dauerhafte Finanzierung der Hilfen zu gewährleisten.

8 Drogenpolitik auf EU-Ebene

Auf europäischer Ebene treffen sich die für die Koordination der Drogenpolitik verantwortlichen Ministeriumsvertreterinnen und -vertreter (mittlerweile zumeist aus dem Gesundheitsbereich, aber noch immer häufig aus den Innenministerien) in der „Horizontalen Gruppe Drogen HDG“, um deren drogenpolitischen Strategien der EU und Aktionspläne zu beraten und deren Umsetzung zu begleiten. Obwohl Harm Reduction Ansätze dort verankert sind, gibt es einen neuen Trend, wieder stärker innenpolitische Akzente zu setzen und mehr auf Angebotsreduzierung durch polizeiliche Maßnahmen zu setzen.

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) (seit Juli 2024 Drogenagentur der Europäischen Union, EUDA) ist ein wichtiges Zentrum für die Sammlung und Auswertung drogenbezogener Daten und Analysen. Im Verwaltungsrat sollte Deutschland weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Dies gilt auch für ein wieder verstärktes Engagement in der Europaratsinstitution für Drogenfragen der „Pompidou Group“.

9 Drogenpolitik auf UN-Ebene

Das Büro für Drogenkontrolle der UN (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) spielte in den letzten Jahrzehnten eine wichtige Rolle in der Verankerung von Harm Reduction Maßnahmen, aber mehr dadurch, dass die zuständigen Beamten diesen Kurs unterstützten als durch eine strukturelle Verankerung. Im Ausschuss für Drogenpolitikfragen der UN – der Commission on Narcotic Drugs (CND), der Deutschland bislang immer angehörte (53 Mitgliedsländer der UN) –, der sich jeweils im März jeden Jahres trifft, um Drogenkontrollmaßnahmen zu diskutieren und Resolutionen an die Vollversammlung der UN zu verabschieden, sollte Deutschland wieder eine stärkere Rolle einnehmen. 2016 gab es einen Durchbruch bei UNGASS (UN General Assembly Special Session)¹, in der festgelegt wurde, dass Drogenkonsum in erster Linie nicht strafrechtlich verfolgt werden soll, sondern Maßnahmen der

¹ Im April 2016 verabschiedete die Generalversammlung einstimmig das Abschlussdokument ihrer Sondertagung 2016 zum weltweiten Drogenproblem. Das von der Suchstoffkommission erstellte Abschlussdokument der UNGASS 2016 enthält über 100 operative Empfehlungen in sieben thematischen Kapiteln, die sich auf die Reduzierung von Nachfrage und Angebot, die Verfügbarkeit kontrollierter Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke, Menschenrechte, Herausforderungen und neue Trends sowie internationale Zusammenarbeit und Entwicklung konzentrieren.

Prävention und Hilfe – einschließlich von Harm Reduction Maßnahmen (die aber nicht als solche benannt werden durften) – im Vordergrund stehen sollen. Es sollte nun die Überprüfung ihrer Wirksamkeit erfolgen. Cannabisregulierung wurde aber noch immer abgelehnt von einer Mehrheit der UN-Gremien; Deutschland sollte sich für eine Änderung einsetzen.

