



INTERVIEW

„Das Prostituiertenschutzgesetz schützt niemanden vor irgendetwas oder irgendwem!“

Seit 2017 ist das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) in Kraft. Ziel war damals, die sexuelle Selbstbestimmung sowie den Schutz von Prostituierten vor Zwang und sexueller Ausbeutung zu stärken. Das Gesetz enthält u. a. eine Anmeldepflicht für Sexarbeitende. Das Bundesfrauenministerium ließ das ProstSchG evaluieren ([iwww.de/s14298](http://www.de/s14298)) und legte die Ergebnisse Ende Juni 2025 dem Bundestag vor ([iwww.de/s14299](http://www.de/s14299)). In der Drogenhilfe wird das Gesetz kritisch betrachtet. Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach darüber mit Gudrun Greb, Geschäftsführerin bei ragazza e.V. (ragazza-hamburg.de/de). Der Verein hat seinen Sitz in Hamburg St. Georg und bietet drogenkonsumierenden und/oder der Sexarbeit nachgehenden Frauen Hilfe an.

Wie ist Ragazza entstanden?

Ragazza wurde vor knapp 34 Jahren u. a. von Domenica gegründet, die sich selbst die Berufsbezeichnung Hure gab. Ziel war, drogenkonsumierenden Frauen, die anschaffen, niedrigschwellige Überlebenshilfen anzubieten. Damals waren der Konsum illegalisierter Drogen und die damit verbundene Sexarbeit in St. Georg so offensichtlich, dass die Anwohnenden dagegen protestierten. Ragazza begann mit Straßensozialarbeit ohne feste Räume. Es folgte eine nur 60 Quadratmeter große Kontakt- und Anlaufstelle. Inzwischen haben wir etwa dreimal so viel Platz, machen jedoch weiterhin viel Streetwork. Wir arbeiten anonym, unsere Angebote sind bedingungslos.

Was bieten Sie Ihren Klientinnen an?

Wir suchen die Frauen auf der Straße auf, versorgen sie mit Arbeitsmaterial wie Kondomen und Gleitgel, schenken im Sommer kalte und im Winter warme Getränke aus. Hinzu kommen Gespräche und Krisenintervention. In unseren Räumen können die Frauen duschen, Wäsche waschen, ausruhen und etwas essen. Dazu kommen alle Formen von Beratung, auch die medizinische Beratung und Versorgung. Bei uns arbeiten

drei Krankenschwestern auf zwei Vollzeitstellen sowie mehrere Ärztinnen auf Honorarbasis, derzeit eine Allgemeinärztin, eine Gynäkologin und eine Neurologin, die sich abwechseln. Als einzige Beratungseinrichtung deutschland- und europaweit haben wir einen Drogenkonsumraum nur für Frauen. Er wird sehr geschätzt. Besonders sind auch unsere Öffnungszeiten. Wir sind zu den Ruhe- und Dienstzeiten unserer Klientinnen da, jedes Wochenende in den Abendstunden – ausnahmslos, auch an Heiligabend. Dreimal in der Woche haben wir tagsüber geöffnet.

Wie gestaltet sich die medizinische Versorgung?

Sie reicht vom Ultraschall bis zur Blutentnahme. Hauptaufgabe ist die Wundversorgung. Wir unterstützen die Frauen nach gewalttätigen Übergriffen und machen auch Spurensicherung. Denn viele Frauen sind von sexueller Gewalt betroffen, fühlen sich jedoch nicht in der Situation, zur Polizei zu gehen. Wir können das übernehmen und hoffen, die Frauen später zu einer Anzeige zu motivieren. Häufig beraten wir zu sexuell übertragbaren Erkrankungen. Gerade heute hat die Syphilis-Woche angefangen, in der wir Schnelltestungen anbie-

ten. Mit einem Quiz und Würfelspielen vermitteln wir spielerisch Wissen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Das ProstSchG verpflichtet Prostituierte, ihre Tätigkeit bei einer Behörde anzumelden und in regelmäßigen Abständen eine gesundheitliche Beratung wahrzunehmen. Wie gut erreicht es Ihre Klientinnen?

St. Georg ist Sperrbezirk. Deshalb stehen die Frauen als Straßensexarbeiterinnen einerseits unter großem Druck, weil sie immer damit rechnen müssen, dass die Polizei kommt. Die Drohung, ein Bußgeld ab 200 Euro aufwärts plus 40 Euro Verwaltungsgebühr zu zahlen, ist immer da. Es passiert oft, dass die Frauen zahlen müssen. Das Geld beschaffen sie wiederum durch Sexarbeit, ein Teufelskreis entsteht. Aus der Ordnungswidrigkeit wird ab dem 3. Verstoß eine Straftat. Hinzu kommt die Angst vor einer Kontrolle wegen Verstoßes gegen das ProstSchG. Andererseits greift das Gesetz gar nicht, weil die wenigsten sich als Sexarbeiterinnen begreifen. Sie sehen nicht ein, warum sie sich anmelden sollten oder verstehen es wegen mangelnder Sprachkenntnisse nicht. Einige haben sich angemeldet, werden dadurch steuerlich erfasst und sind irgendwann Steuerschuldnerin. Das entschleunigt den Kreislauf nicht. Was das Gesetz niemals leistet, ist das, wofür es gut sein sollte: Schutz. Es schützt niemanden vor irgendetwas oder irgendwem.

Welche Strukturen schlagen Sie vor, um drogenkonsumierende Prostituierte besser zu versorgen?

Für mich steckt in Sexarbeit das Wort „Arbeit“. Gesetze, die an das Arbeitsrecht angelehnt sind, würden reichen. Im ProstSchG ist Zwangsberatung intendiert. Wir haben jedoch viel aus HIV gelernt. Es bringt nichts, jemandem zu





sagen: „Du machst das jetzt!“ Die Symptome, Ängste und Krisen, mit denen die Frauen in unsere Beratung kommen, sind sehr unterschiedlich. Da nutzt eine Zwangsberatung wenig. Wichtig ist stattdessen eine niedrigschwellige Beratung nicht nach Schema F.

Worauf sollte die Suchtmedizin achten?

Es geht hier um eine sehr vulnerable Gruppe für äußere Gewalt, Erkrankungen und Infektionen. Manche Frauen haben

einen Migrationshintergrund, einige sind nicht krankenversichert. Drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen brauchen Beachtung, aber auf gar keinen Fall Stigmatisierung. Das muss in der Suchtmedizin präsent sein. Dazu gehört, sich mit dem Thema Sexarbeit zu beschäftigen und eigene Vorurteile zu beleuchten. Ich würde mir mehr Offenheit, Reflexion und Zugänglichkeit wünschen. Sensibilität wäre ein erster Schritt. Folgt darauf Weiterbildung, ist es genial.

ÄRZTENACHWUCHS

Junge Suchtmedizin will Versorgungsempass entschärfen

Die Zahl der Suchtmediziner lag laut Bericht zum Substitutionsregister im Jahr 2015 noch bei 2.613 und pendelte sich in den vergangenen drei Jahren bei knapp 2.440 ein (iww.de/s14300). Dieses relativ niedrige Niveau könnte weiter sinken, da viele Suchtmediziner kurz vor dem Ruhestand stehen. Die Gruppe „Junge Suchtmedizin“, die von der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) unterstützt wird, will den Trend umkehren (jungesuchtmedizin.de).

„Durchschnittlich versorgt jeder Suchtmediziner oder jede Suchtmedizinerin 30 Patienten – von der Schwerpunktpraxis bis zum Konsiliarverfahren. Mit jedem Kollegen, der in den Ruhestand geht, sind rechnerisch 30 Patienten nicht mehr versorgt“, so Dr. Deborah Scholz-Hehn, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin am Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt/Main und Sprecherin der „Jungen Suchtmedizin“. Parallel zur sinkenden Zahl an Suchtfachleuten sieht sie wachsende Herausforderungen durch synthetische Opiode wie Fentanyl, den steigenden Konsum von Kokain und Crack sowie finanzielle Kürzungen bei der Drogenhilfe. „Dem können wir nur mit einem besseren Substitutionsangebot begegnen.“

Wissen vermitteln

Als Medizinstudierende und junge Ärzte 2019 die „Junge Suchtmedizin“ gründeten, stellten sie zunächst fest, dass Suchterkrankungen in der Gesellschaft zwar weit verbreitet, im Medizinstudium jedoch unterrepräsentiert seien. „Es waren schon einige daran ge-

scheitert, die Suchtmedizin in Gesundheitspolitik und Weiterbildung aufzuwerten“, sagt Scholz-Hehn. „Wir sind daher schnell zu dem Schluss gekommen, dass das für uns ein zu dickes Brett ist und setzen eher an der Graswurzelebene an.“ Im Mittelpunkt des Angebots steht das, was die Mitglieder in Studium und Weiterbildung vermissten: Wissen zu Suchterkrankungen und ihrer Behandlung. Denn der Transfer aus der Suchtmedizin in die Universitäten fände kaum statt. Scholz-Hehn: „Schwerpunktpraxen, die seit Jahren substituieren, haben oft keinen Kontakt zur Lehre.“