10 Drogenpolitik in der Entwicklungszusammenarbeit

In enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wurde das Programm Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD) verabschiedet und wird seitdem umgesetzt mit Partnern in Albanien, Thailand und Kolumbien. Ein sogenannter „Krieg gegen Drogen“ ist nicht der richtige Weg aus der illegalen Drogenökonomie. Allerdings haben bisherige Bundesregierungen auch nie das internationale Drogenkontrollregime in Frage gestellt. Deutschland setzte international Akzente für die Stärkung entwicklungsorientierter Ansätze in der Drogenpolitik. Entwicklungsorientierte Ansätze spielen auch international eine zunehmend wichtige Rolle. Alternative Entwicklung setzt an den Ursachen des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen an. Sie zielt darauf ab, Perspektiven für Menschen in oft abgelegenen ländlichen Regionen zu schaffen. Dadurch werden die wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen nachhaltig verbessert und die Abhängigkeit der Kleinbäuerinnen und -bauern vom Drogenpflanzenanbau verringert. Ein menschenrechtsorientierter, geschlechtersensibler und umweltorientierter Ansatz ist dabei wesentlich – dazu zählt auch die enge Einbindung der lokalen Bevölkerung sowie die Stärkung der Rolle der Frau. Die Drogenbeauftragten der Bundesregierung waren Schirmherrinnen und -herren des Vorhabens Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD). Das Vorhaben wird im Auftrag des BMZ durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) implementiert. Es soll gemeinsam mit interessierten Regierungen und internationalen Partnerorganisationen entwicklungs-, menschenrechts- und gesundheitspolitische Ansätze in der Drogenpolitik fördern. Im Februar 2021 richtete die damalige Drogenbeauftragte gemeinsam mit BMZ und GPDPD sowie den Regierungen der Niederlande, Norwegens, der Schweiz und den Nichtregierungsorganisationen Transnational Institute und International Drug Policy Consortium (IDPC) das etablierte Brandenburg Forum zu Drogen- und Entwicklungspolitik erstmals im Genfer Raum aus. Dieses Forum sollte weitergeführt werden. So sinnvoll dieser Ansatz auch ist, muss er dennoch einer kritischen Evaluation unterzogen werden, ob diese Form der internationalen

Zusammenarbeit wirklich zu einer Reduzierung der globalen Drogenprobleme geführt hat.

Schlussfolgerungen

Die bisherige Politik kann so nicht länger aufrechterhalten werden! Es braucht eine Bündelung der Kompetenzen innerhalb einer arbeitsfähigen Organisation, interministeriell, interdisziplinär, mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder und Kommunen, der Verbände der Selbsthilfe, der Forschung und Wissenschaft. Denn: Drogenprobleme sind ein zu großes Feld der Gesundheitspolitik insgesamt, als dass man sie verstreut über mehrere Ministerien einfach „laufenlassen“ oder pflichtschuldig auf Minimalniveau bearbeiten kann. Die zuständigen Regulierungsbehörden sind gegenwärtig mit der Geschwindigkeit, den Dynamiken und Herausforderungen des illegalen und legalen Drogenmarktes überfordert.

Die Frage ist, ob die Koordination einer kohärenten Sucht- und Drogenpolitik der sachorientierten Arbeit einer unabhängigen Agentur/Organisation übertragen werden sollte, die von Fachverbänden und Fachleuten im Einzelfall beraten wird. Es braucht eine kontinuierliche, verlässliche Drogenpolitik, die an Sachlichkeit, wissenschaftlichen Evidenzen und systematisierten Erfahrungen ansetzt statt an politischem Kalkül der Wiederwahl und politische-selektiver, populistischer Thematisierung von Drogenthemen. Aufgestellte Aktionspläne müssten zudem überprüfbar und evaluiert werden, um eine ernsthafte und transparente Plattform der Drogenpolitikentwicklung zu sein. Eine solche ist jedoch dringend nötig angesichts der massiven Herausforderungen für Drogenpolitik, -recht und -hilfe: Hier seien nur der zunehmende Internet-Verkauf von Drogen und die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) genannt, deren Entwicklung teilweise als Reaktion auf die Prohibition zu verstehen ist (Werse, Morgenstern 2011). Zudem gibt es einen wachsenden Mischdrogengebrauch und lokale und regional begrenzte Drogenszenen, auf die sich die Drogenhilfe einstellen muss. Es entwickeln sich auch „Lokale Drogenpolitiken“ (etwa im Umgang mit Cannabis, aber auch mit Alkohol im öffentlichen Raum), daher sollte den Kommunen mehr Spielraum eröffnet werden mit vorwiegend legalen Drogenszenen adäquater umzugehen (Baur, 2015).