Konsequenz aus diesem konstatierten Mangel sind nun die regelmäßige Online-Veranstaltung „Spotlight Sucht“ sowie die dreitägige Summer School am Klinikum Stuttgart, in denen es um Suchterkrankung und Suchttherapie geht. In diesen Formaten kommen auch Menschen zu Wort, die Erfahrung mit Substanzen, Abhängigkeit, Entzügen oder Überdosierung haben. Schließlich bietet die „Junge Suchtmedizin“ ihren Mitgliedern eine Plattform, um sich zu vernetzen. Für ihr Engagement wurde

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: subletter@iww.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)
Ursula Kathhöfer (Schriftleiterin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.



sie mit dem 2. Platz des Springer Medizin Charity Award 2024 ausgezeichnet.

Famulaturanfragen an Substitutionspraxen

Zur „Jungen Suchtmedizin“ gehören Studierende aller medizinischen Fachrichtungen, junge Ärztinnen und Ärzte sowie Personen aus Psychotherapie und Sozialarbeit. „Wir sind dankbar, dass beispielsweise eine angehende Augenärztin dabei ist. Denn Suchterkrankungen betreffen jedes Fach“, sagt Scholz-Hehn. Von der Vernetzung profitieren auch Substitutionspraxen, die für Famulaturen zur Verfügung stehen und auf der Homepage jungesuchtmedizin.de gelistet sind. „Wir haben inzwischen einen guten Zuspruch bei den Famulaturanfragen. Kürzlich meldete eine Praxis, dass sie kurze Zeit niemanden mehr annehmen könne.“ Nicht möglich ist hingegen die Vermittlung der Übernahme von Praxen, deren Inhaber bald in den Ruhestand gehen, an junge Suchtmediziner. **Tipp:** Seminar „Suchtmedizin für Anfänger*innen“ beim DGS-Kongress 2025 in Leipzig (dgsuchtmedizin.de/kongress).



**WIRKSTOFF**

Ibogain: Neues Mittel gegen die Drogensucht?

von Maria Weiß, Ärztin und Medizinjournalistin, Berlin

Ibogain – ein natürlich vorkommendes Indoalkaloid aus der Wurzelrinde des afrikanischen Strauches Tebernanthe iboga – wird in Afrika seit Jahrhunderten als Psychedelikum für spirituelle Zeremonien und zu medizinischen Zwecken eingesetzt. Zunehmend wird auch ein möglicher Einsatz zur Behandlung von Suchterkrankungen diskutiert – sowohl in Internetforen als auch in der Fachwelt.

Bei religiösen Zeremonien ...

Vor allem in Gabun und im Kongo wird Ibogain in den Zeremonien der Bwiti-Religion angewandt – z. B. während der Initiationsriten beim Übergang eines Jungen zum erwachsenen Krieger. Berichtet wird über eine intensive psychedelische Erfahrung, die sich in drei Phasen unterteilen lässt [1]:

- **Phase I** ist eine Art Traumbild („Wachtraum“), in dem sich das individuelle Erleben visueller und anderer Sinneswahrnehmungen ändert und sich der Konsument an frühere Lebensereignisse erinnert (Dauer: 4–8 h).
- **Phase II:** bewertend, emotional neutral und reflektierend (Dauer: 8–20 h).
- **Phase III (Restphase)** mit erhöhtem Bewusstsein, leichter Stimulation und gestörten Schlafmustern (Dauer: bis zu 72 h nach Einnahme).

... und in der Medizin

Auch zu medizinischen Zwecken wurde Ibogain in der afrikanischen Medizin z. B. zur Behandlung von Müdigkeit und Infektionskrankheiten eingesetzt. In den 1930er Jahren wurde es in Frankreich als medizinisches Produkt namens „Lambarene“ vermarktet und zur Behandlung von Depression, Müdigkeit und Infektionskrankheiten empfohlen. Aufgrund der nicht geringen kardialen Nebenwirkungen bis hin zu schweren Herzrhythmusstörungen, Herzversagen und der nicht immer gewünschten Halluzinationen verschwand es aber wieder vom Markt.

Besser verträgliches synthetisches Analogon

Einem Team um Lindsay Cameron von der University of California ist es 2020

gelingen, eine besser verträglichere Variante von Ibogain zu synthetisieren [2]. Das Analogon Tabernanthalog (TBG) ist im Gegensatz zu Ibogain wasserlöslich und lässt sich in einem Schritt aus seinem natürlichen Vorbild synthetisieren. Es hat, anders als der Pflanzenextrakt, keine halluzinogene Wirkung. In Tierversuchen wurde gezeigt, dass eine Einzeldosis TBG stressbedingte Verhaltensdefizite, einschließlich Angst und kognitive Inflexibilität, korrigieren und auch das Nachwachsen neuronaler Verbindungen fördern kann [3].