Auf Bundesebene gibt es weiterhin große Herausforderungen: die Macht der legalen Drogenindustrie einzuschränken, Alterszugänge zu Alkohol und Tabak neu zu regulieren, Veränderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung für eine patientenfreundliche medikamentengestützte Behand-

lung Opioidabhängiger herbeizuführen oder den Verkauf von E-Zigaretten und vor allem Einweg-E-Zigaretten stärker zu regulieren etc.

Literatur

- Akzept (Hrsg.) (2011): Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011. Berlin. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMaßregelFin130611.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- BARMER (2025): Analyse zur Alkoholsucht: 1,4 Millionen Menschen in medizinischer Behandlung. Pressemitteilung vom 15.01.2025. Berlin. <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/analyse-zur-alkohol-sucht-1-4-millionen-menschen-in-medizinischer-behandlung-1296722>, Zugriff: 17.02.2025.
- Baur, R. (2015): Kommunale Drogenpolitik“: Was können Städte und Gemeinden tun? In: Akzept; Deutsche AIDS-Hilfe; JES (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. Lengerich: Pabst. 122–127.
- Bergmann, H. et al. (2024): Drogenkonsumräume in Deutschland 2023. München: DBDD; Berlin: DAH. <https://ift.de/wp-content/uploads/2024/12/IFT-DAH-BAG-DKR-2024-Drogenkonsumraeume-in-Deutschland-2023.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- BMJFFG (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen-psychosomatischen Bereich. Bonn: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- BMJFFG, BMI (Hrsg.) (1990): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige. 13. Juni 1990. Bonn: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG); Bundesminister des Innern (BMI).
- Bruckmann, P. (2019): Sinn und Unsinn gegenwärtiger Vergeltungstheorien – überholt, hilfreich oder notwendig zur Legitimation staatlicher Strafe? Kriminalpolitische Zeitschrift, (2), 105–119.
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): Alkohol. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html>, Zugriff: 13.02.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016): BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Berlin.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Private Krankenversicherung (PKV) (2025): Suchtpräventions-Angebot für Kommunen wird fortgesetzt. Gemeinsame Presseerklärung PKV und VORTIV vom 16.1.2025. Köln; Berlin. <https://www.bioeg.de/presse/pressemitteilungen/2025-01-16-vortiv-suchtp-raeventions-angebot-fuer-kommunen-wird-fortgesetzt/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen (2025): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen (2022): 1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben – Zahl erneut gestiegen. Pressemeldung vom 16.05.2022. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/>, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutsche Aidshilfe (2025): Naloxon – der Lebensretter beim Drogennotfall – Training und Zertifikat. Berlin. <https://www.naloxontraining.de/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024): Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. vom 26.9.2024. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2016): Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes vom 16.5.2016. Hamm.
- Deutscher Bundestag (2014): Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen. Drucksache 18/1613 vom 04.06.2014. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/016/1801613.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutschlandfunk (2023): Portugals Drogenpolitik – Therapie statt Gefängnis. <https://www.deutschlandfunk.de/portugals-drogenpolitik-therapie-statt-gefahngnis-100.html>, Zugriff: 07.07.2023.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Diebel, J.; Temmuz Oglakcioglu, M.; Teuter, L. (2024): Strafrecht. in: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht. Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung,

- Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 836–982.
- Diebel, J.; Teuter, L. (2019): muss weg # 3 das betäubungsmittelstrafrecht. In: Schlechtes Strafrecht ist nicht nur »entbehrlich«, sondern schädlich und muss weg. Freispruch. Mitgliederzeitung der Strafverteidigervereinigung, (14).
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Effertz, T. (2023): Der ewige Stillstand wirksamer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland. Kommentar. Sucht, 69(4), 195–196.
- European Cities on Drug Policy (1990): Frankfurter Resolution. Frankfurt am Main. https://www.idh-frankfurt.de/images/verein/frankfurter_resolution.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Fachstelle für Suchtprävention Berlin (2023): Break – look at your friends – reflect. Berlin. https://www.berlin-suchtpraevention.de/projekte/fuer-junge-menschen_risflecting/, Zugriff: 13.02.2025.
- Fleißner, S. (2022): Take-home naloxone as an opportunity to reduce drug deaths in Germany as a task for Social Work. In: Michels, I. I.; Stöver, H.; Deimel, D. (Hrsg.): Drug Cultures and Policy in Germany, Central Asia and China. Baden-Baden: Nomos. 297–306.
- Gellert-Beckmann, S. (2021): Das Bundesteilhabegesetz als möglicher Professionalisierungstreiber für die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (PSB). Sozialpsychiatrische Informationen, (4).
- Greenwald, G. (2009): Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. White paper. Washington: Cato Institute. https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf, Zugriff: 13.02.2025.
- Haasen, C., Verthein, U. (2008): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Bd. 1–3. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Hecking, C. (2017): Tabakhändler sollen Automaten umbauen. Der Spiegel vom 23.01.2017. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/schockbilder-tabakhaendler-sollen-zigarettenautomaten-umbauen-a-1131295.html>, Zugriff: 17.02.2025.
- Hüsgen, H. A. (2009): Über die Entwicklung der Substitution bei Opiatabhängigkeit in der medizinischen Rehabilitation. Suchttherapie, 10(4): 180–185. DOI: 10.1055/s-0029-1241812.
- Isernhagen, K. (2024): Vorschläge zur Reform der Vergütung der Substitutionstherapie mit dem Ziel einer Pauschalisierung. Vortrag auf der 8. Nationalen

- Substitutionskonferenz. Berlin. <https://www.forum-substitutionspraxis.de/ebm-und-substitutionsbehandlung/k-isernhagen-vorschlaege-zur-reform-der-verguetung-der-substitutionstherapie-mit-dem-ziel-einer-pauschalierung-mehr-patientenfreundlichkeit-in-der-substitutionsbehandlung>, Zugriff: 17.02.2025.
- Kalke, J. (2001): *Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- KONTUREN (2024): *Neue Visionen für die Suchtprävention? Interview mit Dr. Johannes Nießen zum Übergang der BZgA in das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin*. 15.05.2024. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/neue-visionen-fuer-die-suchtpraevention/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Manthey, J. et al. (2024): *Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the ‘best buys’* *Addiction*, 119(5), 799–811. <https://doi.org/10.1111/add.16411>.
- Michels, I. I. (2024): *Drogenpolitik*. In: Deimel, D.; Moesgen, D.; Shecke, H. (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Stuttgart: UTB. 181–198.
- Michels, I. I. (2019): *Wie kann Drogen- und Suchtpolitik „gesteuert“ werden?* In: *Akzept (Hrsg.): 6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019*. Lengerich: Pabst. 18–24.
- Michels, I. I. (2018): *Rückblick auf 30 Jahre Erfahrungen in der bundesdeutschen Sucht- und Drogenpolitik*. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 7/8(4/1), 264–270.
- Michels, I. I. (2017): *35 Jahre Drogenpolitik*. Dr. Thomas Kuhlmann im Gespräch mit Dr. Ingo Ilja Michels. *Suchttherapie*, 18(2), 55–56.
- Michels, I. I. (2016): *Der Weg zu einer gesundheits- und menschenrechtsbezogenen Drogenpolitik*. *Suchttherapie*, 17(3), 99–101.
- Michels, I. I. (2000): *„Prävention vor Repression“: Neue Wege in der Drogen- und Suchtpolitik – Schwerpunkte und Ansätze der neuen Bundesregierung*. In: Pittrich, W.; Rometsch, W.; Sarazin, D. (Hrsg.): *Suchtpolitik auf dem Weg ins nächste Jahrtausend*. *Forum Sucht*; Bd. 26. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht. 22–47. http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_26.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): *Cannabislegalisierung – nur ein erster Schritt zu einer neuen Sichtweise im Umgang mit psychoaktiven Substanzen*. *Soziale Psychiatrie*, (4), 20.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): *Der gesellschaftliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen, Risiken und Substanzgebrauchsstörungen*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 54(2), 8–11.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): *Drogenpolitik*. In: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanz-*

- gebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 785-806.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): Maßregelvollzug § 64 StGB, zwangsweise Behandlung, Medikamentengestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit. *Foren-sische Psychiatrie und Psychotherapie*; 34(2), 224-235. <https://doi.org/10.2440/009-0021>.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2021): Zum Stand der Regulierungsdiskussion in Deutschland. *Sucht*, 67(Suppl. 1), 29.
- Michels, I. I.; Stöver, H.; Verthein, U. (2022): Aktuelle Entwicklungen zum Einsatz von medizinischem Cannabis in Deutschland. *Suchtmedizin* 24(1), 7-12.
- Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2025): Daten, Zahlen und Fakten. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Lengerich: Pabst. 9-36.
- Stöver, H. (2024): Kriminalisierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Wie weiter? Vorgänge: *Kritische Kriminalpolitik*, (3), 67-75.
- Stöver, H. (2021): Sucht, Substanzgebrauchsstörungen. In: Amthor, R.-C. et al. (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit*. 9. Auflage. Weinheim: Beltz. 903-908.
- Stöver, H. (2020): Für eine moderne Tabakkontrollstrategie in Deutschland – ein Anfang! In: *Akzept; Deutsche Aidshilfe (Hrsg.): 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020*. Lengerich: Pabst. 90-98.
- Stöver, H. (2016): Umdenken in Drogenpolitik und Drogenhilfe: mehr Menschen mit Substanzstörungen früher erreichen und besser versorgen. *Neue Ansätze in der Suchthilfe: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 47(1), 26-38.
- Stöver, H. et al. (2016): DAS MÖGLICHE MÖGLICH MACHEN – Perspektiven zukunftsweisender Drogenpolitik in Deutschland. In: *Akzept; Deutsche AIDS-Hilfe; JES (Hrsg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*. Lengerich: Pabst. 9-12.
- Stöver, H.; Deimel, D.; Steimle, L. (2024): Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Versorgungslage und Schlussfolgerungen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung. In: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen*. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 115-128.
- Stöver, H.; Michels, I. I. (Gasthrsg.) (2022): Themenschwerpunkt: Cannabis-Legalisierung. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 11(3-4).

- Stöver, H.; Michels, I. (2020): Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8/9(4/1), 193–201.
- Stöver, H.; Steimle, L. (2024): 20 Jahre „Trinkerräume“ in deutschen Kommunen. In: Stöver, H.; Höfelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen*. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 338–344.
- Tullis, P. (2021): How ecstasy and psilocybin are shaking up psychiatry. *Nature*, 589, 506–509. DOI: 10.1038/d41586-021-00187-9.
- Uchtenhagen, A. (2013): 20 Jahre heroingestützte Behandlung. *Suchtmedizin*, 15(5), 273.
- Ulmer, A. (1997): *Die Dihydrocodein-Substitution – Darstellung der Behandlungsmethode anhand von Fragen des Bundessozialgerichts und eines Entwurfs zur 8. Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung*. Stuttgart; New York: Thieme.
- Ulmer A. (2021): *Alkoholabhängigkeit anders behandeln? Ansätze zu neuen Hoffnungen*. Hamburg: tredition.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016): Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem New York, 19–21 April 2016. Outcome document of the thirtieth special session 19–21 April 2016. Vienna. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, Zugriff: 17.02.2025.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2023): United Commission on Narcotic Drugs. Documentation. Vienna. https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/65_Session_2022/documentation.html, 17.02.2025.
- World Health Organization (WHO); United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2020): *International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva; Vienna. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>, Zugriff: 17.02.2025.
- Werse, B.; Morgenstern, C. (2011): *Online-Befragung zum Thema „Legal Highs“*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research der Goethe-Universität. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/online-befragung-zum-thema-legal-highs.html>, Zugriff: 17.02.2025.
- Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011): *Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS) Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin: Bundesministerium

für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf,
Zugriff: 17.02.2025.