„Anti-Sucht“-Wirkung schon seit den 1960er Jahren bekannt

Auch für die Anwendung in der Suchtmedizin ergeben sich dadurch neue Perspektiven. Beruhend auf anekdotischen Berichten von Heroinsüchtigen wurde Ibogain schon seit den 1960er Jahren eine „Anti-Sucht“-Wirkung zugeschrieben. Seit dieser Zeit wurde in mehreren offenen und/oder retrospektiven Studien gezeigt, dass Ibogain das Verlangen nach Drogen reduziert, Entzugssymptome verringert und Rückfälle verhindern kann und damit eine Option bei Opioid-, Kokain- oder Alkoholabhängigkeit darstellen könnte.

Metaanalyse zeigt positive Wirkung bei Opioid- und Kokainabusus

In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2021 [4] wurden insgesamt 743 Datensätze zur Anwendung von Ibogain und dem aktiven Derivat Noribogain in der Suchtmedizin analysiert. Ausgewertet wurden zwei randomisierte, doppelblinde, kontrollierte klinische Studien, eine doppelblinde, kontrollierte klinische Studie, 17 offene Studien oder Fallserien

(einschließlich Beobachtungs- oder retrospektiven Studien), drei Fallberichte und eine retrospektive Umfrage. 704 Suchtkranke erhielten im Rahmen dieser Untersuchungen Ibogain oder Noribogain, die meisten aufgrund einer Opioid- oder Kokainabhängigkeit. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Ibogain und seine Derivate Entzugssymptome und das Verlangen nach der Droge wirksam reduzieren können und möglicherweise auch einen günstigen Einfluss auf depressive und trauma-bedingte psychische Symptome haben. Besonders das rasche Eintreten der Wirkung wird positiv hervorgehoben. Somit könnte die Substanz einen therapeutischen Beitrag in der Suchtmedizin leisten. Allerdings kam es in einigen eingeschlossenen Studien zu schweren Komplikationen und einzelnen Todesfällen, die mit den neuro- und kardiotoxischen Wirkungen von Ibogain in Verbindung gebracht werden.

Vor Empfehlung einer weiteren klinischen Anwendung sollte in weiteren kontrollierten Studien die Wirksamkeit und besonders auch die Sicherheit bei Substanzabhängigkeit geprüft werden, so die Autoren. Da die meisten Komplikationen und Todesfälle bei Anwendung höherer Dosen auftraten, sollte vor allem die wiederholte Gabe geringer Dosen untersucht werden.

➤ REFERENZEN

- [1] Bastigkeit, M. Ibogain: Die universelle Anti-Droge? Beitrag auf Doc-Check vom 04.07.2022, www.de/s14302
- [2] Cameron, LP et al. A nonhallucinogenic psychoedelic analogue with therapeutic potential; Nature (2020); 589: 474–479. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33299186
- [3] Lu, J et al. An analog of psychedelics restores functional neural circuits disrupted by unpredictable stress. Mol Psychiatry 26, 6237–6252 (2021). doi.org/10.1038/s41380-021-01159-1
- [4] Köck, P et al. A systematic literature review of clinical trials and therapeutic applications of ibogaïne Journal of Substance Abuse (2022); 138; 108717, doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108717



**ARZNEIMITTEL-ABRECHNUNG** **Sichtbezug in der Apotheke: Betäubungsmittelgebühr ist nur einmal abrechenbar***von RA Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund /Münster*

Übernimmt eine Apotheke aufgrund einer Vereinbarung mit dem verordnenden Arzt die Überlassung eines Substitutionsmittels an einen Patienten zum unmittelbaren Verbrauch (sog. Sichtbezug) kann die Gebühr nach § 7 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) nur einmal bei der Einlösung des Rezepts und nicht bei jeder Abgabe zum unmittelbaren Verbrauch abgerechnet werden (Bayerisches Landesozialgericht [LSG], Urteil vom 11.03.2025, Az. L 5 KR 294/22).

Sachverhalt

Eine Apotheke übernahm nach personenbezogener Vereinbarung mit einem Suchtmediziner den Sichtbezug in dessen Auftrag und unter seiner Verantwortung. Es erfolgte eine Kürzung der abgerechneten Betäubungsmittelgebühr (BtM-Gebühr), gegen die die Apotheke gerichtlich voring. Sie vertrat die Auffassung, dass sich sowohl im Rahmen der Take-home-Versorgung als auch beim Sichtbezug in der Apotheke für jeden tatsächlichen Abgabevorgang eine Nachweispflicht ergebe, die das Recht zur Erhebung des BtM-Zuschlags nach sich ziehe. Im Falle

einer Mischverordnung verhalte es sich entsprechend.

Entscheidungsgründe

Die Klage der Apotheke blieb ohne Erfolg. Die Gerichte erklärten die Einbehaltung bzw. Retaxierung der Zahlungen an die Apotheke für rechtmäßig. Ausschlaggebend sei die Regelung des § 7 AMPreisV, wonach Apotheken bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) nachzuweisen ist, sowie bei der Abgabe von Arzneimitteln nach § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

einen zusätzlichen Betrag berechnen können. § 7 AMPreisV enthalte keine Vergütungsregelung für den streitigen Sichtbezug, sondern beziehe sich lediglich auf die (einmalige) Abgabe des Betäubungsmittels bei der Einlösung der Verordnung, so das LSG. Nur das Einlösen der Verordnung („Abgabe“) löse einmalig die BtM-Gebühr aus. Die nachfolgenden patientenbezogenen Nachweispflichten im Zusammenhang mit der Durchführung und Überwachung des Sichtbezugs seien als originär ärztliche Tätigkeit auch im Falle der Delegation auf die Apotheke als zusätzliche Dienstleistung nicht von § 7 AMPreisV erfasst.

Anmerkung

Die Entscheidung ist aus der Sicht betroffener Apotheken unbefriedigend, aber sie ist vertretbar. Für seine Auslegung zog das LSG die Gesetzesbegründung heran. Danach ist der den Apotheken durch die umstrittene Sichtvergabe zusätzlich entstehende Aufwand als „allenfalls geringfügig“ anzusehen. Apotheken müssen sich diesen Aufwand vom substituierenden Arzt vergüten lassen, der durch die Delegation der Abgabe Zeit und Personalkosten spart.

KOKAINKONSUM  **Kanada: Notfälle nach Stimulanzkonsum älterer Menschen nehmen zu**

In Ontario (Kanada) ist die Zahl der älteren Personen, die wegen des Konsums von Kokain und anderen Stimulanzien in einer Notaufnahme behandelt werden mussten, zwischen 2010 und 2023 stark gestiegen. Das ergab eine Studie des Sunnybrook Health Sciences Centre in Ontario. Das Team interessierte sich vor allem für Personen der geburtenstarken Jahrgänge nach dem Zweiten Weltkrieg, die zwischen 1946 und 1964 geboren wurden, die sogenannten „Babyboomer“. Für diese Altersgruppe gab es zuvor kaum Studien zum Konsum von Stimulanzien.

Starker Anstieg ab 2021

Im genannten Zeitraum gab es 1.247 stimulierungsmittelbedingte Notaufnahmen bei älteren Erwachsenen. Der Großteil war zum Zeitpunkt der Notaufnahme zwischen 66 und 74 Jahre alt (82,7%). Zwischen 75 und 84 waren 13,3%, 85 und älter 4%. Die meisten Personen kamen aus dem städtischen Raum (87,7%). 934 (74,9%) der Patienten

waren männlich, 579 (46,4%) gehörten zum untersten Einkommensfünftel. Von den Notfällen standen 806 (64,6%) im Zusammenhang mit Kokain, 412 (33,0%) mit anderen Stimulanzien und 29 (2,3%) mit beiden. Die Zahl der Notfälle stieg von 1,4 Personen im Jahr 2010 auf 12,6 Personen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2023. Besonders stark verlief der Anstieg von 2021 an.

Häufig psychische Erkrankungen

Zu den Vorerkrankungen der Patienten gehörten Substanzgebrauchsstörungen (55,1%), affektive Störungen (33,3%), Angststörungen (53,1%) und Psychosen (17,3%). Auch Demenz (2,7%), ADHS (0,6%) und Parkinson (1,8%) wurden bei einigen diagnostiziert.

Die Autoren warnen bei der Einnahme von Stimulanzien vor einem erhöhten Risiko von Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt und Herzrhythmusstörungen. Es gebe einen Bedarf an verstärkten Screenings älterer Erwachsener und einer intensiveren klinischen Betreuung.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zipursky JS, Smith R, Sarnocinska A, et al. Stimulant-Related Emergencies in Older Adults. JAMA Netw Open. 2025;8(5):e2512860. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.12860

